

Diké. Condicionantes sociales en la salud y estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de adicciones

Investigación orientada a la generación de conocimiento en la atención sociosanitaria y en el análisis de buenas prácticas

Financiado por



Episteme Social
Investigación, intervención
y evaluación

Financiado por



Subvención concedida por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2023 con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Un programa ejecutado por



Episteme. Investigación e Intervención Social
Calle Floridablanca, 146, 3-1, 08011. Barcelona
info@epistemessocial.org

Título: Díké. Condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de adicciones. Investigación orientada a la generación de conocimiento en la atención sociosanitaria y el análisis de buenas prácticas.

ISBN: 978-84-09-54714-2

Criterio de citación: Episteme Social (2023). Díké. *Condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de adicciones. Investigación orientada a la generación de conocimiento en la atención sociosanitaria y el análisis de buenas prácticas.* Barcelona. Episteme social.

CONTENIDOS DEL INFORME

Contenidos del Informe.....	I
Índice de gráficos.....	IV
Índice de tablas.....	V
Índice de abreviaturas.....	V
Glosario	VII
1. A modo de introducción.....	11
1.1 Agradecimientos.....	16
2. Aspectos metodológicos.....	17
2.1 Necesidades y punto de partida	17
2.2 Ámbito territorial	23
2.3 Muestreo	26
2.4 Población de estudio	27
2.5 Preguntas clave.....	33
2.6 Objetivos	35
2.7 Materiales y productos derivados de «Diké».....	38
Documentos asociados a la fase de diseño y construcción	38
Documentos técnicos vinculados a la fase de trabajo de campo	39
2.8 Revisión de la literatura	42
2.9 Entrevistas.....	44
2.10 Consideraciones éticas.....	46
2.11 Captación de personas a entrevistar (dificultades subyacentes, consentimiento, protocolo ético)	47
2.12 Observación participante y Diario de Campo.....	47
2.13 Análisis de datos mediante la matriz de análisis.	49
2.14 Utilidad social del estudio	52
2.15 Principales conceptos problematizados.....	53
El género	53
El sistema sexo-género	54
Minoría étnica.....	56
La violencia	57
La seguridad.....	58
La exclusión residencial.....	59
El trabajo sexual por supervivencia	60
<i>Chemsex</i>	61

La salud y el estilo de vida.....	63
Perspectiva de género en el consumo y en las adicciones.	64
2.16 Marco legal.....	67
3. Posiciones sociales de las poblaciones drogodependientes.....	69
3.1 Mujeres drogodependientes que ejercen trabajo sexual	73
3.2 Mujeres gitanas drogodependientes.....	76
3.3 Hombres del colectivo LGTBIQ+ que realizan prácticas de <i>Chemsex</i>	78
4. Condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las poblaciones ocultas drogodependientes	83
4.1 Políticas públicas y desigualdad territorial	84
Aproximación al concepto «determinantes sociales».....	85
Aproximación al concepto de «estilo de vida»	85
4.2 Características del medio físico: desarrollo en entornos marginales.....	89
4.3 Características macrosociales: El sistema de la violencia, abuso sexual infantil y violencia de género.	93
4.4 Características de un entorno micro social de riesgo: educación bajo modelos autoritarios y ausentes	97
4.5 Características individuales: la educación, nivel de información y toma de decisiones	101
5. La socialización del género, la posición socioeconómica y su influencia en el consumo	105
5.1 La feminidad en el punto de mira: la doble sanción social	107
5.2 Romper con la lógica de género: la mujer disidente y la culpa.....	110
5.3 La construcción mercantil de la comunidad LGTBIQ+	116
6. Inicios y procesos en el consumo hacia la adicción.....	121
6.1 Procesos de socialización: el grupo de iguales, riesgos y placeres.	122
6.2 Proceso romántico, la influencia de la pareja sentimental y la violencia de género como factor diferenciador	130
7. Aproximación al estilo de vida drogodependiente.....	135
7.1 La infravivienda y el sinhogarismo encubierto	137
7.2 Procesos de institucionalización penitenciaria.....	143
7.3 La migración y la precariedad como puentes al trabajo sexual	147
7.4 El trabajo sexual como como facilitador del consumo	152
8. Caracterización del consumo de sustancias y tendencias en las poblaciones ocultas.	165
8.1 El género de las drogas: entre el estigma y la normalización.....	166
8.2 Marginalidad y trabajo sexual de calle en consumidoras de <i>crack</i>	169
8.3 La heroína y la metadona en las mujeres gitanas.....	173

8.4	Policonsumo. Metanfetamina, mefedrona, alfa, GHB en contextos de <i>chemsex</i>	176
9.	Contextos y patrones de consumo. Impactos sobre la salud y prevención de riesgos	
	183	
9.1	Los fumadores y la calle	183
9.2	Las saunas, las fiestas y los eventos de <i>chill</i>	187
10.	La espiral de la estigmatización: género, identidad, sexualidad y drogas en contextos	
	de pobreza material	191
10.1	Estado de salud y enfermedades como resultado de la situación de pobreza	194
10.2	Posiciones sociales en torno al VIH/sida.	198
10.3	Factores ocultos tras la adicción: identidad y soledad como oportunidades para la	
	intervención.....	203
11.	Análisis de buenas prácticas en la atención sociosanitaria en el ámbito de las	
	drogodependencias.	207
11.1	¿Qué es una buena práctica en drogodependencias? Aproximaciones teóricas.	208
11.2	Mainstreaming de género en los programas de drogas.	213
11.3	Análisis de buenas prácticas en los territorios de ejecución del programa.....	216
	Análisis de buenas prácticas en Asturias.....	218
	Análisis de buenas prácticas en Aragón	224
	Análisis de buenas prácticas en la Comunidad de Madrid	225
	Análisis de buenas prácticas en Cataluña	230
	Análisis de buenas prácticas en Andalucía.....	234
	Análisis de buenas prácticas en la Comunidad Valenciana	235
	Análisis de buenas prácticas en la Región de Murcia	237
12.	Conclusiones.....	241
13.	Anexos	244
14.	Referencias bibliográficas	249

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Encuesta Europea de Salud en España del 2020 (INE).....	20
Gráfico 2. Número de entrevistas realizadas por comunidad autónoma.....	23
Gráfico 3. Número de entrevistas realizadas por perfil social.....	27
Gráfico 4. Porcentaje de artículos científicos revisados según el tema que trata.....	43
Gráfico 5. Promedio edad perfiles sociales entrevistados.....	70
Gráfico 6. Persona del entorno familiar que ha ejercido abuso sexual.....	94
Gráfico 8. Porcentaje de mujeres que viven en condiciones de extrema vulnerabilidad.....	139
Gráfico 9. Motivos de ejercicio de trabajo sexual representado en porcentaje (%).....	154
Gráfico 10. Motivos por los que ejercen trabajo sexual las Mujeres gitanas (%).....	155
Gráfico 11. Motivos por los que ejercen trabajo sexual las Mujeres migradas.....	156
Gráfico 12. Porcentaje de mujeres que ejercen trabajo sexual según lugar.....	157
Gráfico 13. Consumo de sustancias según (EDADES, 2022).....	166
Gráfico 14. Consumo de crack y heroína en mujeres que realizan trabajo sexual según perfil (%).....	170
Gráfico 15. Motivos de Trabajo sexual en Mujeres gitanas consumidoras de base.....	174
Gráfico 16. Nivel de consumo de metanfetamina en la población objeto de estudio (Total/N=383).....	176
Gráfico 17. Porcentaje de perfiles que ejercen trabajo sexual y son seropositivos.....	197
Gráfico 18. Causa de contagio VIH/Seropositivo.....	201

.

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABD	Asociación Bienestar y Desarrollo
ARAIS	Asociación para la Rehabilitación de Adicciones e Integración Social
ARD	Análisis Reticular del Discurso
AROPE	At Risk of Poverty and/or Exclusion
ASSIR	Unitat d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
BBPP	Buenas Prácticas
BCN	Barcelona
BDSM	Bondage; Disciplina y Dominación; Sumisión y Sadismo; Masoquismo
CAID	Centro de Atención Integral a Drogodependientes
CAS	Centro de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias
CD	Centro de Día
CDR	Centro de Reducción de Daños
CE	Constitución Española
CEA	Centro de Encuentro y Acogida
CEIPSA	Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente
CIBE	Centro de Intervención de Baja Exigencia
CINE	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CT	Comunidad Terapéutica
CTA	Centro de Tratamiento Ambulatorio
DESCA	Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
DIU	Dispositivo Intrauterino
DJ	Disc-jockey
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España
ENA	Estrategia Nacional sobre Adicciones
ENIPG	Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada

FSG	Fundación Secretariado Gitano
GBHSH	Gais, Bisexuales, Hombres que tienen Sexo con Hombres
GHB	Gamma-Hidroxibutirato
I+D+I	Investigación, Desarrollo e Innovación
INE	Instituto Nacional de Estadística
LGTBIQ+	Lesbianas, Gais, Transgéneros, Bisexuales, Intersexuales, Queer y el resto de las identidades y orientaciones incluidas en el +
LO	Ley Orgánica
LOMPIVG	Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
MACBA	Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona
MCC	Matriz de Consistencia Cualitativa
MDMA	3,4-metilenedioximetanfetamina
NSP	Nuevas Sustancias Psicoactivas
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
PIX	Programa de Intercambio de Jeringuillas
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SGIP	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
SIIS	Servicio de Información e Investigación Social
SNS	Sistema Nacional de Salud
TCA	Trastorno Conducta Alimenticia
UA	Unidades de Alcoholología
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
UASA	Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones
UDH	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
UDVP	Uso de Drogas por Vía Parenteral
UMD	Unidad Móvil de Drogodependencias
UNAD	Red de Atención a las Adicciones
UPCCA	Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas

URV	Universidad Rovira y Virgili
UTO	Unidad de Tratamiento con Opiáceos
UTT	Unidades de Tratamiento de Toxicomanía de Gijón
UVAD	Unidad de Valoración y Apoyo en Drogodependencias
VAT	Viviendas de Apoyo al Tratamiento
VFSEM	Violencia Física, Sexual, Emocional o Miedo
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VHS	Virus del Herpes Simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO

- **Aporofobia:** odio o rechazo a la persona pobre por el simple hecho de serlo. Constituye un atentado contra la dignidad humana que comprende diferentes niveles, desde la invisibilización, los insultos o las vejaciones hasta violencia física, agresiones sexuales u homicidios.
- **Autoeficacia:** autopercepción opuesta al autoestigma. La persona se atribuye a sí misma el éxito de sus acciones, minimizando los factores externos. Se traduce en seguridad y confianza en uno mismo. Los hombres, por procesos culturales, presentan más autoeficacia que las mujeres.
- **Autoestigma:** internalización de las creencias, estereotipos y prejuicios negativos que socialmente se atribuyen a un grupo socialmente devaluado.
- **Chemsex:** término de origen británico que surge de la combinación de las palabras *chems* (derivada de *chemicals*, en referencia a las drogas) y «sex» (sexo). Se refiere a un tipo específico de consumo sexualizado de sustancias, asociado principalmente a la cultura sexual gay. Se caracteriza por el consumo de drogas con el propósito de intensificar y prolongar las experiencias sexuales, dando lugar a sesiones de sexo que pueden extenderse durante horas o incluso varios días.
- **Discurso prohibicionista:** discurso que considera que todo consumo es negativo e irremediablemente conducen a la adicción. Este discurso presenta una importante carga estigmatizadora y punitiva con las personas consumidoras.
- **Duelo migratorio:** Proceso emocional derivado de las situaciones de migración motivadas por precariedad económica y condiciones de subsistencia. A las condiciones propias del proceso de abandonar el territorio de nacimiento, se suma la pérdida significativa de los

vínculos con la tierra y con las gentes que las vieron crecer. Requiere de un proceso de reorganización emocional y de la personalidad que supone un esfuerzo para la adaptación.

- **Estigma:** atributo que por otra persona identifica de forma peyorativa porque es un rasgo que significa una identidad incompleta o potencialmente peligrosa. En el caso que nos ocupa el rasgo de drogodependiente funciona como estigma porque las personas consideran que esa persona, sin haber mantenido ninguna interacción, es un enfermo contagioso, un ladrón, un tramposo, y muchos otros rasgos peyorativos.
- **Factor de protección:** son todas aquellas circunstancias concurrentes en la trayectoria vital de una persona que hacen menos probable que desarrolle conductas de riesgo como es la adicción a las drogas.
- **Factor de riesgo:** hace referencia a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto al desarrollo de una conducta adictiva.
- **Gap:** se refiere a la diferencia que hay entre las necesidades identificadas entre las personas usuarias y los recursos y servicios que ofrece el Estado. La importancia de identificar gaps entre lo que necesita la población y la cobertura existente reside en una voluntad política y de rendición de cuentas por mejorar y adaptar la atención pública a las necesidades sociales de la población en un momento concreto.
- **Infección de Transmisión Sexual (ITS):** se tratan de enfermedades causada por la infección por ciertas bacterias, virus u otros microorganismos. La infección que puede causar la enfermedad se transmite de una persona a otra a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales u otros líquidos corporales durante el sexo oral, anal o genital con un compañero infectado (OMS, 2015).
- **Infravivienda:** el concepto de infravivienda puede variar notablemente dependiendo del contexto urbano y social de cada lugar, éste se suele referir a aquel tipo de edificación y/o vivienda cuyos niveles de habitabilidad se encuentran por debajo de unos estándares mínimos establecidos, generalmente, en textos normativos. Su aparición a menudo va asociada a procesos de urbanización irregulares y al uso de vivienda de espacios no concebidos para ello, relacionándose, a menudo con situaciones de vulnerabilidad socio residencial (Cossima Cornadó *et al.*, 2021).
- **Mendicidad:** práctica social de las personas que no tienen posibilidad de obtener ingresos por medio de trabajos considerados formales y sobreviven a base de limosnas y pedir en la calle. Entre las personas drogodependientes es común acudir a la mendicidad para costearse una dosis.

- **Narcopiso:** espacios controlados por traficantes donde se permite el consumo de drogas, especialmente inyectables o fumadas.
- **Procesos migratorios:** cambio de residencia motivado por una búsqueda de mejora de la calidad de vida. Los procesos migratorios tienen un impacto significativo en las personas involucradas. Los procesos migratorios se dividen en diferentes fases que parten desde el momento de la decisión, el trayecto, el tránsito y el intento de adaptación.
- **Recursos de reducción de daños:** «conjunto de políticas, programas e intervenciones destinadas a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de drogas legales o ilegales ocasiona sobre la salud del individuo o a la sociedad. La reducción de daños se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respeten y protejan los derechos humanos de este colectivo» (Bosque-Prous y Brugal, 2016; Clua, 2011).
- **Sesgo de deseabilidad social:** término impulsado por Marlowe-Crowne (1961) quien entiende que es la falta de sinceridad a la hora de responder a los instrumentos de evaluación psicológica
- **Sinhogarismo:** fenómeno social de las personas que carecen de un lugar permanente para vivir.
- **Trabajo sexual:** prestación consentida de servicios sexuales a cambio de algún tipo de remuneración entre personas adultas. Está socialmente estigmatizado y reprimido. La perspectiva que se ofrece del trabajo sexual es importante a efectos de despenalización y protección de los derechos humanos de las personas que lo ejercen.
- **Trabajos formales:** trabajo normalizado por el que se obtiene una remuneración. Existe un contrato de trabajo con el empleador y el trabajador cuenta con la protección de un marco jurídico y unos derechos laborales.
- **Vía parenteral:** el término parenteral hace referencia a la vía de administración de los fármacos. Esto es, atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección.

1. A MODO DE INTRODUCCIÓN

I used to think that I could never lose anyone if I photographed them enough. In fact, my pictures show me how much I've lost. Nan Goldin

Este estudio es una sistematización a nivel teórico, del análisis de los condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de adicciones. Para ello, se ha llevado a cabo un cuidadoso proceso de investigación etnológica de los discursos y posiciones sociales utilizados por hombres y mujeres de poblaciones ocultas. A través de la aproximación a su realidad, hemos sido capaces de redefinir «el estilo de vida de las poblaciones drogodependientes» así como de comprender las categorías que se desprenden de los condicionantes sociales en contextos de pobreza material, simbólica y cultural que impactan en su salud.

Partimos de la hipótesis de trabajo según la cual el aumento de los índices de riesgo de pobreza, carencia material y desigualdad social provocarán una mayor incidencia de los consumos de drogas y las adicciones, y por extensión, se plantea la necesidad de conocer las características de las nuevas poblaciones drogodependientes para ajustar la atención sociosanitaria a sus realidades. Gracias a otros estudios que hemos realizado desde [Episteme](#), hemos podido dar cuenta de cómo el perfil de drogodependiente se ha desfragmentado conforme se ha transformado la realidad social. La necesidad de establecer diferencias entre los diferentes perfiles permite diseñar intervenciones más ajustadas a las diferentes necesidades, desigualdades y sensibilidades.

Las poblaciones ocultas y semiocultas drogodependientes preocupan en la medida que se encuentran entre nosotras y nosotros, pero ocupan posiciones sociales marginales. Una posición de la que es responsable el conjunto de la sociedad. El rechazo hacia sus prácticas y la condena de su estilo de vida ha desplazado a estas personas a las periferias sociales. Cerrándoles todas las puertas a una mejora de sus condiciones e impidiéndoles ejercer sus derechos de ciudadanía.

En «Diké» nos aproximamos a la realidad de tres perfiles muy concretos: las **mujeres drogodependientes que realizan trabajo sexual como estrategia de supervivencia y facilitadora del consumo**, entre ellas encontramos mujeres tanto mujeres cis como mujeres transexuales. En segundo lugar, **las mujeres de minorías étnicas, especialmente mujeres gitanas** y, por último, **los hombres del colectivo LGTBIQ+ con problemas de adicción en contextos de chemsex**. El elemento que guardan en común estos perfiles, además de un consumo cronificado y unas condiciones de pobreza muy cristalizada, es el peso de los mandatos de género que recaen sobre sus cuerpos. Para lograr un análisis integral de la realidad social es necesario contar con dos marcos teóricos importantes: la **perspectiva de género** y la **perspectiva de la interseccionalidad**.

En cuanto a la **perspectiva de género**, partimos de la constatación de que la asignación de roles de género a un cuerpo sexuado determina, condiciona y en ocasiones limita las relaciones sociales y, por extensión, las relaciones con las drogas. Por otro lado, en cuanto a la adopción de

la **perspectiva interseccional**, la superposición de diferentes factores de discriminación, como por ejemplo la etnia, la edad o la identidad sexual, aumenta las situaciones de vulnerabilidad que acaban construyendo representaciones e imágenes de la población drogodependiente muy estigmatizadas. Esta combinación de factores levanta barreras simbólicas que dificultan a estas poblaciones el acceso a recursos de cuidado de la salud que les sitúa en una posición desigual con respecto al resto de la población.

Ante este escenario, la estrategia adoptada desde el ámbito médico se ha basado en el **asistencialismo** y en la **abstención**. Por un lado, la consideración de la adicción como una enfermedad y, por otro lado, la comprensión de la salud en su vertiente negativa, es decir, la falta de enfermedad. De modo que, para llevar un estilo de vida saludable lo fundamental es mantenerse abstinentes. Estos planteamientos ignoran las oportunidades reales y las capacidades con las que cuenta esta población para lograr el «estilo de vida» deseable que encaje en el pensamiento hegemónico.

La razón es que, anteriormente, estos individuos, han protagonizado un **proceso de desviación**¹. Martínez Oró (2015: 36) explica que según este proceso las personas drogodependientes deben abandonar los consumos porque son los responsables de las disfuncionalidades, y también deben desvincularse de todo lo relacionado con el mundo de las drogas (estilo de vida, hábitos, contextos, amistades, etc.) porque solo así la recuperación prosperará. Esta normalización se enmarca en el modelo asistencial, donde la mayoría de los profesionales trabajan, según la dialéctica prohibicionista, para sacarlos «del infierno de las drogas».

Desde nuestro punto de vista se ha cuestionado excesivamente **la capacidad de agencia**², la capacidad de decisión y la autonomía de la población drogodependiente. Estas posturas se encuentran repletas de prejuicios y moralismo que se han materializado en las políticas públicas y programas. Culpan al propio individuo de su propia situación sin incorporar al conjunto de la sociedad y a los gobiernos en los condicionantes sociales de la salud y los estilos de vida.

Desde una perspectiva de género, las mujeres soportan además la culpa y la sanción social. Un castigo doble por «drogodependientes» y en tanto que «mujeres» por no encajar en los roles asignados a la feminidad: «la buena madre» y «la buena esposa». La perspectiva de género en las adicciones ha sido una cuestión ampliamente estudiada³, de modo que no será objeto de este estudio detenernos en los mismos elementos.

¹ Esta perspectiva ilustra que las conductas de riesgo con aquellas entendidas como desviadas de la norma. (Sánchez Antelo y Mendes Diz, 2015: 361).

² La capacidad de agencia es un concepto introducido por Amartya Sen, quien lo define como: «la posibilidad de acción que tiene una persona para elegir el modo de vida que tenga razones para valorar».

³ Destacan los estudios de Nuria Romo (2013, 2015, 2016, 2020), quien en los últimos diez años ha producido una nutrida literatura en torno a la perspectiva de género, las adicciones, la medicalización y la violencia de género, así como otras autoras como Patricia Martínez Redondo. (2010, 2020, 2021)

En este estudio nos centraremos profundamente en tres de ellos: **el sexo de la persona y el rol de género** que desempeña en la sociedad, **la etnia y las desigualdades estructurales** a las que condena y por último **la orientación e identidad sexual**.

Han sido muchas las voces que se han aproximado al entramado de **las drogas, el sexo, el género y la pobreza** desde una posición estigmatizante y paternalista. Orientada a reencauzar la vida de estas personas hacia las prácticas productivas y reproductivas que garantiza el adecuado funcionamiento del sistema, previniendo riesgos y reduciendo daños. Ahora bien, «vivir» conlleva un riesgo en sí mismo. Está en la capacidad de decisión, autogestión y autoconocimiento de las personas la posibilidad de que los riesgos se conviertan en daños o, por el contrario, evitarlo.

El control de los riesgos asociados a ciertas conductas, como el abuso en el consumo de drogas, nació así con fuertes implicaciones de género. En todas estas políticas siempre se ha producido un interés por el control de la capacidad y actividad reproductiva de las mujeres, en las cuales suele centrarse el foco desde esta perspectiva (Rabinow y Rose 2006 citado en Romo-Avilés, 2013; Pérez-Sánchez, 2013; Taylor, 1993;).

Los enfoques terapéuticos y asistencialistas no tratan de comprender las condiciones materiales y de existencia que rodean a la población drogodependiente. Condiciones que, en la mayoría de las ocasiones, se explican por un proceso de socialización precario y una escasa atención temprana por parte de un sistema sociosanitario aún anclado en patrones puramente médicos. Los individuos presentan puntos de partida desiguales, producto de un Estado de Bienestar cada vez más desprovisto de políticas sociales garantistas y atravesado por una cultura meritocrática que privilegia a las clases pudientes. Estos enfoques destinan todos sus esfuerzos en depositar sobre Las Drogas en sí mismas una responsabilidad exclusiva de la adicción. Desde nuestro punto de vista estos planteamientos son criticables por tres cuestiones:

- **Están formulados en clave causalista.** Relacionan directamente el consumo de drogas y la adicción problemática.
- **Parten de formas estereotipadas.** Predominan mitos e imágenes sociales preconfiguradas que estigmatizan, culpan, y, en consecuencia, alejan a las personas drogodependientes del circuito de atención.
- Estas perspectivas **rehúsan de observar elementos macrosociales ni microsociales que constituyen factores de riesgo.** Eventos que tienen lugar en la vida de las personas e intervienen y moldean trayectorias vitales heridas.

Todas aquellos estudios, políticas o programas de prevención, que no contemplen paralelamente otras áreas como la educación, la violencia de género, la incertidumbre, el duelo migratorio, el sinhogarismo, la etnia, la edad o el desarraigo familiar, ofrecen análisis sesgados y vagamente fundamentados.

Otros autores y autoras han dedicado gran parte de su producción académica a exponer los sesgos analíticos y los riesgos que se derivan de estos planteamientos. Desde el equipo investigador de Episteme nos situamos en esta línea. De modo que contemplamos un marco teórico alternativo que incorpora la identificación de factores de riesgo que aumentan la predisposición hacia las adicciones. La interrelación de eventos traumáticos, escenarios de riesgo o las situaciones de pobreza en las vidas de las personas dibujan escenarios potenciales para el contacto con las drogas y el desarrollo de una adicción. En el peor de los casos, estas experiencias se transitan en condiciones de pobreza que expulsan al individuo a la marginalidad.

La tendencia a vigilar a la población disidente y desviada es fruto de las políticas de control basadas en prácticas y mecanismos institucionalizados dirigidos a fiscalizar a la población bajo la premisa de la «búsqueda de su bienestar», aunque eso comporte represión, incompreensión y abstinencia. Hay que enfatizar que estos análisis individualizan, culpan y victimizan a los individuos y explican, en parte, el porqué de su invisibilidad.

La finalidad de este estudio es ofrecer un análisis y generar conocimiento a cerca de los condicionantes sociales y el estilo de vida de esta población desde un enfoque que apueste por la normalización y la desestigmatización. Existe una gran barrera, —tanto desde el punto de vista académico como desde la intervención, — de alcanzar a la población oculta drogodependiente. Como adelantábamos, en este estudio nos aproximamos desde una perspectiva de género a las mujeres consumidoras de drogas que realizan trabajo sexual, por haber desafiado los mandatos de género; a las mujeres gitanas, por y a los hombres homosexuales con problemas de adicciones en contextos de *chemsex*, por no sentirse identificados con la imagen social y estereotipada de la persona drogodependiente.

Si desconocemos su estilo de vida, sus necesidades, anhelos y placeres resultará imposible adecuar los recursos existentes y las prácticas profesionales a sus perfiles sociales. Unos perfiles extremadamente agraviados y marginalizados. Mostramos interés por insistir en esta cuestión porque notamos cierta hipocresía y limitaciones en los programas y en las políticas de reducción de daños que han operado hasta ahora. Aun hoy operan programas que no han superado la clásica homogeneización de los perfiles de drogodependientes. Detectamos dos familias de programas:

- Aquellos que se han desarrollado teniendo en cuenta la perspectiva de género, pero que no han considerado a las mujeres más allá de su rol «femenino» o de madre. En este sentido, Nuria Romo (2015) apunta que «la reducción de daños debería centrarse en la construcción del cuerpo y en la desestigmatización de las mujeres consumidoras y no solo en etapas concretas de la vida reproductiva, como el embarazo».
- Aquellos programas que han patologizado automáticamente a ciertos grupos sociales. La pertenencia a un grupo social como en el caso de las mujeres gitanas o el colectivo homo-

sexual, no predispone a una adicción ni a una enfermedad. En este sentido se ha considerado la pertenencia a un grupo étnico, la identidad o la orientación sexual como un factor de riesgo en sí mismo.

Desde Episteme queremos contribuir a la comprensión del fenómeno del estilo de vida drogodependiente desde una posición que desestigmatice a las poblaciones ocultas, acabe con viejos mitos y contemple los factores de riesgo y condicionantes sociales cuyo origen es la situación de pobreza.

Nos adentramos en un fenómeno fascinante, rico en conceptos, asociaciones y contradicciones, pero complejo en su abordaje. El carácter multidimensional, las emociones en conflicto y las terribles circunstancias han supuesto un verdadero reto que hemos abordado satisfactoriamente. Hemos tratado con sensibilidad, cuidado y respeto las historias de vida de las personas que han participado en el estudio y sin las cuales habría sido imposible siquiera imaginarlo. Solo deshaciéndonos de lo aprehendido y despojándonos de los prejuicios seremos capaces de comprender los sentidos y significados que circulan por esta realidad. Cuanto mayor sea el avance hacia la normalización menores serán los factores de riesgo. Las adicciones tienen tratamiento, pero antes de llegar a ese escenario es preciso anticiparse y prevenir desde la información y la empatía.

1.1 AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, este estudio etnográfico no habría sido posible sin todas y cada una de las personas entrevistadas en calidad de usuarias de drogas que decidieron compartir con el equipo de campo su tiempo, sus experiencias y su intimidad. La naturalidad con la que construyeron sus relatos ha sido la principal fuente de este informe. La persona lectora tendrá la oportunidad de comprobar que la mayoría de las historias de la adicción transpiraban dolor, violencia y tristeza. El proceso de acercamiento a estas personas se llevó con la máxima delicadeza y respeto que merecen y que, desde aquí, cuidamos.

También agradecer a las y los profesionales de los recursos de atención a las drogodependencias que se mostraron dispuestas y animadas a compartir percepciones. Desde aquí, nuestro máximo reconocimiento por el impecable e incansable trabajo que hacéis.

A: REDAN, centro de reducción de daños del barrio de La Mina, (Cataluña), La Huertecica centro de día (Murcia), Asociación ANTARIS de atención integral en Sevilla (Andalucía), CAID Madrid Sur centro de atención a las drogodependencias (Madrid), asociación Mar de Niebla Proyecto «Eslabón» de atención integral a las personas drogodependientes de Gijón (Asturias), Centro ALBA entidad de atención y calor café a las personas drogodependientes de Zaragoza (Aragón) y el Comité Antisida centro de reducción de daños de Valencia (Comunidad Valenciana).

Por último, nos autodedicamos unas palabras al equipo de Episteme Investigación Social, quienes colectivamente hemos elaborado este estudio.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 NECESIDADES Y PUNTO DE PARTIDA

La necesidad que justifica la implementación del programa «Diké» es la extrema situación de marginalidad en que sobreviven decenas de miles de personas drogodependientes. Necesitamos generar conocimiento para mejorar sus condicionantes sociales en salud, mitigar su estilo de vida marginal centrado en la adicción y ofrecer una atención sanitaria ajustada a sus necesidades y condiciones de existencia. «Diké» se justifica porque en España hay insuficiente conocimiento sobre las poblaciones ocultas drogodependientes, especialmente mujeres. A continuación, presentamos sucintamente los elementos y factores que configuran la necesidad de «Diké».

Invisibilización de las personas drogodependientes, especialmente de las mujeres adictas. El proceso de normalización acaecido a finales de los noventa, y muy especialmente durante la primera década del siglo, invisibilizó el fenómeno de las drogodependencias y de las personas adictas (Martínez Oró, 2015; Martínez Oró y Arana, 2016). La invisibilidad es producto del trampantojo sociocultural que señala que las adicciones son un fenómeno de unos tiempos pasados, concretamente de los lejanos años ochenta, cuando la droga remitía a heroína, adicción y desmembramiento social (Martínez Oró, 2019). Es una necesidad mitigar la invisibilización social de este colectivo en aras de mejorar la calidad de vida y el acceso a la atención sociosanitaria, especialmente de las mujeres drogodependientes quienes sufren triple estigma, por ser mujeres, **por transgredir el mandato de género** que relega al rol femenino al ámbito de los cuidados y por drogodependientes.

En este sentido, la invisibilidad del colectivo de las mujeres está inherentemente relacionado con la «vergüenza» como barrera para utilizar la estructura de apoyo a las personas con drogodependencias. Otro de los frenos son las potenciales quitas de custodia en la sala de partos y durante la crianza de su descendencia, aspectos que generan rechazos y miedos para adherirse a los recursos de drogodependencias. Asimismo, la necesidad de visibilizar la realidad de las mujeres con drogodependencia supervivientes de violencias machistas requiere de conocer los condicionantes sociales de salud y su estilo de vida.

Tendencia al alza en el número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales, especialmente de las primeras admisiones. El desajuste entre la percepción social hegemónica y la realidad de las drogodependencias queda acreditado con el indicador de admisiones a tratamiento por drogas ilegales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2022). Las admisiones a tratamiento (con o sin tratamiento previo) tienden al alza desde 2014, situándose en 50.035 en 2019. Las primeras admisiones aumentan más acentuadamente. En 2014 se notificaron 23.656 mientras que en 2019 alcanzaron las 27.492. En 2020, la pandemia por COVID-19 y el

confinamiento provocaron un paréntesis en la tendencia alcista. Una vez superada la pandemia, los datos de 2021 y especialmente de 2022, confirman el aumento de las admisiones a tratamiento.

Esta afirmación está sustentada por la opinión consensuada de los profesionales asistenciales. En «[Procesos](#)⁴» hemos cotejado la opinión de los profesionales mediante entrevistas en profundidad y todos al unísono han afirmado que en 2021 el número de admisiones aumentó notable o espectacularmente en su recurso asistencial (Martínez Oró, *et al.*, 2022). Hemos cotejado la opinión de los profesionales mediante entrevistas en profundidad y todos al unísono han afirmado que en 2021 el número de admisiones aumentó notable o espectacularmente en su recurso asistencial (Martínez Oró, *et al.*, 2022).

Las poblaciones ocultas drogodependientes están alejadas de la red asistencial de drogodependencias porque sufren barreras de acceso. En cierta medida podríamos entender como una buena noticia que crezca el número de personas que demandan tratamiento porque nos evidencia que cada vez son más las personas que trabajan para abandonar los consumos de drogas ilegales. Pero este aumento nos hace hipotetizar, gracias a los datos empíricos de «Procesos», que también crece el número de adictos sin contacto alguno con los recursos asistenciales, especialmente las poblaciones ocultas, especialmente mujeres, migrantes, minorías étnicas, trabajadoras sexuales y gais usuarios de *chemsex* en situación de exclusión social.

Aumento de la población en riesgo de pobreza o exclusión social con el consecuente riesgo de la mayor incidencia en adicciones. El aumento de la vulnerabilidad social es un factor precipitante de los consumos de drogas y las posteriores adicciones (Rodríguez Espínola y Bonfiglio, 2017). España ha perdido tres posiciones en el Índice de Progreso Social en dos años. En 2019, se encontraba en la decimoséptima posición a nivel mundial, y para el año 2021, había descendido al vigésimo lugar (Harmacek y Htitich, 2021). El porcentaje de población en riesgo de pobreza o de exclusión social aumentó en 2021 2,6 puntos porcentuales respecto el 2019 hasta situarse en el 27,8 % (nuevo índice AROPE) (INE, 2022). Estos porcentajes representan la nada desdeñable cifra de 13,1 millones de españoles, es decir, uno de cada cuatro. El riesgo es mayor en mujeres porque el 29,2 % presenta riesgo de pobreza respecto el 26,6 % de los hombres. El indicador de carencia material severa también aumentó notablemente pasando del 4,7 % en 2019 al 8,3 % en 2021, es decir, 3,93 millones de españoles. Estos indicadores están por encima de la media de la UE-27. Representa una necesidad conocer los condicionantes sociales en salud y el estilo vida de los colectivos marginales adictos a las drogas ilegales para reducir los niveles de exclusión social y marginalidad.

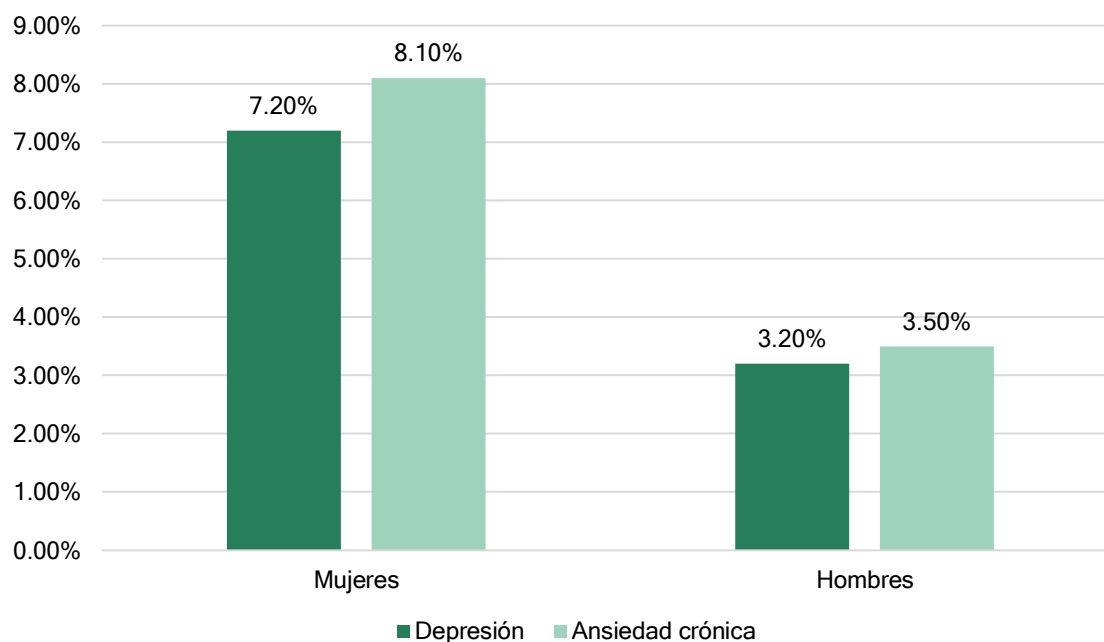
⁴ Recomendamos al lector/a visitar el Estudio «Procesos de empoderamiento y acceso a derechos en las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes» para aproximarse al fenómeno de estudio desde una perspectiva más global. El estudio fue realizado por Episteme en el año 2022 y puede visitarlo [aquí](#).

La pobreza como indicador, marcador y agudizador de las drogodependencias. La hipótesis de trabajo nos apunta que el aumento de los índices de riesgo de pobreza, carencia material y desigualdad social provocarán una mayor incidencia de los consumos de drogas y las adicciones, y por extensión, la necesidad de conocer las características de las nuevas poblaciones drogodependientes para ajustar la atención sociosanitaria a sus realidades. La imbricación entre mayores índices pobreza y los consumos de drogas implicará un aumento de las adicciones entre las poblaciones más vulnerables, cuyas consecuencias serán, según la **teoría de la interseccionalidad**⁵, más pronunciadas en mujeres y personas con mayores casuísticas de subalternidad. Esta teoría apunta que son todas las características que habitan en una persona y que le afectan de una manera u otra en sus posibilidades de habitar un espacio con mayor privilegio u opresión. Representa una necesidad generar conocimiento entorno a los procesos psicosociales que provocan adicciones en personas en situación de pobreza y marginalidad.

La [Encuesta Europea de Salud en España del 2020](#) también arroja datos sobre las diferencias en las prevalencias de depresión y ansiedad crónica respectivamente entre mujeres y hombres. Datos que evidencian las diferencias por género en salud mental y que delatan un aspecto relevante a profundizar en la situación de las mujeres con drogodependencia.

⁵ En 1989, la académica Kimberlé Williams Crenshaw definió el concepto de interseccionalidad haciendo referencia a la idea de que cada persona sufre presiones en función del conjunto de ejes de opresión o bien privilegios que ostenta, en función de su pertenencia a categorías sociales. Es decir, son todas las características que tiene una persona y que le afectan de una manera u otra en su día a día.

Gráfico 1. Encuesta Europea de Salud en España del 2020 (INE)



Desfragmentación del perfil de personas con adicción. En los últimos años han emergido nuevos perfiles de personas con adicciones, superando el perfil clásico: hombre, joven, blanco y español. Algunos de estos perfiles estaban presentes desde los inicios de la atención asistencial en drogodependencias a principios de los ochenta, pero en el mismo sentido que las **mujeres, las minorías étnicas, especialmente la gitana, y las personas que ejercen el trabajo sexual** han sido invisibilizadas.

El perfil clásico ha evolucionado hacia el perfil «envejecido», con las necesidades particulares asociadas al proceso de envejecimiento, y también hacia el perfil «excrcelado», es decir, personas que después de su paso por prisión presentan unas necesidades de apoyo familiar y social y de atención sociosanitaria que no siempre pueden obtener y les «obliga» a volver a los contextos de consumo. A la invisibilidad de las mujeres, trabajadoras sexuales y minorías étnicas y a la evolución del perfil clásico, en los últimos años se han incorporado otras poblaciones ocultas como los *raver-travellers*, los menores y jóvenes migrantes que realizaron el tránsito migratorio en solitario, madres consumidoras de drogas en activo con hijos a su cargo, y migrantes adultos, especialmente los procedentes de la ruta del opio (Georgia, Azerbaiyán, Rumanía, Bulgaria, Moldavia, Ucrania).

Estos perfiles han sido caracterizados en «Procesos», proyecto en el que, entre otras situaciones, hemos contrastado el estigma, las barreras de acceso a los recursos y las dificultades para ejercer los derechos de ciudadanía. Si estas poblaciones están invisibilizadas y en situación de extrema marginalidad, las mujeres pertenecientes a estas poblaciones sufren todavía con mayor crueldad la marginalidad, la estigmatización y las violencias de toda naturaleza. **La desfragmentación del perfil implica una multiplicación de las necesidades de los colectivos drogodependientes que, debido a permanecer ocultas o semiocultas, son extremadamente complejas de**

cubrir. Los resultados y los productos derivados de «Procesos» se orientan en este sentido. «Diké» complementará y evaluará el impacto de los productos aplicados en los recursos sociosanitarios para mejorar la cobertura de sus necesidades. Estos perfiles han sido ampliamente explorados en «Procesos» con esta nueva edición del «Diké» pretendemos complementar los hallazgos anteriores y hacer especial hincapié en la situación de extrema marginalidad en la que se encuentran las mujeres drogodependientes. Se añaden a la población de objeto de estudio los siguientes perfiles.

Chemsex. Emergencia de nuevas poblaciones ocultas drogodependientes. La última evolución de la desfragmentación del perfil lo encontramos entre los hombres que practican sexo con hombres, principalmente dentro del colectivo gay. Una ruptura, especialmente a nivel simbólica, con los perfiles presentados en el punto anterior. Este colectivo practica el *chemsex*, que de manera sucinta podemos caracterizar como «maratones» de sexo y consumo de drogas que pueden durar hasta cinco días. El quiebro a nivel simbólico lo vemos tanto en las sustancias empleadas (metanfetamina y catinonas sintéticas) como en el vocabulario (por ejemplo, decir *slamming* en vez de «picarse», «chutarse» o inyectarse). Una nueva población oculta, notablemente diferente al resto de poblaciones, que nos obliga a generar conocimiento para poder cubrir las necesidades de atención sociosanitaria y así mitigar los estragos de esta nueva tendencia entre el colectivo gay. Resulta una cuestión novedosa y de gran interés en tanto que hay cierto obscurantismo entorno a esta población. Su perfil socioeconómico, así como los discursos que emergen de sus posiciones sociales distan del resto de poblaciones, sin embargo, se ha notado un aumento en el acceso de estas poblaciones a los recursos que resulta problemático debido a las conductas de riesgo que efectúan en la práctica del *chemsex*.

Metanfetamina y mefedrona como nuevas sustancias de uso entre las poblaciones ocultas drogodependientes. El colectivo gay que practica *chemsex* emplea de manera novedosa la metanfetamina y las catinonas sintéticas, especialmente mefedrona. Más allá de la dupla *chemsex*/metanfetamina, esta sustancia está apareciendo también en otros contextos de consumo desvinculados del *chemsex*, y está siendo empleada por las poblaciones ocultas drogodependientes. La irrupción de una sustancia como la metanfetamina con un potencial de abuso y unos daños terribles constituye una necesidad social sobre la cual investigaremos en «Diké».

Estigmatización y criminalización de los colectivos drogodependientes, especialmente de las mujeres y las minorías étnicas. La discriminación hacia las personas que circulan por los márgenes sociales es notable en nuestro país. Los colectivos drogodependientes son uno de los más discriminados. El estigma asociado a las personas drogodependientes imposibilita mantener unas relaciones sociales en igualdad de condiciones.

Falta de protocolos y conocimiento para atender a las poblaciones ocultas drogodependientes. La presente investigación debe ofrecer el conocimiento necesario para implementar protocolos y programas con perspectiva de género adaptados a las necesidades de las diferentes

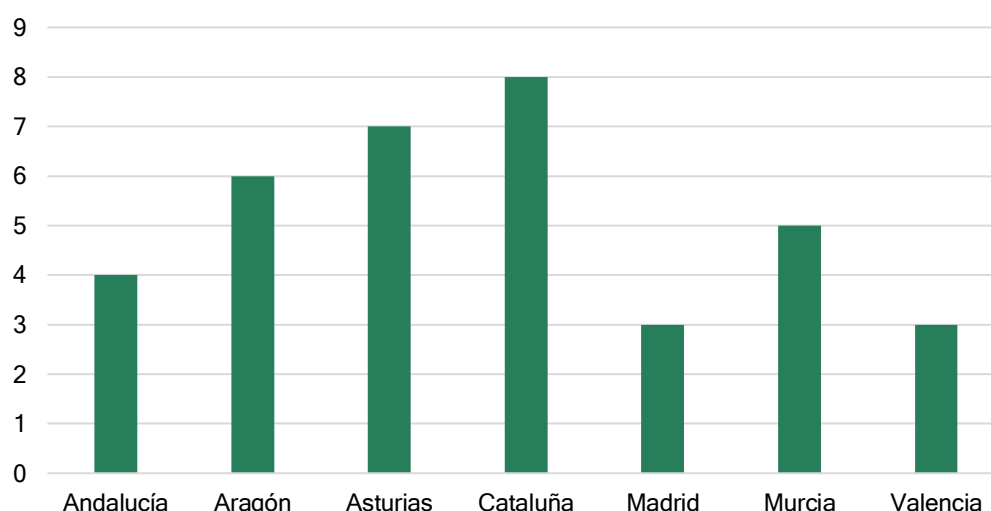
poblaciones ocultas drogodependientes, así como ofrecer una evaluación de impacto de las políticas públicas aplicadas en el momento, junto a un conjunto de recomendaciones para mejorarlas. Diseñar e implementar nuevos protocolos asistenciales para facilitar el acceso a los recursos es un objetivo de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Uno de los objetivos que se desprende es el de «diseñar protocolos de actuación con otras instituciones, organizaciones, recursos, que desarrollen actuaciones dirigidas a población vulnerable para realizar una atención integral y facilitar el acceso a los recursos⁶».

⁶ Objetivo 10.2.3.1 de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024

2.2 ÁMBITO TERRITORIAL

El PROGRAMA presenta un alcance territorial de siete comunidades autónomas. Por orden alfabético: Andalucía, Aragón, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Región de Murcia y Principado de Asturias. En las comunidades autónomas seleccionadas viven el 67,94 % de la población española e incluyen las únicas seis ciudades españolas de más de medio millón de habitantes (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Murcia). El interés en analizar estas grandes urbes se explica por las dinámicas urbanas que tienen lugar en las mismas. El mercado de la droga, el consumo y la marginalidad se concentran en barrios y áreas concretas donde las políticas urbanas orientadas a la mercantilización del suelo y de la vivienda han tenido un protagonismo clave.

Gráfico 2. Número de entrevistas realizadas por comunidad autónoma



En Madrid, las entrevistas tuvieron lugar en el **barrio de Lavapiés**, un barrio diverso y multicultural que en los últimos años ha estado en el centro de todas las miradas por la degradación a la que se ha abocado, los intereses de capitalización y la resistencia de la comunidad. En Madrid se realizaron tres entrevistas, dos de ellas a mujeres que ejercían trabajo sexual y una de ellas a una mujer de etnia gitana.

En Barcelona, se seleccionó el **barrio del Raval** como lugar objeto de estudio. El barrio del Raval sirve de ejemplo de espacio donde las políticas de control e higienización han marcado la política urbanística y hoy en día, convive la marginalidad, la pugna por el suelo, la población capitalizada y la descapitalizada. Tanto Lavapiés como el Raval son barrios amenazados por procesos de gentrificación y mercantilización del suelo que expulsa a la comunidad habitual en favor de población flotante y el turismo. En ambos barrios la presencia de droga, narcopisos y fumaderos han sido motivo de estigmatización y criminalización que ha despertado conflictos entre la comunidad.

Sin embargo, más allá de individualizar la problemática o tratar de imputarla a colectivos en exclusión social, los fumaderos y narcopisos son el resultado de la previa degradación y depreciación urbana con la finalidad de extraer una plusvalía mayor.

La expulsión de los vecinos y vecinas habituales, los desahucios y el abandono de viviendas forman parte de una estrategia de especulación inmobiliaria en el que la criminalidad y el papel de la droga son variables interseccionales que contribuyen a las problemáticas locales de cronificación de la pobreza. En Barcelona fueron entrevistadas cuatro mujeres, todas ellas en consumo activo. Dos de ellas ejercían trabajo sexual y las otras dos eran mujeres de etnia gitana. Además, también en Barcelona tuvieron lugar las entrevistas a hombres gais que realizan *chemsex*. En total se realizaron cinco entrevistas a este perfil.

En el caso de la ciudad de Zaragoza, el trabajo de campo y la observación participante tuvieron lugar en el **barrio de El Gancho**. Este barrio se encuentra en el centro histórico de la ciudad y concentra población muy heterogénea. Además, en este barrio se ubica el principal recurso de atención a población drogodependiente de modo que se plantea como una zona estratégica para la realización del trabajo de campo. El equipo de campo realizó un total de seis entrevistas, todas ellas a mujeres con consumo activo que realizaban trabajo sexual.

En el caso de Murcia en el **barrio de La Fama**, ubicado en el corazón de la ciudad, la intencionalidad institucional por el abandono y degradación del entorno funcionan como muralla de contención y concentración de la pobreza y la población más vulnerable. En total, en Murcia se realizaron cinco entrevistas, todas a ellas a mujeres con signos de vulnerabilidad. Se distribuyen en dos mujeres que ejercen trabajo sexual y tres mujeres de minorías étnicas.

El trabajo de campo en la Comunidad Valenciana se llevó a cabo en el **barrio del Cabanyal**, históricamente estigmatizado por la población gitana que lo habita, los conflictos derivados del comercio y tráfico de drogas, las viviendas de protección oficial y el «proceso de guetización» que ha sufrido paulatinamente ante un desinterés por resolver las problemáticas sociales y de exclusión. Se realizaron un total de tres entrevistas, dos de ellas a mujeres de etnia gitana y la última a una mujer que ejercía trabajo sexual.

En cuanto al trabajo de campo y la observación participante que se llevaron a cabo en Andalucía, tuvieron lugar en Sevilla concretamente en el **barrio Pio XII**, caracterizado por perfil socioeconómico de clase trabajadora y en el **barrio de La Macarena**. La importancia de seleccionar dichas áreas reside en la existencia de recursos de atención sociosanitaria alrededor de los cuales frecuentaban personas usuarias que cumplían las características de nuestra población objeto de estudio. En cuanto a la población entrevistada, se llevaron a cabo cuatro entrevistas, tres de ellas a mujeres de etnia gitana y otra a una mujer con un consumo cronificado en metadona con un perfil muy vulnerable.

Del mismo modo, en Asturias escogimos **el barrio de La Calzada**, en la ciudad de Gijón, por su interés en cuanto a la zona que mayor población concentra. Próximo a este barrio encontramos ubicado un recurso de atención a personas con problemas de adicciones y situación de pobreza al que nuestro equipo investigador se aproximó e interactuó con el objetivo de conocer las relaciones sociales que en él tienen lugar. Se realizaron un total de siete entrevistas a población drogodependiente, en su mayoría mujeres de etnia gitana con problemas de adicciones.

En definitiva, mediante este análisis, nuestra intención es argumentar que la selección territorial de los barrios para llevar a cabo el trabajo de campo responde a una motivación por explorar los procesos y las lógicas urbanas en las que coexisten las poblaciones drogodependientes ocultas. La necesidad de comprender cómo operan estos circuitos nos ofrece hallazgos en torno a las lagunas de conocimiento de asistencia y las problemáticas latentes a las que no se logra dar ofrecer una respuesta satisfactoria.

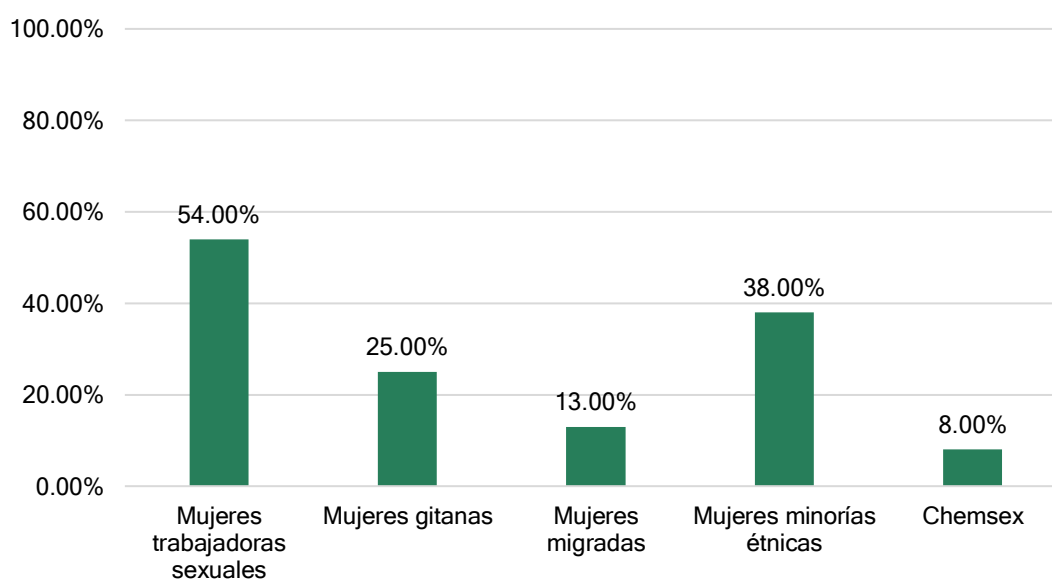
2.3 MUESTREO

Hemos realizado un muestreo teórico en las siete comunidades para captar los diferentes perfiles potencialmente relevantes para la producción de datos cualitativos. Entrevistamos a las personas que cumplían con el diseño teórico, con especial énfasis en las mujeres. Los resultados y las conclusiones presentadas en este Informe sobre las poblaciones ocultas drogodependientes y las barreras de acceso a los recursos asistenciales son extrapolables a la realidad del conjunto de España.

2.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio de «Diké» son las poblaciones ocultas drogodependientes. Del total de entrevistas realizadas un catorce por ciento fueron dirigidas a hombres del colectivo LGTBIQ+ que ejercen *chemsex*, un veintidós por ciento minorías étnicas, concretamente a Mujeres Gitanas, un veinticinco por ciento se dirigieron a Mujeres consumidoras en activo y, por último, un treinta y nueve por ciento mujeres consumidoras Trabajadoras sexuales. A continuación, se enuncian y describen los perfiles que componen la población objeto de estudio y ha sido participante en el PROGRAMA.

Gráfico 3. Número de entrevistas realizadas por perfil social



1. Mujeres drogodependientes que ejercen trabajo sexual. No nos interesan mujeres que ejercen trabajo sexual de manera profesionalizada, sino aquellas cuya adicción, principalmente a la heroína y/o a la cocaína presentada bajo la forma de base acuden al trabajo sexual como estrategia de supervivencia para mantener su consumo. Las mujeres de nuestra muestra engloban tres grupos de edad.

- En primer lugar, **aquellas nacidas entre finales de los sesenta y principios de los setenta que actualmente presentan un consumo crónico de base fumada o combinan heroína y base o bien se encuentran en tratamientos de metadona.** Este grupo vivió su juventud y adolescencia en los ochenta, en plena «Crisis de la Heroína». No obstante, estas mujeres cuentan con un cierto grado de protección por parte del sistema social. Por un lado, tienen sus necesidades básicas cubiertas, como la vivienda, una pensión por enfermedad o grado de discapacidad reconocida. Por otro lado, se encuentran muy adheridas al sistema de protección y hacen uso de los recursos de atención sociosanitaria. Estas razones hacen que la gran mayoría haya abandonado el trabajo sexual.

- En segundo lugar, **aquellas nacidas entre principios de los setenta y principios de los ochenta que actualmente presentan consumos problemáticos de heroína, base y crack**. Este grupo vivió su adolescencia y juventud en la década de los noventa, momento en el que España atravesaba un momento de cambio social y político. Además, entraban en escena las drogas sintéticas en contextos recreativos. Actualmente este grupo se encuentra en una situación de pobreza muy cristalizada y ocupan posiciones sociales muy marginalizadas.
- El tercer grupo de edad lo componen **las mujeres nacidas entre principios de los ochenta y principios de los noventa, cuya edad ronda de media actualmente los treinta y ocho años**. Este grupo se caracteriza por haber vivido su juventud en la década de los dos mil en un contexto recesivo de crisis en el año mil novecientos noventa y tres («cisis del 93»). Un contexto que dejó cifras alarmantes de desempleo en un contexto de globalización y deslocalización de la estructura industrial del país. Esto provocó una fractura social que se tradujo en el clivaje de los perdedores y los ganadores de la globalización. Es decir, entre aquellos que lograron integrarse a las necesidades del sistema y cuyas demandas políticas se vieron representadas, y aquellos otros colectivos que no tuvieron capacidad de seguir el mismo ritmo y cuyas necesidades quedaron desplazados de la agenda política.

A continuación, mostramos la Tabla 1 en la que clasificamos las generaciones en torno a la que se organiza nuestra muestra. La finalidad es representar dibujando perfiles más o menos vulnerables.

Tabla 1. Categorización perfil social Mujeres drogodependientes en función de las fases de la Historia de La Droga

Fase	Trabajo sexual	Tipo de trabajo sexual	Consumo activo	Perfil Social
Consumos contra-culturales en la España franquista (1959-1978).	1968-1972	Prostitución por drogas pasado. En piso formal.	No, pero está en metadona Combina metadona con heroína.	Envejecidas Excarceladas
«Crisis de la heroína» entre el año 1979 y el 1992.	1974-1980	Prostitución en activo por Drogas. Prostitución en activo por supervivencia En calle En club	Combina heroína y cocaína Principalmente fuma base <i>crack</i>	Trabajadoras sexuales
La tercera fase de la historia reciente de la heroína se sitúa en el periodo entre crisis desde el año 1993 hasta el 2008	1981-1990	Prostitución en activo por drogas Prostitución en activo por supervivencia En calle En club En fumadero	Principalmente fuma base	Trabajadoras sexuales

2. Minorías étnicas. En este perfil, hemos entrevistado a mujeres que forman parte de minorías étnicas, centrándonos especialmente en mujeres gitanas. No obstante, también hemos incluido a otras mujeres migrantes cuya presencia es menos común en nuestro territorio, como mujeres amazigh⁷, mujeres de Latinoamérica y mujeres de Europa del Este. La media de edad de las

⁷ La población amazigh es la población nativa, indígena del norte de África, concretamente en Marruecos. Sobre las mujeres amazigh interseccionan varias desigualdades: por mujeres, por indígenas y por rurales. Comúnmente, se las presenta como «analfabetas» y «necesitadas de ayuda» (Laghssais y Comins-Mingol, 2020).

mujeres entrevistadas es de cuarenta y cinco años, por lo que se inscriben en el segundo periodo histórico de la «Crisis de la Heroína» entre el año 1974 y 1980. En esta población, ha cobrado especial importancia la variable que categoriza el «motivo de Trabajo Sexual» porque, a diferencia de las mujeres de origen español, emergen otros motivos que se combinan con el mantenimiento el consumo: el trabajo sexual por mantener a la familia, el trabajo sexual por mantener el consumo de otro hombre, la situación administrativa irregular y el trabajo sexual por vivienda. Hemos identificado tres tipos de perfiles:

- **Perfil de mujeres de minorías étnicas migrantes con problemas de adicción que ejercen trabajo sexual por supervivencia.** Este grupo lo componen aquellas mujeres de otras nacionalidades diferentes a la española que han realizado un proyecto migratorio y han contraído algún tipo de deuda. Estas mujeres inician su consumo una vez llegan al territorio español motivado por una decisión de poder hacer más livianos los encuentros con los clientes. Su situación administrativa irregular y la precariedad de los trabajos de cuidados hace que el trabajo sexual, generalmente en la modalidad de club sea una opción plausible.
- **Perfil de mujeres gitanas con problemas de adicción sin apoyo de la comunidad de pertenencia.** Este perfil social lo componen aquellas mujeres gitanas que presentan consumo de heroína o se encuentran en tratamiento de metadona. Se iniciaron debido al fácil acceso propio del entorno y el contexto. Estas mujeres crecieron bajo patrones culturales muy arraigados en la «Ley Gitana» según los cuales, el quebrantamiento de estas normas conlleva la retirada de la honra y la expulsión del grupo. Una situación que las deja en una total vulnerabilidad y exposición al riesgo. Estas mujeres han atravesado procesos de encarcelación y lo componen mujeres muy envejecidas.
- **Perfil de mujeres gitanas con problemas de adicción salvaguardadas por la comunidad de pertenencia.** Este subgrupo lo componen aquellas mujeres de etnia gitana con consumos crónicos. Suele tratarse de mujeres relativamente jóvenes, menores de cuarenta años que, a pesar del rechazo familiar por su consumo, cuentan con apoyo y respaldo. Este apoyo es fundamental para conservar la custodia de las menores a cargo.

En cuanto a los consumos de sustancias, no distan mucho de las mujeres de origen español. No obstante, tal como veremos en el análisis, los itinerarios de consumo toman rumbos distintos. A continuación, mostramos la Tabla 2 con las principales variables que aplican en la caracterización de las mujeres de minorías étnicas.

Tabla 2. Categorización perfil social Mujeres drogodependientes de Minorías étnicas en función de las fases de la historia de la adicción y año de nacimiento.

Fase	Año de nacimiento	Consumo	Trabajo sexual	Motivo trabajo sexual	Perfil
Consumos contraculturales en la España franquista (1959-1978).	1968-1972	No, pero está en metadona.	Sexo por supervivencia pasado. Prostitución por drogas pasado. En club En calle En piso formal	Situación Administrativa irregular Mantener a la familia Mantener consumo de otro hombre	Envejecidas Excarceladas
«Crisis de la heroína» entre el año 1979 y el 1992.	1974-1980	Combina heroína y cocaína. Fuma base.	Prostitución en activo por drogas Prostitución en activo por supervivencia En calle	Situación administrativa irregular Mantener consumo de otro hombre Por vivienda	Salvaguardadas
Tercera fase de la historia reciente de la heroína se sitúa en el periodo entre crisis desde el año 1993 hasta el 2008	1981-2004	Fuma base	Sexo de supervivencia actual En piso En club	Mantener a la familia Por vivienda	Marginalizadas

3. Hombres del colectivo gay que practican *chemsex*. La última evolución de la desfragmentación del perfil lo encontramos entre los hombres que practican sexo con hombres, principalmente dentro del colectivo gay. Una ruptura, especialmente a nivel simbólico, con los perfiles presentados en el punto anterior. Se trata de una población oculta que actualmente ha cobrado interés ya que

presenta notables diferencias con respecto al resto de poblaciones ocultas. Esto nos obliga a generar conocimiento con la finalidad de poder cubrir las necesidades de atención sociosanitaria y así mitigar los estragos de esta tendencia entre el colectivo gay.

Las personas que hemos entrevistado reunían perfiles muy heterogéneos. La edad media se sitúa en los cuarenta años, no obstante, uno de los participantes nacido a finales de los noventa nos ofrece un conocimiento situado sobre la evolución del fenómeno en la actualidad en los perfiles más jóvenes, cuya socialización. Por otra parte, la participación de personas de otros orígenes y perfiles socioeconómicos ha permitido introducir variables como el trabajo sexual masculino o bien soledad como variable precipitante al consumo.

Tabla 3. Categorización perfil social «Hombres gais» que realizan *chemsex* en función de fase de la historia de la droga y año de nacimiento.

Fase	Año	Sustancias	Trabajo sexual	Perfil
Tercera fase de la historia reciente de la heroína se sitúa en el periodo entre crisis desde el año 1993 hasta el 2008	1973-1982	Metanfetamina Popper Cocaína Éxtasis Ketamina	Profesionalizado Sexo por consumo Profesionalización En hoteles En viviendas privadas	Invisibilizado Migrante
La tercera fase de la historia reciente de la heroína se sitúa en el periodo entre crisis desde el año 1993 hasta el 2008	1997- Actualidad	Metanfetamina Popper Cocaína Éxtasis Ketamina MDMA	No	Salvaguardado

2.5 PREGUNTAS CLAVE

La pregunta de investigación en los estudios cualitativos condensa aspectos teóricos, temáticos, metodológicos y empíricos, y constituye el eje transversal del proceso de indagación. Este último considera cuatro grandes momentos: el primero, la construcción del objeto de investigación, a continuación, el diseño de la investigación, la producción de la información y, por último, el análisis de los datos obtenidos (Hamui Sutton, 2016: 49). Las características propias de la investigación cualitativa permiten un alto grado de flexibilidad que se materializa en su constante capacidad de adaptación a las necesidades que acontecen durante el proceso. A lo largo de «Diké», hemos sido conscientes del potencial adaptativo de esta técnica, haciéndola servir en la construcción del objeto de estudio y de análisis por medio de la formulación de preguntas de investigación. Partimos de la base de que nos encontramos ante un fenómeno poco conocido, lo cual explica que este estudio sea de tipo exploratorio y etnográfico. Nuestro propósito es identificar-descubrir aspectos importantes del fenómeno objeto de estudio y generar hipótesis para futuras investigaciones. ya que se trata de un fenómeno en constante cambio y transformación. En una primera fase, formulamos las preguntas de investigación bajo fórmulas generalistas:

- ¿Qué ocurre en este contexto?
- ¿Cuáles son los temas, patrones, y categorías emergentes?
- ¿Cuáles son las relaciones emergentes entre estas?

Por medio de estas cuestiones hemos sido capaces de establecer un punto de partida para el comienzo de la problematización de los conceptos. Este proceso bebe de un fuerte compromiso reflexivo de intercambio de puntos de vista, teorías y marcos de análisis entre las personas que componen el equipo de investigación. Un equipo de investigación compuesto por perfiles de diferentes disciplinas como la sociología, la psicología o las ciencias políticas. Una diversidad que ha hecho posible nutrir la investigación de diferentes aproximaciones y análisis de la realidad complementarias. Paulatinamente, las preguntas de investigación adoptaban mayor grado de detalle:

- ¿Qué diferencias existen entre la fase del desarrollo en la que nos encontramos y la anterior?
- ¿Hay diferencias en los discursos y significados de las mujeres drogodependientes de perfiles clásicos y las mujeres consumidoras jóvenes?
- ¿Es igual de persistente el ideal de feminidad actualmente en el marco de la definición de los consumos?
- ¿Qué caracteriza a los/as nuevos/as consumidores/as que se han integrado al mercado de consumo de drogas?

- ¿Cuáles son las causas y consecuencias de las diferencias en la calidad de vida entre individuos o grupos?
- ¿Qué transformaciones ha experimentado el perfil de las nuevas personas consumidoras?
- ¿Cuáles son las necesidades emergentes?
- ¿Qué condicionantes sociales de género explican el consumo y abuso de drogas?
- ¿Son eficientes y eficaces las intervenciones y buenas prácticas en salud y/o calidad de los recursos asistenciales?
- ¿Qué intervenciones o programas se están llevando a cabo desde la práctica profesional que son potenciales de considerarse una Buena práctica avalada bajo criterios de calidad?

La investigación social, especialmente aquella que emplea metodologías cualitativas permite un amplio grado de adaptación a las casuísticas emergentes. La articulación de teoría y práctica produce datos, de modo que los objetos que observamos en la realidad no son iguales a los objetos de investigación (Hamui Sutton, 2016: 54). El objeto de investigación no existe previamente mediante ideas puramente teóricas, así como los datos no se obtienen, sino que se construyen. Esa construcción a la que nos referimos parte del proceso reflexivo orientado por las preguntas de investigación con la mirada puesta en la comprensión de un fenómeno social sujeto a cambios.

2.6 OBJETIVOS

O.E.1 – Conocer los condicionantes en salud de las poblaciones ocultas drogodependientes con perspectiva de género.

- Estimar las necesidades de la población objeto de estudio. Conocer las necesidades concretas de las poblaciones ocultas drogodependientes y poder incorporar su voz a la evaluación de los programas de atención sociosanitaria y de prevención de daños.

O.E.2 – Generar conocimiento sobre las desigualdades de género en cada una de las poblaciones objeto de estudio.

- Para este PROGRAMA la población la conforman las mujeres drogodependientes que para mantener su consumo ejercen trabajo sexual, las mujeres de etnia gitana drogodependientes y hombres del colectivo gay que ejercen *chemsex* e identifican un consumo problemático a ciertas sustancias.

O.E.3 – Analizar con perspectiva de género los estilos de vida de las poblaciones ocultas drogodependientes y su implicación en los condicionantes sociales en salud.

- Abordar las dificultades de asistencia y adherencia de las poblaciones ocultas a los recursos de atención sociosanitaria, evaluando las buenas prácticas e intervenciones.

O.E.4 – Caracterizar el fenómeno *chemsex* entre la población gay y hombres que practican sexo con hombres.

- Analizar las implicaciones psicosociales del fenómeno *chemsex*.
- Identificar las principales circunstancias derivadas de la situación de pobreza que abocan a la población drogodependiente a la exposición de situaciones de riesgo en su vida cotidiana, particularmente a conductas de consumo y prácticas sexuales que comprometen su salud física y emocional.

O.E.5 – Analizar con perspectiva de género las implicaciones psicosociales del fenómeno *chemsex*.

- Profundizar en el fenómeno *chemsex* en las poblaciones vulnerables
- Analizar las consecuencias sociales y psicológicas que presenta el consumo de sustancias asociadas al *chemsex*.

O.E.6 – Caracterizar con perspectiva de género a la población oculta drogodependiente que ejerce el trabajo sexual y sus implicaciones con los condicionantes sociales en salud, las barreras de acceso a la atención sociosanitaria y el estilo de vida.

- Abordar el trabajo sexual desde la perspectiva de la supervivencia en su amplio sentido.

O.E.7 – Caracterizar con perspectiva de género y antirracista a la población oculta drogodependiente de minorías étnicas, con los condicionantes sociales en salud, las barreras de acceso a la atención sociosanitaria y el estilo de vida, con especial atención a las mujeres gitanas drogodependientes.

- Conocer el impacto que presenta las dinámicas de la «autoprotección» y el «repudio» de la propia comunidad sobre las mujeres de etnia gitana consumidoras de drogas.
- Indagar en los procesos carcelarios que atraviesan a las mujeres de etnia gitana y la relación con los consumos.

O.E.8 – Analizar con perspectiva de género las diferencias entre las siete comunidades autónomas para cada una de las nueve poblaciones ocultas en relación con los condicionantes sociales en salud, las barreras de acceso a la atención sociosanitaria y el estilo de vida.

- Mostrar desde un punto de vista comparado qué características presentan las poblaciones estudiadas en cada una de las comunidades autónomas donde se ejecuta el programa.

O.E.9 – Entender con perspectiva de género cómo operan los condicionantes sociales en salud, las barreras de acceso a la atención sociosanitaria y el estilo de vida con especial atención a las variables dependientes del género.

- Generar conocimiento en torno a la imbricación entre el género y el consumo de drogas.
- Comprender hasta qué punto el género opera como un condicionante decisivo desde el inicio de la adicción hasta el momento de cubrir necesidades básicas.

O.E.10 – Describir con perspectiva de género los procesos de salud-enfermedad-atención, especialmente en los relativo a la dependencia a las drogas, en las poblaciones ocultas drogodependientes.

- Conocer el proceso y las buenas prácticas que se integran en los programas de atención.
- Comprender hasta qué punto la atención responde a las necesidades por género.

O.E.11 – Dilucidar con perspectiva de género cómo las poblaciones ocultas conceptualizan su estilo de vida, su identidad personal y su identidad grupal.

- Analizar con perspectiva de género los procesos psicosociales y los mecanismos socioculturales que condicionan la existencia de las poblaciones drogodependientes.
- Entender con perspectiva de género las necesidades sociosanitarias percibidas y de las dificultades para cubrirlas.
- Describir con perspectiva de género las barreras simbólicas, lingüísticas y culturales que dificultan y/o impiden acceder a los recursos de atención sociosanitaria.

- Captar con perspectiva de género la representación social e imaginario colectivo que manejan las poblaciones ocultas en relación con la atención sociosanitaria.

O.E.12 – Analizar con perspectiva de género los procesos psicosociales y los mecanismos socioculturales que condicionan la existencia de las poblaciones drogodependientes.

O.E.13 – Entender con perspectiva de género las necesidades sociosanitarias percibidas y de las dificultades para cubrirlas.

- Aplicar la perspectiva de género en el análisis de necesidades considerando tanto a hombres como mujeres, por lo tanto, evitar caer en esencialismos y otredades.

O.E.14 – Captar con perspectiva de género la representación social e imaginario colectivo que manejan las poblaciones ocultas en relación con la atención sociosanitaria.

- Comprender la imagen auto percibida que tienen las poblaciones semiocultas desde una perspectiva de género.

O.E. 15 – Dilucidar con perspectiva de género los mecanismos que coartan o imposibilitan empoderarse y ejercer los derechos de ciudadanía.

- Conocer con perspectiva de género los detalles de los mecanismos que agravan, estigmatizan y expulsan estos colectivos a los márgenes sociales

O.E.16 – Ofrecer el conocimiento necesario para implementar protocolos y programas con perspectiva de género adaptados a las necesidades de las nueve poblaciones ocultas drogodependientes.

- Pretender dotar el estudio de utilidad social con la capacidad de generar conocimiento aplicado a las necesidades de los recursos.
- Ofrecer conocimiento en cuanto a la existencia de prácticas innovadoras en el ámbito de la prevención y atención sociosanitaria.

O.E.17 – Generar conocimiento con perspectiva de género para amoldar la oferta asistencial a las poblaciones ocultas que hasta el momento permanecen reactivas.

- Generar conocimiento teórico con un gran potencial práctico orientado al diseño de estrategias de intervención para los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias.
- El análisis desde una perspectiva de género permite aumentar las capacidades de comprensión del fenómeno, adecuar y en última instancia, mejorar, la atención sociosanitaria a la población drogodependiente.

2.7 MATERIALES Y PRODUCTOS DERIVADOS DE «DIKÉ»

Un paso previo e integrado en el proceso de realización de «Diké», ha sido la producción de una serie de documentación técnica. Estos documentos nos han permitido la correcta coordinación y elaboración del estudio con el propósito de velar por la calidad de la investigación, la transparencia en la metodología, así como una validez externa e interna en las técnicas empleadas. Hemos diseñado la documentación que se estructura en tres fases. La primera de ellas ha sido la fase preparatoria y construcción del objeto de estudio. Seguidamente, la fase de trabajo de campo y ejecución. Por último, la fase de resultados y difusión del programa, de la cual se derivan los documentos finales: el Informe final, un artículo de divulgación y un artículo científico. A continuación, se describen cada uno de los documentos e instrumentos técnicos sin los cuales «Diké» no habría sido posible.

Documentos asociados a la fase de diseño y construcción

1. **Protocolo metodológico.** El protocolo metodológico busca ser la herramienta que acompaña a todo el proceso de diseño y planificación de la investigación. Se trata de un documento dinámico que evoluciona conforme lo hace «Diké». Se divide en dos fases: la primera engloba el diseño y la planificación, que a su vez comprende la fase de ruptura y construcción. Durante la primera fase se realiza una reflexión que progresivamente avanza en la problematización del objeto de estudio, la construcción de hipótesis cualitativas y cuantitativas, así como la extracción de los principales conceptos y su operacionalización. La segunda fase es la relativa a la validación empírica, formada por la fase de comprobación, en la que se describe cuidadosamente el proceso de trabajo de campo y su planificación, así como la metodología de análisis mediante técnicas cualitativas, como por ejemplo el uso de la matriz de análisis o el corpus teórico como herramientas principales. Por último, el documento cierra con un aporte de las principales conclusiones y hallazgos alcanzados.
2. **Base de datos.** Hemos elaborado una base de datos con dos finalidades. La primera, a nivel procedimental, para conocer la evolución del proceso de trabajo campo. La segunda, a nivel de contenido para analizar cuantitativamente los datos procedentes de las entrevistas. Las variables de la base de datos se desprenden de un proceso de reflexión y problematización. Estas variables se organizan en torno a bloques temáticos: perfil sociodemográfico, trabajo sexual, violencias, consumos, salud, estilo de vida y justicia.
3. **Resumen de la investigación.** Es un documento formal útil al establecer contacto con profesionales de los recursos asistenciales y sociosanitarios, planteándoles la necesidad de realizar entrevistas en este ámbito para obtener conocimiento de las buenas prácticas, así como de las carencias a las que se enfrentan en el día a día de la práctica profesional.

Documentos técnicos vinculados a la fase de trabajo de campo

1. Documento técnico de «Guía etnográfica de observación participante». La guía está dirigida al equipo de campo del PROGRAMA y pretende ser una orientación práctica que sentará las bases del Diario de Campo posterior. La observación participante se encuentra en la base de numerosas investigaciones etnográficas. Esta técnica empleada para la recolección de datos, faculta a la persona investigadora a describir situaciones existentes usando los cinco sentidos, proporcionando una «fotografía escrita» de la situación en estudio (Kawulich, 2005).

La riqueza de la técnica de la observación participante se manifiesta particularmente cuando el objeto y sujeto de estudio resultan de difícil acceso, como es el caso de las poblaciones drogo-dependientes ocultas. En investigaciones de esta naturaleza se materializa precisamente en la contribución que hacemos como científicas y científicos sociales en la aproximación del fenómeno, pero, sobre todo, en hacer partícipes a los sujetos de estudio de la propia construcción del objeto. Nos encontramos ante poblaciones muy estigmatizadas sobre las cuales han caído todas las miradas mediáticas y la responsabilidad de muchos males de la sociedad. El sexo, las drogas y el SIDA han sido tres temas indisolublemente relacionados durante décadas.

Las personas que consumen drogas por vía parenteral, aquellos individuos que, dedicados al trabajo sexual, los hombres involucrados en relaciones sexuales en entornos de ocio y clandestinidad, así como las mujeres de minorías étnicas con prácticas culturales arraigadas, han permanecido y continúan estando en los márgenes de la sociedad. El estilo de vida de estas personas es reprochado por la sociedad civil y por muchos profesionales del ámbito de la atención sociosanitaria.

Un estigma que repercute en un aislamiento convirtiéndose en una barrera de acceso a los servicios de atención. Un estilo de vida atravesado por condiciones de pobreza material, simbólica y social que termina configurando identidades frágiles con una baja autoestima que, en el peor de los casos, devienen un abandono personal tanto a nivel físico como a nivel psicológico. La preocupación central de este PROGRAMA es indagar en la realidad de estas personas, conocer su contexto material y explicar qué hay detrás de sus debilitadas condiciones de salud.

La intención es por tanto derribar estigmas y construir puentes epistemológicos que contribuyan a comprender un problema de gran complejidad, en la que los conceptos configuran un entramado tan complicado como sus propias trayectorias vitales. El entorno juega un papel central en la vida cotidiana de las personas. Concretamente, en la población drogodependiente ha constituido un factor determinante en su desarrollo. Un entorno social caracterizado por la delincuencia, la droga, la degradación urbana, la ausencia de oportunidades laborales o una comunidad desfragmentada configura un escenario de riesgo y marginalidad que influye en las habilidades sociales y en la salud de los individuos.

Numerosos estudios⁸ han cotejado esta hipótesis llegando incluso a apuntar una menor esperanza de vida en los barrios de menor renta, así como también se ha detectado que los índices de enfermedad varían de acuerdo con la educación que ha recibido la persona, el tipo de trabajo que realiza, el nivel de ingresos, las condiciones de su vivienda o las prestaciones y servicios públicos accesibles. Todas estas cuestiones han sido contempladas durante la observación participante y el trabajo de campo. En definitiva, este documento técnico ha supuesto una herramienta capacitadora para el equipo de investigación con la finalidad de que el producto final pueda regirse sobre las bases de la calidad y la solidez metodológica.

2. Documento técnico. «Diario de Campo». Representa una herramienta genuina de conocimiento generado durante la experiencia de investigación y generación de datos primarios mediante la observación participante y la técnica de la entrevista semiestructurada realizada a poblaciones ocultas drogodependientes. El equipo de trabajo de campo estuvo formado por el equipo investigador de Episteme, todas reunían conocimientos y capacidades excelentes para capturar de cada observación participante los datos relevantes y pertinentes para la investigación.

La riqueza de los Diarios de Campo reside en la heterogeneidad de pareceres de los/as científicos sociales, la recopilación de diferentes emociones experimentadas, así como la variedad de percepciones de aquello que resulta pertinente. Teniendo en cuenta esta diversidad, y sin que el propósito de este documento sea en ningún modo acotarla, el objetivo de este documento es elaborar una guía para la escritura del Diario de Campo con la finalidad de dotarlo de una estructura metódica y científica que permita sistematizar todo aquello que las y los investigadores vemos en el campo de estudio. La fase de recopilación de anotaciones, pensamientos o recuerdos anecdóticos es fundamental para caracterizar el lugar y las dinámicas sociales que tienen lugar en él.

Sin embargo, la falta de sistematización en todas esas anotaciones ralentiza y ofrece poco valor a nivel científico en la fase de análisis e interpretación de la información. El Diario de Campo será un instrumento de gran utilidad para **cubrir lagunas de información**, así como para la **práctica reflexiva** mediante la elaboración de un corpus del conjunto de documentos de gran utilidad científica para el análisis posterior.

3. Guiones de entrevistas. Se trata de un documento que contiene la información y las directrices necesarias para realizar las actividades asociadas a las entrevistas del programa «Diké». Este documento está dirigido a las personas encargadas de la realización del trabajo de campo en las diferentes comunidades autónomas.

⁸ La publicación *Efecto barrio: segregación residencial, desigualdad social y políticas urbanas en las grandes ciudades ibéricas* (Nel-lo, Aguado, et al; 2021) contiene numerosos estudios, entre ellos en el *Capítulo 4. ¿Mueren antes los pobres? Esperanza de vida, salud mental y obesidad*, de Robles y Checa (2021, 107-124) donde se relacionan estas variables.

El contenido lo podemos dividir en tres bloques. Del punto tres al cinco son aspectos más teóricos y conceptuales del PROGRAMA: antecedentes, objetivos y necesidades. Del seis al ocho son de tipo funcional para realizar las entrevistas: población de estudio, captación y aspectos prácticos para realizar las entrevistas. El punto nueve es la explicación del guion y la base de datos de Excel. El punto diez son las referencias bibliográficas. En la guía se especifican los objetivos que se quieren alcanzar mediante las entrevistas.

En primer lugar, es necesario subrayar la importancia que tiene la técnica de la entrevista como metodología principal para la obtención de los datos: las historias de vida y los discursos de nuestra población objeto de estudio. Nuestra mirada debe dirigirse a identificar el conjunto de circunstancias a través de las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades condicionan la salud. El objetivo de las entrevistas será conocer a partir de las historias de vida de las personas entrevistadas los determinantes sociales que han operado e identificar los principales acontecimientos particulares de las poblaciones objeto de estudio. La experiencia de las entrevistas ha sido especialmente reveladora en cuanto a la generación de conocimiento que ha permitido alcanzar los siguientes objetivos:

- Identificar las principales **prácticas de riesgo** que llevan a cabo las personas drogodependientes en sus dinámicas de consumo (conductas inyectoras y de salud sexual) como consecuencia de su situación de pobreza y marginalidad.
- Conocer el **estilo de vida y los condicionantes sociales** de la población drogodependiente que puede afectar al desarrollo de enfermedades.
- Conocer cómo la **necesidad de supervivencia y de consumo presenta una dimensión de género** en la que el cuerpo opera como medio para la satisfacción de esa necesidad.
- Indagar en cómo los **patrones culturales de un marcado carácter patriarcal** atraviesan la experiencia de estas personas afectando a su autoestima y posición social.
- Conocer las **necesidades de las mujeres drogodependientes** y poder incorporar su voz a la evaluación de los programas de reducción de daños desde una perspectiva de género.
- Aumentar la **sensibilización y el conocimiento en la comunidad de profesionales** para mejorar la práctica profesional en la atención a las poblaciones ocultas drogodependientes.

2.8 REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de la literatura constituye una parte fundamental para la elaboración de este estudio. Para ello, se ha seguido una metodología que ha velado por la calidad y rigor del proceso. Los criterios de inclusión que hemos considerado aplicar fueron que los estudios fueran actuales, es decir, publicados entre 2015 en adelante. Para la selección de estudios y evaluación de la calidad metodológica, en cada fuente se constituyeron las cadenas de búsqueda a partir de combinaciones de términos que constituyen conceptos clave en nuestro estudio.

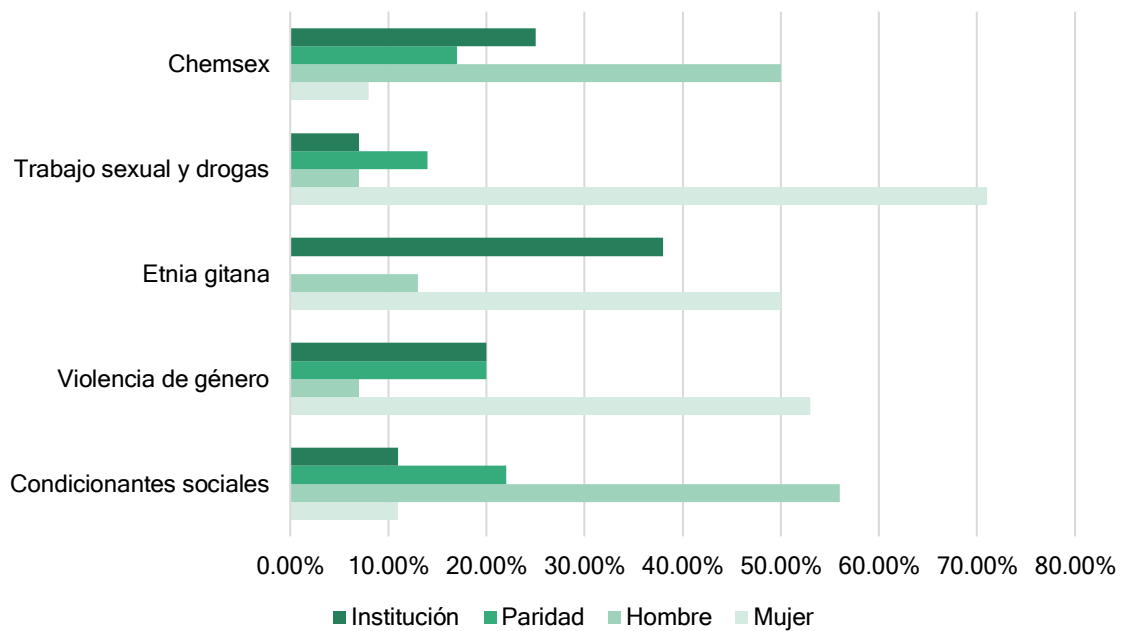
Tabla 4. Estrategia de selección de los artículos científicos

Estrategia de búsqueda de literatura					
Fuente	Fecha de búsqueda	Cadena de búsqueda	Filtros	N.º de resultados	Lectura y vaciado
PycINFO	15/01/2023	Gender AND drugs AND risk factors	Dos años <i>Open access</i>	266	6
PycINFO	15/01/2023	Substance abuse AND gender perspective	Tres años <i>Open access</i>	916	6
Scopus	08/02/2023	Sex work AND drugs AND Europe	<i>Open access</i> 2019	70	5
Mendeley	27/02/2023	Gipsy AND drugs AND risk factors	<i>Open access</i>	213	9
Mendeley	27/02/2023	Social conditions AND drugs	<i>Open access</i> 2019 a 2023	10	8
Mendeley	04/04/2023	Housing exclusion AND gender	<i>Open access</i>	+1000	9

La última columna de la Tabla 4 hace referencia a la lectura de los textos seleccionados y el vaciado. Esta técnica consistió en la selección y extracción de conclusiones, ideas o elementos pertinentes

que emergieran del artículo analizado en un documento Word. Este documento nos sirvió para apoyarnos sobre bases teóricas sólidas a la hora de realizar el análisis y conocer el escenario general alrededor de los conceptos problematizados. Además, el análisis nos ha permitido identificar diferentes líneas teóricas y morales desde la cual se aborda la cuestión de los condicionantes sociales y la adicción a sustancias. No obstante, hay que señalar que hemos tratado de incluir la perspectiva de género en nuestra selección de artículos científicos en función del sexo de la autoría.

Gráfico 4. Porcentaje de artículos científicos revisados según el tema que trata



Hemos notado que aquellos artículos cuya temática hemos categorizado como «Trabajo sexual y consumo de drogas» están mayormente desarrollados por mujeres (setenta y uno por ciento). Del mismo modo los artículos relacionados con la «Violencia de género» las autoras son principalmente mujeres (cincuenta y tres por ciento). No obstante, identificamos un gran porcentaje de artículos en la mayoría de las temáticas cuya autoría es paritaria, es decir, hay un igual número de mujeres que de hombres.

2.9 ENTREVISTAS

La técnica de trabajo de datos por la cual nos decantamos ha sido la entrevista semiestructurada. Partimos de la idea de que la entrevista de investigación es fundamentalmente un encuentro entre sujetos en el cual se busca descubrir subjetividades (Alonso 1999: 225-226, Tonon *et al.*, 2009) reconoce a la entrevista de investigación como un proceso comunicativo, en el cual se obtiene información de una persona, la cual se encuentra contenida en su biografía, entendiéndose por biografía el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Asimismo, Schutz (1974) habla de situación biográfica y la define como la situación actual de todo sujeto que tiene su historia, conformada por la sedimentación de sus experiencias subjetivas previas, las cuales no son experimentadas por él como anónimas, sino como subjetivas y exclusivas. De esta manera se recogen creencias y opiniones del entrevistado, entendiendo por creencias las unidades de conocimiento que no tienen o no pueden ser contrastadas con algún otro criterio independiente de verdad; y por opiniones, aquellas creencias en las que los componentes evaluativos juegan un papel importante (Van Dijk, 1980).

La elección de esta técnica se fundamenta en una decisión basada en las aportaciones de la literatura y las características propias de nuestro objeto de estudio. Las entrevistas semiestructuradas permiten, en palabras de Bourdieu (1984), un «diseño flexible de investigación» en el que el sujeto de estudio ocupa un lugar central. Las entrevistas realizadas a poblaciones ocultas nos han permitido aproximarnos a sus subjetividades y profundizar sobre sus necesidades. El lugar y el escenario también han resultado elementos clave para tener en cuenta, ya que son inherentes a todo proceso de interacción. En la mayoría de los casos, «la calle» ha sido el escenario donde se ha producido el encuentro, lo cual remite a su cotidianidad y espacio de interacción, facilitando así la producción del discurso.

En cuanto a las entrevistas realizadas a los profesionales del ámbito sociosanitario se celebraron entre los meses de julio y agosto según figura planificado en el PROGRAMA. La fase de captación duró alrededor de dos semanas, una vez se acordó la fecha de la entrevista tuvieron lugar por vía telefónica. Las personas profesionales que accedieron a participar contaban con una amplia experiencia en la red de atención a personas drogodependientes. Las mujeres y hombres participantes fueron principalmente trabajadoras y educadoras sociales, profesionales de la psicología y del ámbito sanitario.

La finalidad de las entrevistas realizadas era conocer las prácticas desarrolladas en la cotidianidad de la atención con el objetivo de generar conocimiento en torno a qué intervenciones o programas se están llevando a cabo y aspiran a ser consideradas una Buena Práctica con criterios de calidad y ser potencialmente escalable a otros territorios. Las personas entrevistadas dieron su consentimiento para el registro de la grabación por medio de grabadoras. La necesidad de registrar

los audios se fundamenta en la posterior transcripción de las entrevistas y composición del corpus textual para el análisis cualitativo.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La consideración de los aspectos éticos de los proyectos de investigación que involucran personas es una norma obligatoria tanto en el ámbito nacional como en el internacional, que garantiza un proceso de revisión independiente para otorgar el mayor grado de protección posible a los sujetos y que la investigación se lleve a cabo de una manera éticamente aceptable. El tratamiento de datos personales para la realización del estudio es un aspecto necesario para el correcto desarrollo de este, de este modo hemos velado por garantizar el cumplimiento de la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales** de modo que la participación de estas personas no suponga en ningún caso poner en peligro su integridad personal y anonimato. La voluntariedad de participación y el anonimato han sido cuestiones presentes en la realización de las entrevistas.

Episteme obtuvo la aprobación de la comisión ética de la Universidad Rovira y Virgili con fecha treinta y uno de julio de dos mil veintitrés. Este trámite resultaba central para el correcto desarrollo de la investigación velando por los aspectos éticos de la investigación. El proceso de obtención favorable de la comisión ética partió de una revisión de una serie de condiciones:

- La revisión de la propuesta de proyecto se realiza **conforme a las buenas prácticas científicas**, los valores de **corrección científica, capacitación, justicia, solidaridad, protección de los sujetos vulnerables, trato digno, autonomía personal, privacidad, confidencialidad, reparación del daño** y respeta los **Derechos humanos**.
- Revisión de la **normativa europea, española y catalana** vigente aplicable, así como la **normativa** propia de la **URV** en materia de **I+D+I**.
- Revisión para asegurar que la **propuesta del proyecto cumple con las exigencias metodológicas, éticas y jurídicas en el ámbito de las competencias del CEIPSA**. Esto abarca aspectos como: el valor social y justificación del proyecto, personal investigador, metodología, aspectos éticos específicos: riesgo-beneficio, medidas de prevención y reparación del daño, selección y reclutamiento, protección de sujetos vulnerables, información, consentimiento, privacidad y confidencialidad.
- Cumplimiento de la documentación: **consentimiento informado, documento de seguridad del archivo, autorizaciones y requisitos normativos vigentes**.

La garantía hacia las personas participantes de su anonimato y transparencia en los objetivos de la investigación era vital a la hora de la realización de las entrevistas. Por esa razón, pusimos a su disposición un **documento de consentimiento informado** antes de realizar la entrevista y comenzar la grabación. Por último, dejamos constancia de la seguridad y confidencialidad de la información registrada procurando en todo caso la justicia y el bienestar social de las personas participantes.

2.11 CAPTACIÓN DE PERSONAS A ENTREVISTAR (DIFICULTADES SUBYACENTES, CONSENTIMIENTO, PROTOCOLO ÉTICO)

La captación de las personas a entrevistar es la parte central del estudio. La técnica de la entrevista tiene la propiedad de producir datos primarios que constituyen el centro de la investigación cualitativa. Esa centralidad hace que sea necesario velar por la calidad del muestreo teórico y la necesidad de dar cumplimiento a los requisitos metodológicos. Por esa razón se ha llevado a cabo una selección y captación cuidadosa de las personas que serán participantes de la investigación.

En primer lugar, una condición necesaria era que la persona debía encontrarse en consumo activo y, por lo tanto, presentar adicción a alguna sustancia. El incumplimiento de esta variable, que en nuestra base de datos figura bajo el «consumo activo», la categorizamos como un perfil suficiente, mientras que si se daban todas las características se clasificaban como un perfil correcto.

En total, de las treinta y tres entrevistas realizadas, únicamente dos de las mujeres entrevistadas no eran consumidoras activas, en cambio, su realidad estaba atravesada por otras variables y ejes de exclusión que las situaban en una posición de vulnerabilidad y exclusión social. En cuanto al proceso de captación, el equipo de trabajo de campo dio prioridad a las zonas y áreas urbanas donde el programa ha sido implementado, y se contaba con información de que son lugares frecuentados por personas consumidoras.

2.12 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE Y DIARIO DE CAMPO

La Observación participante es, según Taylor y Bogdan (1994:36), «la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el *milieu* de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo». Tal como señalan los autores, los observadores sociales participantes entran en el campo con la esperanza de establecer relaciones abiertas con los informantes. Se comportan de un modo tal que llegan a ser una parte no intrusiva de la escena. En el marco de esta investigación hemos destinado más de ochenta horas a la observación participante.

El equipo de trabajo de campo estuvo conformado íntegramente por el equipo investigador de Episteme, todas ellas reunían conocimientos y capacidades excelentes para cumplir con la tarea y capturar de cada observación participante los datos más relevantes y pertinentes para la investigación. Las jornadas de observación adquirieron diferentes grados de intensidad conforme se establecían los contactos con las potenciales personas participantes, así como las personas observadoras iban desenvolviéndose mejor por el terreno. Conforme la mirada investigadora se afina, la identificación de elementos y características ambientales va adquiriendo mayor relevancia en la comprensión del fenómeno. Un conocimiento generado que se materializa en forma de notas en el Diario de Campo.

El Diario de Campo representa una herramienta genuina de conocimiento generado durante la experiencia de investigación y generación de datos primarios mediante la observación participante y la técnica de la entrevista semiestructurada realizada a poblaciones ocultas drogodependientes. Durante la observación participante, el equipo de campo recogió anotaciones descriptivas en las inmediaciones de los recursos asistenciales. Estas notas aportan información de las primeras intuiciones, sensaciones y percepciones del entorno. Las características ambientales dan cuenta del medio en el que se desarrolla la población drogodependiente y cómo transcurre su cotidianidad.

2.13 ANÁLISIS DE DATOS MEDIANTE LA MATRIZ DE ANÁLISIS.

Todo dato se produce por parte de la persona investigadora, no se circunscribe únicamente la información que se recoge en los entornos estudiados. Hemos equiparado la importancia que asignamos a la participación activa de la persona investigadora en la generación de datos con la intervención necesaria durante la fase de análisis de los mismos. Un análisis basado en un **proceso reflexivo** que «impregna todos los niveles del proceso de investigación desde su orientación teórica a las aportaciones de los participantes» (De la Cuesta, 2011: 164 citado en Verd y Lozares, 2016: 296) y que se manifiesta de forma más visible en la fase de análisis.

En el sentido que Verd y Lozares (2016: 300) apuntan un análisis reflexivo implica plantearse por qué los datos son como son. Por lo tanto, en el marco de este PROGRAMA el análisis cualitativo de los datos mediante la metodología del análisis de discurso, la interpretación teórica que se realice del corpus teórico generado por la segmentación de categorías irá de la mano de la reflexión metodológica. Esta reflexividad debe ir en todo momento acompañada de un **proceso de contextualización** de la información en el propio proceso de desarrollo de la investigación. Una contextualización sin la cual no es posible comprender íntegramente las diferentes posiciones discursivas, todas ellas insertas en un contexto sociopolítico con unas condiciones económicas determinadas y sujetas a un sistema de valores determinado.

El proceso de análisis cuantitativo ofrece una descripción de la situación de la población entrevistada basado en las preguntas cerradas de las entrevistas semiestructuradas, este procedimiento nos ha permitido realizar una caracterización de la muestra que, sin ánimo de representatividad estadística, supone un complemento necesario en la investigación para la interpretación de la realidad de la población estudiada. Se trata de un análisis en el que el equipo de investigación hemos desplegado toda una serie de mecanismos interpretativos, indagatorios y epistemológicos en el análisis de los datos con el objetivo de alcanzar una comprensión en profundidad del fenómeno estudiado. El método que hemos empleado, del que queremos dejar constancia en virtud de la transparencia metodológica inherente a las técnicas cualitativas, es el **análisis centrado en los casos** propuesto por Ragin (1989). Este enfoque busca integrar y articular las diversas características observadas a través del análisis del discurso de los emisores.

Un método que toma las categorías aplicadas como constitutivas de la reflexión teórica realizada (Verd y Lozares, 2016: 299). Por último, debemos considerar los diferentes **puntos de vista** en función de los objetos de estudio especialmente pertinente en tanto que para esta investigación hacemos servir el método de entrevistas semiestructuradas. Ibáñez (1994) apunta que no se trata de dar voz al sujeto estudiado como una suerte de mediatización de sus palabras, sino de «estudiar esta voz». Tal como señalan Conde (2009) o Ruiz (2009), la identificación de estas **posiciones sociales** resulta de situar al sujeto en un marco contextual concreto, en un espacio social con el

que interactúa, de modo que la pregunta que habrá de orientarnos a la hora de interpretar los diferentes discursos será: «¿desde qué posición social se produce el discurso?» Por lo tanto, nos aproximamos al discurso desde un punto de vista sociológico y psicosocial, como un mecanismo discursivo determinado por unas condiciones de producción enmarcadas en unas relaciones y prácticas sociales.

En cuanto a la **perspectiva teórica** que hemos adoptado para el análisis se centra en lo que el texto dice teniendo en cuenta la presencia de un conocimiento teórico preexistente. El método empleado para el análisis ha sido el propuesto por Glaser y Strauss (1967) en su obra *The Discovery of Grounded Theory*, aunque incidiendo en mayor medida a la línea propuesta por Strauss. El método comparativo constante de Strauss implica una codificación inductiva y abductiva del material empírico, especialmente de las entrevistas realizadas. En este proceso, se generan categorías fundamentadas en el material analizado, sin perder de vista el conocimiento teórico existente. Además, se considera el análisis de la literatura desde una perspectiva de género, lo que permite realizar una primera aproximación y problematización de los fenómenos de estudio.

Posteriormente, tras un proceso de revisión colectiva entre el equipo de investigación se procede a un agrupamiento del conjunto de categorías primarias que delimitan las categorías principales del análisis. Cabe señalar que durante todo el proceso se establece un diálogo con el conocimiento teórico existente con el cual se contrastan interpretativamente los resultados del análisis. Se desprende por tanto una aproximación holística propia del análisis de discurso que se preocupa por una interpretación contextualizada, esta aproximación para el análisis en red o **análisis reticular del discurso** (ARD) pretende traducir a una red de relaciones un conjunto concreto de enunciados, caracterizando diferentes tipos de relaciones y tomando el conjunto del texto como unidad de análisis (Verd, 2005: 143).

Esta práctica también bebe de las influencias de Van Dijk (1999: 24) quien incorpora al propio análisis de discurso una perspectiva crítica en tanto que hace referencia al contenido teórico y al contenido político. La dimensión teórica se destaca al estudiar las relaciones de dominación a través del uso del lenguaje, aspecto especialmente relevante en el análisis de las relaciones de género. En el ámbito político, se aboga por la participación activa de los investigadores en la promoción del cambio social en relación con la situación específica objeto de la investigación. En este sentido, mediante esta metodología integral y transparente nuestro propósito es avanzar en la generación de conocimiento de las particularidades y determinantes sociales que enfrentan las poblaciones ocultas que son objeto de estudio aplicando elementos de la lingüística, de la psicología social y la sociología.

Una vez expuesta y definida la metodología y perspectiva de análisis empleada en el estudio, resulta necesario hacer referencia al instrumento metodológico empleado. En nuestro caso, optamos por acudir a la **matriz de consistencia cualitativa (MCC)**. Se trata de un instrumento metodológico que posibilita sistematizar, analizar y comprender los procedimientos y avances de una

investigación que implica fenómenos, hechos, situaciones y sujetos que difieren en su naturaleza y estructura con los objetos y tópicos trabajados por el enfoque cuantitativo (Giesecke, 2020).

Tabla 5. Representación de la matriz de análisis

Categoría	Verbatims de sentido subjetivo	Análisis con modelos teóricos
Categoría 1	Verbatim. [...]	Modelo teórico
Categoría 2	Verbatim. [...]	Modelo teórico

La finalidad de la matriz será, en definitiva, sintetizar y representar la información cualitativa. La composición de la Tabla 5 está orientada por la hipótesis de investigación, es decir, planteamos una explicación tentativa de lo que está pasando con la experiencia del sujeto, apoyándonos en los sentidos subjetivos identificados y los modelos teóricos, así como de la pregunta de investigación que permite transformar la hipótesis de una explicación formulado bajo una pregunta. Una vez hemos formulado la hipótesis y la pregunta debemos plantear los focos desde los cuales abordar la entrevista de manera que las preguntas que se realicen respondan a la lógica de la investigación y logremos capturar la información necesaria para el análisis.

Tal como vemos en la Tabla 5, la Matriz se compone de tres elementos agrupados en columnas. En la primera columna, dedicada a la «Categoría», especificaremos el «Tema» que se considera que está presente en el trecho de la entrevista. Puede ser un tema de una teoría o de una creación del investigador/a o investigación, categoría in vivo. La segunda columna nombrada como «Verbatims de sentido subjetivo» está dedicada a la selección de verbatims que han resultado pertinentes a lo largo de las entrevistas y se asocian con la categoría. Un *verbatim* es el recorte de la respuesta del sujeto entrevistado tal cual lo ha expresado en el cual el investigador o la investigadora a identifica la presencia de intensa emocionalidad ligado a una significación de importancia para la experiencia de la persona sujeto de nuestra investigación (Valles, 2002: 132). Por último, la columna dedicada al «Análisis con modelos teóricos» nos permite realizar una interpretación de la cita literal desde el modelo teórico seleccionado.

2.14 UTILIDAD SOCIAL DEL ESTUDIO

La cuestión de la utilidad de la investigación ha sido ampliamente discutida por la literatura y abordada desde distintas perspectivas: una perspectiva vocacional del investigador determinado por su responsabilidad social; perspectivas funcionales en cuanto al papel que el conocimiento social cumple en relación con la organización social o en relación con la estructura de poder y decisional de la sociedad; perspectivas instrumentalistas en cuanto a la eficacia de los conocimientos para fundar, convalidar, justificar las decisiones políticas; una perspectiva difusionista en el sentido de que la utilización del conocimiento es una resultante de la oferta del mismo (Vaccarezza, 2009: 8). Desde nuestra experiencia en el campo de la investigación social en el ámbito de prevención de drogodependencias, consideramos un eje central en nuestra práctica investigadora la utilidad social de los estudios, informes y programas que producimos en Episteme.

El PROGRAMA que presentamos se encuadra dentro de la perspectiva que adopta la utilidad de la investigación en un sentido difusionista, en tanto que la generación de conocimiento es el resultado y producto de este estudio. El conocimiento en torno a los condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las personas drogodependientes cuentan con particularidades propias sobre las cuales no se ha profundizado lo suficiente en la investigación científica, más aún, desde una perspectiva de género. Las consecuencias de carecer de un conocimiento profundo sobre esta realidad impactan en la oferta y calidad de los recursos de atención existentes.

El interés en comprender las necesidades específicas de la población drogodependiente desde una perspectiva de género nos brindará la capacidad de identificar los patrones de la adicción y las necesidades subyacentes. El propósito es que este conocimiento sea políticamente útil, tanto en el diseño y la implementación de programas de prevención de adicciones con enfoque de género, considerando los condicionantes sociales individuales, como en la integración de la perspectiva de género en el ámbito de la atención en el circuito asistencial sociosanitario.

2.15 PRINCIPALES CONCEPTOS PROBLEMATIZADOS

El género

El género no sólo es un sistema de organización social que coloca sistemáticamente a las mujeres y lo femenino por debajo de los hombres y lo masculino, sino que, además, establece de forma estructural desigualdades que afectan muy especialmente a las mujeres. El concepto de género es relacional: lo que define al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela la existencia de desigualdades. Por tanto, el enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres». Una visión de género, lejos de olvidar a los hombres, los incluye como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto hombres como mujeres (Borrell *et al.*, 2004). El género es una categoría compleja, multidimensional, que configura el comportamiento humano (conductas, emociones, ideas, imaginario simbólico, etc.) a partir de una dicotomía que se entiende como natural: hombre y mujer.

“ El concepto de género puede definirse como el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a diferentes niveles tales como el estado, el mercado del trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor (Benería, 1987: 46)

En el ámbito de las drogodependencias el género se manifiesta de forma muy concreta en todas las fases del proceso del consumo, desde el inicio, el tipo de sustancia, el contexto, el proceso de adicción e incluso la fase de deshabituamiento. Tradicionalmente, se ha hecho referencia que «el género» es un condicionante social que expone a los hombres a mayores factores de riesgo mientras que en el caso de las mujeres actúa como factor de protección. Esta perspectiva ha derivado en un **proceso de esencialización** según el cual se ha pasado de la invisibilidad a tomar como centro de la prevención, atención e investigación a las mujeres y sus experiencias como «lo otro», cuyas necesidades son específicas, mientras que los hombres y sus experiencias se toman como referencia de «la normalidad» (Martínez Redondo y Luján Acevedo, 2020: 16).

El potencial que consideramos debe desprenderse de esta línea argumental es la reflexión en torno a la necesidad de replantear la prevención, atención e investigación con la población drogodependiente masculina y no sólo sobre las mujeres. Uno de los planteamientos que ha orientado la investigación ha sido conceptualizar «la masculinidad» y comprender el papel que proyecta en

las adicciones. La utilidad de este planteamiento en este estudio, como gran novedad, nos permitirá comprender profundamente el fenómeno del *chemsex*.

Los mandatos de género y la heterosexualidad como norma contemplan una serie de atribuciones a lo masculino: el ejercicio del poder y la dominación, la necesidad de demostrar hombría y virilidad, el uso y naturalización de la violencia, la inexpressión de las emociones, el mito del éxito, el control, etc. Atributos que se manifiestan en la práctica *chemsex* fruto de una homofobia interiorizada. Desde aquí, la masculinidad es pensada y entendida desde los mandatos y la normativa de género asignada para los hombres, poniendo el foco de atención e intervención en los contenidos dados a la pregunta «¿qué significa ser un hombre?» (Martínez Redondo y Luján Acevedo, 2020: 27). En relación con este planteamiento, emerge una realidad escasamente visibilizada, pero que genera mucha preocupación entre los profesionales de la salud como es el caso del uso recreativo de drogas y la práctica de *chemsex* en varones LGTBIQ+. Esta realidad manifiesta la importante relevancia que ocupa la dimensión relacional del género y la orientación sexual en el uso de las drogas de forma bidireccional, tanto para hombres como para mujeres. En el caso de las mujeres protagonistas de este estudio, el género ha operado como un fuerte condicionante sobre ellas desde una perspectiva de sumisión y objetivación.

En resumen, la perspectiva de género en el ámbito de las drogas es una forma de analizar cómo las diferencias de género influyen en el consumo, tratamiento y políticas públicas en torno a las drogas, reconociendo que hombres y mujeres tienen diferentes roles, experiencias y necesidades en relación con el consumo de drogas. A través de este PROGRAMA, aspiramos a contribuir a la producción académica con utilidad social para aportar evidencias y que estas diferencias sean consideradas al desarrollar, políticas y programas de prevención, tratamiento y reducción de daños. Se trata de una forma de contribución al conocimiento de esta realidad abandonando posiciones puramente androcéntricas que no han tenido en cuenta la perspectiva de género a la hora de diseñar recursos o programas de atención.

El sistema sexo-género

El concepto teórico «sistema sexo-género» fue creado por las feministas anglófonas occidentales de los años setenta. Gayle Rubin (1975; citada en Martínez Redondo y Luján Acevedo 2020: 10) define por primera vez el sistema sexo-género como «el sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y en el que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas». La teoría que inspiró esta autora nos revela el género como principio de organización social con un marcado carácter jerárquico. Además, plantea que esa construcción de lo masculino y lo femenino en desequivalencia se inscribe en la subjetividad, genera identidad, reproduciéndose en las esferas más íntimas de la vida y la subjetividad de las personas (Martínez Redondo y Luján Acevedo, 2020: 11).

Este sistema analiza las relaciones producidas bajo un sistema de poder que define y asocia condiciones sociales distintas a unos cuerpos concretos, mujeres y hombres, debido a los papeles y funciones que les han sido asignadas socialmente y de su posición social como seres subordinados, –las mujeres, asociadas a lo minusvalorado –o seres con poder sobre los principales recursos, –los hombres, asociados a lo valorado–. Nuestras actuales sociedades occidentales están sujetas por un sistema patriarcal dicotomizado en un sistema sexo-género que sostiene una relación desigual de poder entre mujeres y hombres. Las desigualdades de género se expresan en todos los ámbitos, educación, salud, espacio público, economía, mercado laboral, en la conciliación de la vida laboral y familiar, en el ámbito jurídico y también en la política. De esta forma se naturaliza y se toma como realidad dada, invisibilizando los mecanismos culturales y sociales por los cuales se crea y ejecuta. Una de las expresiones más extremas de esta desigualdad es la violencia de género y la principal causa que la origina y perpetúa es el sometimiento y control de las mujeres, aspecto básico del funcionamiento del patriarcado.

Otra consecuencia derivada de este modelo patriarcal es la invisibilidad de las mujeres y lo asociado a lo femenino. Esta invisibilidad está relacionada directamente con que las personas estamos inmersas en lo que se ha venido a denominar **«saber androcéntrico»**. El saber androcéntrico presupone la experiencia masculina como la universal, dejando de lado los saberes y aportaciones de la experiencia femenina o minusvalorándola, incluso destruyéndola (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2023: 8-12).

Si trasladamos este marco conceptual al ámbito de las adicciones, observamos que el consumo de sustancias y las conductas adictivas se expresan de una manera desigual tanto en hombres como en mujeres. La realización de prácticas de riesgo, como es el uso de drogas, puede llegar a ser incluso una acción premiada o valorable en el espectro masculino, en cambio, sobre la población femenina, se trata de una práctica que recibe mayor sanción social. Una penalización que en última instancia repercute en una mayor discriminación y estigma hacia las mujeres que usan drogas.

Desde una perspectiva de género, la causa que explica este fenómeno es que la penalización de conductas disruptivas que no se asocian con lo que se espera de ellas, según el mandato de género «la buena mujer, la buena madre», lleva a una mayor culpabilización y responsabilización de sus acciones, independientemente de que estas sean las mismas que los hombres. El resultado es una invisibilización del consumo y las adicciones en las mujeres motivado por la culpa, la vergüenza y el estigma social que recae sobre ellas bajo la losa del mandato de género. Tal como comprobaremos líneas más adelante, la población que forma parte de nuestro estudio sufre especialmente los mandatos de género sobre su experiencia con las drogas. En el caso de las mujeres gitanas consumidoras son comunes las experiencias de repudio y aislamiento de la comunidad debido a su adicción, así como las mujeres que ejercen trabajo sexual por necesidad con situadas como «disidentes sociales» por sus conductas impuras en el imaginario colectivo.

A modo de contrapunto, se presenta el caso de los hombres pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ que participan en *chemsex*. Estos individuos provienen de posiciones socioeconómicas privilegiadas, y su validación y masculinidad son evaluadas internamente a través de la participación en prácticas de riesgo en el ámbito de las relaciones sexuales y el consumo de drogas. En este escenario, se premia la adopción de comportamientos masculinizados y considerados peligrosos.

En «Diké» emplearemos el sistema sexo-género como marco desde el cual analizar las diferentes posiciones sociales en relación con el consumo de drogas, el estigma y el ejercicio de derechos. Si una cosa está clara, es que mientras perdure y prevalezca que «lo masculino» y lo valorado esté asociado a unos cuerpos concretos, — que son los hombres —, y «lo femenino» y minusvalorado esté asociado a unos cuerpos concretos, — que son las mujeres —, resultará un punto de partida en desigualdad frente a la cual la minusvaloración se asocia al género, aunque las acciones resulten idénticas.

Minoría étnica

El interés de incluir el factor étnico en la investigación responde a la comprensión del mismo como un condicionante social más que, junto al género, atraviesa las condiciones de existencia de las personas drogodependientes. Es decir, la cuestión de ser una mujer o un hombre drogodependiente de etnia gitana agrava y posiciona automáticamente a estos sujetos en una posición más estigmatizada y estereotipada que la población drogodependiente no gitana. De este modo se trata de considerar la pertenencia a una minoría étnica como un factor más que se añade a la discriminación que sufren las personas drogodependientes, haciendo especial hincapié en las mujeres.

Históricamente, y en la actualidad, las personas españolas de etnia gitana han sido situadas en una posición de subalternidad cultural, económica y política en el conjunto del Estado. Subalternidad que, a su vez, condiciona sus percepciones y prácticas con respecto a la salud y la enfermedad. En el ámbito de las drogas, la comunidad gitana lleva años portando el estigma del consumo y tráfico. El señalamiento de «los poblados gitanos» como lugares situados en las periferias de las ciudades como puntos de producción, venta y consumo, es una realidad aún latente que se ha dejado ver a lo largo de la investigación.

La comunidad gitana española es muy heterogénea en su composición, situación social, formas de vida, comportamientos, si bien se reconocen a sí mismos como miembros de una cultura e identidad étnica que comparte valores, creencias y costumbres. En lo que respecta pertinente en este estudio, se busca comprender desde una perspectiva de género la relación entre el consumo de drogas, los patrones culturales de la comunidad gitana y el género como variables en interacción para comprender el fenómeno en su complejidad.

La comprensión de cómo influyen los cambios del entorno en su cultura, qué pautas de conducta son permeables y qué tradiciones permanecen a lo largo de los años son factores que

presentarán gran incidencia en la relación con el consumo de drogas. Ante este complejo entramado, entra en juego el concepto de interseccionalidad. Según Platero (2012), las teorías de la interseccionalidad surgen en el seno del feminismo recogiendo de esta tradición las reflexiones que tratan de articular el género con otras variables, principalmente clase social y raza. La restricción de la categoría de género como única explicación para las desigualdades experimentadas por las mujeres gitanas fue cuestionada tanto en la esfera activista como en la reflexión académica. Aquellas que no se veían reflejadas en las experiencias de mujeres blancas occidentales de clase media, quienes no compartían vivencias similares, como los procesos penitenciarios, fueron particularmente críticas al respecto. La estratificación social no se articula en base a un solo eje de desigualdad, sino a través de múltiples dimensiones donde además del género, la clase social y la raza juegan un papel crucial (Bottero, 2005). Tampoco es posible sumar los diferentes ejes, sino que hay una combinación compleja tanto en las experiencias concretas de estas personas como en las consecuencias que se deriva de ello en las políticas públicas de todos los ámbitos (De Miguel Calvo, 2016).

La violencia

Durante las entrevistas se dedicó un bloque de preguntas al tratamiento de esta variable. Indagamos en los aspectos centrales de la violencia como factor condicionante de la existencia de la población drogodependiente y obtuvimos, entre otros hallazgos, que prácticamente la mayoría de las mujeres drogodependientes que han participado en la investigación han sido víctimas de violencia de género. En términos generales, haber sido víctima de algún tipo de violencia, juega un papel detonante en el posterior desarrollo de conductas de riesgo, pero en el caso de las mujeres esto se manifiesta con mayor crudeza. Existen numerosos informes que han profundizado en esta cuestión. El reciente informe publicado por la UNAD (2022) apunta a la relación entre haber sido víctima de violencia machista y unas **mayores dificultades de agencia**. Es decir, una menor capacidad para la toma de decisiones autónoma.

El ejercicio de la violencia sobre los cuerpos anula la dignidad y la capacidad de decisión. Cuando abordamos la intersección de violencia de género y adicciones, es esencial considerar las consecuencias psicológicas derivadas de los mandatos de género. Estos imponen una carga significativa, dificultando que las mujeres se enfoquen en sí mismas y se dediquen tiempo para el autocuidado (UNAD, 2022).

En la mayoría de las entrevistas realizadas a mujeres, la violencia ha estado presente a lo largo de su vida, primero bajo la institución familiar, siendo víctimas de maltrato físico y psicológico por la figura paterna o materna, más adelante en el marco de relaciones sexoafectivas, pero también por la comunidad por medio de agresiones verbales discriminantes o a través de las instituciones. La naturalización de la violencia machista a lo largo de su desarrollo vital sitúa a las mujeres en una posición social devaluada, vulnerable y expuesta a múltiples riesgos.

Tal como expondremos a través de los testimonios recogidos, muchas de nuestras participantes hacen referencia a su propia existencia como una experiencia violenta: «todo es violento». La experiencia de haber sido víctima de violencia machista se manifiesta en todas las mujeres participantes en el estudio, independientemente de la procedencia y la etnia. En primer lugar, resulta conveniente exponer nuestra postura, por un lado, consideramos que no hay comunidades y grupos sociales más machistas que otros, sino que el machismo, la violencia patriarcal y los valores de dominación se manifiesta de maneras concretas.

En el caso de las mujeres de etnia gitana, cuyos orígenes y valores culturales se encuentran muy arraigados en su familia, las prácticas y normas que rigen su comunidad han supuesto un obstáculo a su desarrollo en libertad. La construcción de la identidad y la feminidad en torno al trabajo de cuidados y los roles de madre, esposa y proveedora de quienes siguen la «Ley Gitana» materializa una relación de poder patriarcal. Debemos aclarar la necesidad de aproximarnos al fenómeno con cautela y cuidado para no herir sensibilidades sin menospreciar que las prácticas culturales operan como determinantes para la salud.

En cambio, en el análisis de las entrevistas realizadas a la población masculina drogodependiente hemos detectado una reproducción de la violencia ligada a la demostración de su hombría. Históricamente esto ha sido así y se ha expresado contra aquello asociado a la feminidad y a la vulnerabilidad en un manifiesto de relación de poder de la masculinidad. Esta cuestión se ve de forma muy clara en la violencia que sufren las personas LGTBIQ+, concretamente los hombres del colectivo gay que practican *chemsex* que forman parte de la población objeto de estudio.

En síntesis, al problematizar este concepto y llevar a cabo la operacionalización de esta variable en relación con otras, hemos logrado desglosar contextos, perfiles e implicaciones. Estos aspectos serán detallados en el capítulo cuatro con el respaldo de gráficos y figuras. La realización de un análisis estadístico de esta variable en nuestra muestra es un paso esencial para comprender su dimensión dentro de la población objeto de estudio

La seguridad

La percepción de seguridad e inseguridad en el espacio está influenciada por diversas características, como la etnia, el género, la edad y el perfil socioeconómico. La presencia de estos condicionantes aumenta las probabilidades de victimización, ya que el racismo, el machismo o la aporofobia representan manifestaciones de violencia que condicionan la sensación de seguridad en la vida cotidiana.

Desde una perspectiva de género, la percepción de inseguridad en el espacio público ha sido asociado a los cuerpos de las mujeres, considerados vulnerables y accesibles bajo el poder de dominación de los hombres. La permanente sensación de «encontrarse bajo amenaza», tal como han manifestado las participantes del estudio, deriva de una experiencia vital en la que la calle ha sido siempre un espacio de hegemonía masculina.

La calle se representa como un lugar donde se han cometido abusos de poder y violencias que han impactado sobre la posición social de las mujeres y la construcción de su identidad. A lo largo del trabajo de campo esta experiencia era compartida por muchas de las participantes y ha sido central la identificación de este concepto porque da cuenta de que no solo la calle, sino también el hogar durante la infancia, la vivienda compartida en la etapa adulta o incluso los recursos asistenciales son espacios que se perciben como hostiles.

El espacio en el que nos movemos e interactuamos están diseñados bajo patrones androcéntricos que hacen que la seguridad esté hegemonizada por los hombres. Las vivencias de las mujeres participantes han demostrado hasta qué punto la violencia machista se encuentra integrada en su cotidianidad, del mismo modo que los hombres incorporan su poder de dominación para ejercerla. En el caso de las mujeres que pernoctan al raso o bien ejercen trabajo sexual, en la tipología de calle se encuentran especialmente expuestas a agresiones físicas y sexuales. La afectación que tiene la inseguridad sobre su estado de salud mental se ve agravado, además, por la necesidad de consumir para mantenerse despiertas y en situación de alarma constante, lo que perjudica su estado de salud físico y orgánico. La importancia de incluir la inseguridad como un concepto y una variable de estudio recae en el potencial que tiene para su intervención y reversión por medio de medidas de intervención local.

La exclusión residencial

Conceptualmente, la exclusión residencial se refiere a la imposibilidad de acceso a la vivienda. La escasez de un parque público de vivienda a nivel estatal en favor del mercado privado sitúa un derecho fundamental en una posición de bien mercantilizado del cual extraer beneficio, estableciendo unos precios desorbitados por encima de su valor real. El grado de inclusión o exclusión que tienen las personas en la sociedad y el riesgo que corren de encontrarse en situación de vulnerabilidad y pobreza, está estrechamente asociado a cinco elementos clave: el empleo, la protección social, la vivienda, la educación y la salud. El acceso a la vivienda en condiciones de dignidad se encuentra en el centro de las problemáticas y necesidades que sufren las personas situadas en los márgenes de la sociedad, ya que la negación de este derecho dificulta enormemente el derecho de ejercicio de los siguientes.

Las personas drogodependientes que constituyen nuestra población objeto de estudio padecen esta problemática de manera severa, ya que ven negado su derecho de acceso a una vivienda pública o de alquiler social en la medida que mantengan su consumo, una decisión que requiere de una serie de condiciones materiales idóneas, entre ellas, un lugar seguro e íntimo donde residir. La negación de este derecho por parte de las instituciones públicas da cuenta del peso que aún tiene la abstención como única alternativa. Tal como veremos, son numerosos los casos en los que las personas entrevistadas se han visto obligadas a ocupar viviendas de forma ilegal como única alternativa para encontrar un techo, muchas veces con la falta de suministros. Las situaciones

de mayor gravedad las identificamos en aquellas personas que pernoctan en la calle o transitan albergues municipales, con todas las implicaciones que ello presenta para la salud física y mental.

Estas experiencias, analizadas desde una perspectiva de género, se agudizan en mayor medida en el caso de las mujeres drogodependientes, numerosas mujeres que han sido supervivientes de violencia de género son excluidas de los recursos residenciales, en particular, debido a su adicción. Uno de los perfiles profesionales que tuvimos la oportunidad de entrevistar apuntó que, paulatinamente, la red asistencial a las mujeres con drogodependencias se diluye: «el criterio es que ya se están creando otros recursos para violencia de género. Pero claro, el problema es que se les olvida la coletilla que nosotros llevamos años diciendo: para todas menos para las nuestras» (Trabajador social, Madrid, 430, CAID). Esta realidad es extensible a la experiencia asturiana. Una profesional nos apuntaba lo siguiente:

“ Parece que las mujeres con las que trabajamos nunca encajan en Casa Malva, que es el recurso específico de primera entrada de acogida aquí a las mujeres que son víctimas de violencia de género. Es como que hay consumos, hay una trayectoria de sinhogarismo, hay peques bajo tutela de la consejería... no encajan. Perfil cuando realmente se deberían de encajar, porque habría de primar su condición de víctima de violencia de género por encima de todas esas otras cosas que llevan la mochila (Trabajadora social, Asturias, 431, Mar de Niebla).

Las situaciones de acoso, agresiones sexuales y violencia en todas sus formas se manifiestan de forma concreta sobre las mujeres drogodependientes en situación de calle. Este escenario dibuja una percepción social estigmatizada de estas mujeres como disidentes sociales que rompen por completo el mandato de género, provocando un empeoramiento de su autoestima, la ruptura de los lazos sociales, agravamiento de su estado de salud y el consumo de sustancias como refugio al dolor.

El trabajo sexual por supervivencia

En primer lugar, resulta pertinente aclarar que en relación con los motivos del trabajo sexual por supervivencia entendemos el término «supervivencia» en su sentido más amplio, desde la satisfacción de necesidades básicas, —pasando por el alimento o la necesidad de un techo— hasta el mantenimiento del consumo propio para evitar el dolor que provoca la abstinencia. Las drogas y la manera en la que la ley determina las vidas de quienes las usan tienen una relevancia directa cuando se examinan las razones de por qué las mujeres consumidoras encuentran en el trabajo sexual una vía para salir adelante y hasta qué punto se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante situaciones de violencia y abusos.

Tal como analizaremos más adelante, el perfil que nos interesa en este estudio es el de aquellas mujeres drogodependientes que acuden al trabajo sexual y a la prostitución como medio

para generar dinero y en cuyas vidas la droga juega un papel central. En nuestra base de datos hemos distinguido, por un lado, los motivos por los cuales nuestras participantes se iniciaron en el trabajo sexual, por otro lado, el tipo de trabajo sexual según el lugar donde ejercían. Asimismo, hemos señalado el motivo de abandono. En la práctica totalidad de los casos de estudio existe correlación entre el ejercicio del trabajo sexual y situaciones de violencia o la contracción de enfermedades infecciosas. La interacción entre múltiples variables da cuenta de la complejidad de la situación y permite en gran medida comprender el fenómeno, a pesar de las particularidades propias de cada una de las mujeres entrevistadas.

Adicionalmente, encontramos que el trabajo sexual y el consumo problemático de drogas se encuentra sobrerrepresentado en las personas del colectivo LGTBIQ+ en situación de vulnerabilidad y pobreza. El rechazo, los abusos, tanto en el hogar como en la comunidad en general, aumenta

“ Una mayor proporción de la comunidad trans está implicada en el trabajo sexual en comparación con la proporción de la población de mujeres cis que son trabajadoras sexuales. Esto es indicativo del estatus a menudo marginado de las personas trans en la sociedad. Las actitudes y los prejuicios arraigados impiden a las personas LGTBIQ+ el acceso a la educación, afectando así a su acceso a las opciones vitales y habitacionales. Estas personas tienden a tener un acceso menor a la justicia y a los servicios sociales debido al estigma y a la discriminación institucionalizada (Amnistía Internacional, 2016: 5).

su precariedad y vulnerabilidad en una sociedad marcada por patrones homófobos y transfobos, lo que deja, tal como hemos recogido en testimonios de las participantes, a la prostitución como una de las pocas vías practicables para salir de la pobreza. Una tasa superior de abandono escolar, la falta de apoyo familiar y la falta de acceso a tratamientos de salida adecuados, incluyendo los medios para financiarse un tratamiento de reafirmación del género, dejan a estas personas expuestas a la pobreza, la enfermedad y la falta de techo (Mac y Smith, 2020: 213). Tal como señala [un Informe de Amnistía Internacional](#)

En lo referente a nuestro estudio, nos aproximaremos al fenómeno del *chemsex* a través de testimonios de hombres que lo practican motivados por el consumo y la adicción a sustancias y se encuentran atravesados por condicionantes de pobreza y estigmatización.

Chemsex

El uso sexualizado de las drogas es una práctica muy antigua que no se circunscribe únicamente a las personas homosexuales. Sin embargo, en los últimos años, la preocupación se ha volcado sobre este colectivo y en ocasiones las aproximaciones han sido muy sesgadas y cargadas de estigmatización. A pesar de que se tiene constancia, principalmente desde el ámbito sociosanitario y de las personas que lo practican, de qué es el *chemsex*. No resulta tan sencillo realizar una definición con-

creta del fenómeno y distinguirla de otras situaciones de consumo en las que las relaciones y prácticas sexuales también están de por medio. El responsable del programa ChemSafe de Energy Control perteneciente a la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) que se llevó el primer premio en el concurso de proyectos orientados a las buenas prácticas de Infoadicciones define el concepto como el término epidemiológico para hacer referencia a lo que se le llama *Party and Play* o *High and Horny* en Estados Unidos. Este fenómeno ha evolucionado conforme lo han hecho las sustancias y la percepción social sobre ellas.

En el momento en el que se produce un desarrollo masivo de las tecnologías y de nuevas aplicaciones para provocar citas y encuentros sexuales esta práctica se ha extendido a todas las poblaciones. Además, no debemos olvidar que estamos hablando de relaciones sexuales entre hombres que practican sexo con hombres, pero no se identifican como homosexuales, y aquellos que sí reivindican su identidad y orientación homosexual. A pesar de que nuestro estado ha avanzado enormemente en el reconocimiento de derechos de la población LGTBIQ+, la sociedad a pie de calle aún carece de las herramientas de conocimiento necesarias en el ámbito de la educación sexual y la vigencia de la masculinidad tradicional sigue perpetuando un reparto de roles de género asignados a un sexo.

Los principales trabajos que han analizado los motivos que impulsan a los hombres GBHSH (hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres) a la práctica del *chemsex*, lo han hecho desde un abordaje cualitativo, metodología que permite conocer los significados, valoraciones y atribuciones que cada persona realiza a partir de su experiencia con el consumo de drogas con fines sexuales y de su relación con el contexto social gay. Aunque la categorización varía en función del marco conceptual adoptado, todos los autores coinciden a la hora de señalar un primer grupo de razones relacionadas con el uso instrumental de las drogas para conseguir experiencias sexuales sensorialmente más poderosas.

En concreto, todos destacan el efecto de las sustancias acentuando la intensidad del deseo, de la excitación, de los orgasmos, el mayor rendimiento sexual al poder tener mejores erecciones o retardarlas o recuperarse muy rápidamente y poder tener más relaciones sexuales con la misma o con otras parejas. También se busca tener mayor aguante físico y poder prolongar el tiempo de las sesiones sexuales. El consumo de algunas sustancias facilita la euforia y la desinhibición sexual, la realización de fantasías sexuales o de determinadas prácticas extremas que podrían ser dolorosas si no se está bajo sus efectos (p. ej. el *fisting*) o relaciones en las que se ejerce dominación, violencia o agresividad y que suelen estar sujetas a fuertes cargas morales.

El término *chemsex*, parece haber cogido protagonismo en los últimos años, tanto desde el entorno académico como en el ámbito de la intervención. A pesar de que el uso sexualizado de las drogas es una cuestión que se remonta a décadas atrás y no se circunscribe exclusivamente a los hombres homosexuales, aun no contamos con un consenso en el plano teórico que haya llegado a

dar una definición concreta de este fenómeno. Ni tampoco a delimitar barreras claras que diferencien un contexto de consumo sexualizado de otros. Es un término epidemiológico que se origina en Estados Unidos hace unas décadas y también se conoce como «Party and Play» o «High and Horny». Como hemos mencionado, se trata de una práctica que no resulta exclusiva de los hombres homosexuales, sino que es extensible a otros colectivos dentro del cual también hay mujeres. La singularidad de este término y el crecimiento de la alarma social tienen diversas razones. En primer lugar, la sociedad muestra una homofobia inherente hacia este fenómeno, percibiéndolo de manera estigmatizada. En segundo lugar, existe un mandato de género que valora la promiscuidad y las relaciones sexuales con frecuencia. En tercer lugar, hay una asociación del consumo de ciertas sustancias (GHB, Metanfetamina, Mefedrona, Poppers), ciertos tipos de uso (*slamming*) y ciertos lugares (hoteles, saunas o *cruising*).

Existen varias perspectivas a la hora de aproximarse al *chemsex*. Por un lado, hay voces como la de la «European Chemsex Forum» basada en la **Teoría de la tensión de las minorías**. Según esta teoría las personas que practican *chemsex* han presentado situaciones traumáticas a la hora de socializar su identidad y su género. El problema que plantea esta definición es que parte de elementos negativos, de modo que dificulta y aleja a las personas la identificación con la misma.

Otros marcos explicativos son, por ejemplo, el propuesto por Jaspal (citado en Gallardo Escalpez, 2023: 41) también inspirado en el modelo del estrés de la minoría según el cual las representaciones sociales desde la homofobia, el estigma o eventos traumáticos como abusos sexuales pueden tener un efecto negativo en la formación de la identidad y el desarrollo de la sexualidad. Sin embargo, de nuevo, esta teoría no explora aspectos de goce y disfrute, sino que victimiza y despoja de todo contenido de placer. Citamos literalmente la reflexión que realiza Escalpez, sobre esta cuestión, ya que «si solo tomamos la representación social de los sujetos sexualmente no-normativos como sufrientes de múltiples violencias, resulta comprensible pensar que la única motivación que tienen para el consumo recreativo de drogas, y el disfrute sexual, sea la evasión de situaciones estresantes» (Escalpez, 2023: 41).

La definición que adoptamos, y consideramos más adecuada, es la propuesta por Fernández-Dávila. El autor propone una definición desde la reducción de riesgos basada en un modelo ecológico: «el *chemsex* se debe de entender como un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días). Esta definición incluye un uso no-problemático y problemático» (Fernández-Dávila, 2016: 44). Además, se trata de un fenómeno eminentemente urbano, debido a que las drogas que se consumen son mayormente accesibles en las grandes ciudades como Madrid y Barcelona.

La salud y el estilo de vida

El ámbito de la salud y el estilo de vida de la población drogodependiente ocupa un lugar central en este estudio. Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que

deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, morales, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad. La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no solo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud (Ávila-Agüero, 2009).

El presupuesto teórico del que partimos es que, aunque España cuenta con un sistema sanitario público con amplias garantías de cobertura, existen desigualdades sociales de origen estructural entre grupos de población que operan como barreras de acceso⁹. El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos (Borrell *et al.*, 2008).

Al considerar los condicionantes sociales junto con los problemas derivados de la adicción a sustancias, se generan condiciones de existencia caracterizadas por el estigma social. Este estigma, a su vez, se convierte en una barrera que dificulta el acceso a los recursos de atención sociosanitaria. La espiral de discriminación y empeoramiento de las condiciones de salud orgánica y mental resultan más agudas en determinados colectivos, como las mujeres, las minorías étnicas o las orientaciones sexuales diversas (LGTBIQ+). Consideramos necesario integrar una mirada interseccional en el ámbito de la atención sociosanitaria de las drogodependencias con el objetivo de aumentar el conocimiento tanto a nivel práctico como a nivel político y capacitar a los profesionales para poder intervenir sobre elementos y factores latentes, como es la perspectiva de género o el entorno social.

Perspectiva de género en el consumo y en las adicciones.

La integración de la perspectiva de género en el análisis del consumo de drogas tradicionalmente ha supuesto identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las

⁹ Para la elaboración del marco teórico se han revisado diversos estudios importantes relacionados con las desigualdades sociales en salud que irán apareciendo a lo largo del documento. Entre ellos, quisiéramos destacar aquellos con un significativo impacto fue el *Informe Navarro-Benach* de 1996, el *Informe SESPAS* de año 2010, así como los trabajos realizados por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, comisionados por la Dirección General de Salud Pública.

conductas de las personas para que se produzca la adicción. Partimos del conocimiento de que, para que una persona desarrolle una adicción, es una condición necesaria que a lo largo de su trayectoria vital hayan intervenido estresores y factores de riesgo. Desde nuestro enfoque, priorizamos dos: la pobreza y el género.

En línea con lo que apuntan expertas en el campo de las adicciones, como Patricia Martínez Redondo (2010: 33) la integración de la perspectiva de género «supone identificar qué les afecta por el hecho de ser mujeres u hombres, entendiendo mujeres y hombres como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad, comprendiendo cómo afecta eso en sus procesos de consumo: motivación, mantenimiento o abandono del mismo, desarrollo de adicciones, procesos y recaídas, qué sustancias eligen, etc.». Por lo tanto, el enfoque que debemos adoptar no debe caer en una esencialización de las necesidades y características propias de las mujeres consumidoras, sino que debemos ponerlo en relación con las experiencias normalizadas atribuidas a los hombres. Esta cuestión, que puede parecer inconexa con la realidad en adicciones, trae como consecuencia que se hayan diseñado, por ejemplo, recursos residenciales de apoyo al tratamiento específicamente para mujeres, pero que no se hayan cubierto las plazas ofertadas, o que se constate que las mujeres los abandonan en mayor proporción y antes que los hombres (Martínez-Redondo, 2010, 2020).

Un aspecto que no debemos pasar inadvertido es el contexto en el que se desarrolla el consumo de sustancias. Más adelante ampliaremos esta cuestión sociohistórica que pone en relación los significados atribuidos al consumo en el marco de una sociedad hipermercantilizada. Saskia Sassen (2005) reflexiona acerca de esta idea y sostiene que «el género» no es más que un nexo estratégico en el desarrollo de la economía mundial. Por lo tanto, más allá enfrentar comparativas entre conductas asociadas al género masculino y conductas asociadas al género femenino, resulta más enriquecedor descubrir qué hay de nuevo en esta nueva fase de desarrollo capitalista en la que la forma en la que consumimos ha adoptado otra forma y otros significados. Uno de los hallazgos obtenidos a través de las entrevistas realizadas a profesionales de los recursos sociosanitarios es que las dinámicas y prácticas destinadas a derribar estereotipos de género se enfocan principalmente en las usuarias en lugar de los usuarios. Esto se debe a un patrón de **«rechazo e inmovilismo al cambio»** que se percibe más comúnmente entre los hombres y una **«revictimización»** de las mujeres.

En este sentido, la intervención se produce de un modo unidireccional, perpetuando la reproducción de actitudes asociadas a la masculinidad. Existe una laguna de conocimiento, o al menos no se trata de una práctica tan extendida, en torno a las estrategias y modelos de intervención con hombres y el abordaje de la masculinidad. La masculinidad contiene una serie de conceptos asociados que se ramifican: el ejercicio del poder-dominación sobre las mujeres y sobre otros hombres, la necesidad de demostrar la «hombría», el recurso de la violencia como forma de resolver conflictos, la competitividad entre sus iguales, el mito del ganador etc.

Más adelante, comprobaremos cuál ha sido la estrategia para la reproducción de los patrones asociados a la masculinidad en la población homosexual que ejercen *chemsex* y presentan un consumo problemático de sustancias. Esto nos permitirá alcanzar dos objetivos:

- a) **Disponer de un conocimiento integral de este fenómeno**, la población *chemsex* nos servirá para profundizar en los nuevos significados que subyacen de sus prácticas y sus dinámicas de consumo en la fase actual de desarrollo del mercado.
- b) **Comprender las posiciones sociales desde la que emiten sus discursos**. Detectamos que los hombres homosexuales o los hombres que ejercen sexo con hombres en contextos de *chemsex* constituyen un nuevo grupo de población oculta que se ha integrado al mercado y al consumo de las sustancias. El mercado ha absorbido y cooptado sus discursos para integrarlos como una práctica más del consumo en torno al sexo y la construcción de la identidad sexual.

Nos aproximaremos a los discursos de las personas participantes superando la mirada meramente comparativa. Pasaremos a describir la tensión que ocasionan los modelos de masculinidad y feminidad hegemónica cuando no satisfacen las necesidades del mercado. También, profundizaremos en otros elementos como los factores estresantes, los condicionantes sociales o las experiencias de violencia e intolerancia hacia su orientación sexual. En definitiva, el significado de ser hombre y ser mujer tanto en nuestra sociedad en general como en el contexto específico del fenómeno de las drogas.

2.16 MARCO LEGAL

La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud como principio rector de la política social y económica. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas asumen sus competencias en materia sanitaria y de asistencia social, directamente vinculadas con el ámbito de las drogodependencias, pero también en materias conexas como podría ser, educación o juventud. Como respuesta normativa al mandato constitucional sobre el derecho a la protección de la salud, la Ley General de Sanidad, de 29 de abril de 1986, destaca la competencia que otorga a las comunidades autónomas para el diseño y la ejecución de una política sanitaria propia. En este sentido, el Art. 70 dispone que «el Estado y las comunidades autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias».

Los planes autonómicos sobre drogas surgieron en paralelo al Plan Nacional sobre Drogas como respuesta a la situación del momento y las recomendaciones del propio Plan Nacional, así como a las competencias autonómicas de regular las intervenciones en materia de adicciones. A partir de dicho momento se hace patente la necesidad de crear estructuras específicas de coordinación con las comunidades autónomas. Nace así la **Comisión Técnica Interautonómica** compuesta por los responsables de los Planes Autonómicos y presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Paralelamente a la regulación normativa que reconoce la obligación de las administraciones públicas de proteger la salud de los ciudadanos frente a cualquier problema de salud, surge el Plan Nacional Sobre Drogas como respuesta a la alarma social generada por la heroína y las circunstancias asociadas a su consumo (aumento de prevalencias, conexión heroína-sida, asociación heroína-delincuencia, protagonismo del problema de la droga en la opinión pública y medios de comunicación, etc.). Este plan se establece como una iniciativa gubernamental destinada a coordinar y fortalecer las políticas de drogas de las distintas Administraciones Públicas, así como a unificar los esfuerzos de entidades y organizaciones sociales que hasta el momento abordaban esta problemática tan compleja.

Directiva Europea de Igualdad de Trato 2000/43/CE. Tiene por objeto combatir la discriminación por motivos de origen racial o étnico. Establece los requisitos mínimos para la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas en la Unión Europea (UE). Mediante el rechazo de la discriminación, se prevé que ayude a aumentar la participación en la vida económica y social y a reducir la exclusión social.

Constitución Española de 1978

- Art. 14: «Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social».
- Art. 15: «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos degradantes».
- Por otro lado, en el Artículo 9 obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para que la libertad e igualdad del individuo sean reales y efectivas.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Esta ley, que tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, para lo que prevé medidas destinadas a eliminar y corregir en los sectores público y privado las formas de discriminación por razón de sexo, reconoce la violencia de género como un obstáculo para conseguir una igualdad plena y efectiva entre hombres y mujeres.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LOMPIVG). La finalidad de esta ley es proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres, abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones. También se aborda la respuesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de este tipo de violencia.

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. El Convenio de Estambul establece la obligación de las administraciones públicas de actuar frente a todo tipo de actos violentos contra las mujeres basados en el género. En cumplimiento de esta obligación en la Ley Orgánica 1/2004 (LOMPIVG) se da una respuesta integral y coordinada frente a la violencia contra las mujeres cometida en el ámbito de las relaciones afectivas.

3. POSICIONES SOCIALES DE LAS POBLACIONES DROGODEPENDIENTES

La historia de vida de objetos sociales bien acotados entraña un valor incalculable para entender procesos y prácticas enmarcados en un contexto. En este marco, los relatos de vida ponen en relieve determinados aspectos y dan razones de acontecimientos vitales (Callejo, 2005: 3), no solo por lo que se dice textualmente, sino por lo que no se dice cuando se trata de hacer memoria. El proceso de reconstrucción del pasado desde el presente permite comprender qué factores han operado, cómo se han combinado entre sí para llegar al resultado que, como profesionales de la investigación, tenemos en frente y sobre los cuales queremos indagar. En el campo de las conductas adictivas, el contenido que se desprende de la historia de vida de la persona adicta, con el tratamiento e interpretación adecuados, permite comprender un fenómeno global desde la particularidad del individuo.

El proceso mediante el cual las personas que hemos entrevistado construyen su realidad comienza con la recuperación del pasado, permitiéndose ser observadas. Este constituye el momento más claro de la dialéctica entre las expresiones y los medios institucionales de expresión, entre el proceso de acudir a la memoria y la construcción de los recuerdos, las emociones o los hechos desde el presente. «El sujeto que observamos no es simplemente el sujeto del pasado, sino aquel que lo reconstruye; es el sujeto que busca una memoria desde la perspectiva de ser después, marcado por sus heridas y transformaciones» (Episteme, 2022:110)

Por lo tanto, lo que la historia de vida demuestra se convierte en realidad, aunque sepamos que la persona inventa, que imagina e incluso exagera. El sujeto no sólo reconstruye, sino que también construye. La historia de vida hace visible lo que, desde la perspectiva positivista, en palabras de Bertaux, no es empíricamente detectable (Delgado y Gutiérrez, 2007: 275). **Memoria, herida y cambio** son los tres elementos que operan durante el proceso de formación del discurso de las personas entrevistadas cuando les hemos demandado reconstruir su pasado.

Todos los discursos hemos de situarlos en diferentes contextos sociohistóricos que dan cuenta de diferentes posiciones desde las que los emiten: su posición social, afectiva, factual o desde la identidad (Barbeta-Viñas, 2021:5). Tal como exponemos en las siguientes líneas, el contexto y la socialización en edades tempranas poseen un gran peso a la hora de desarrollar cualquier tipo de adicción.

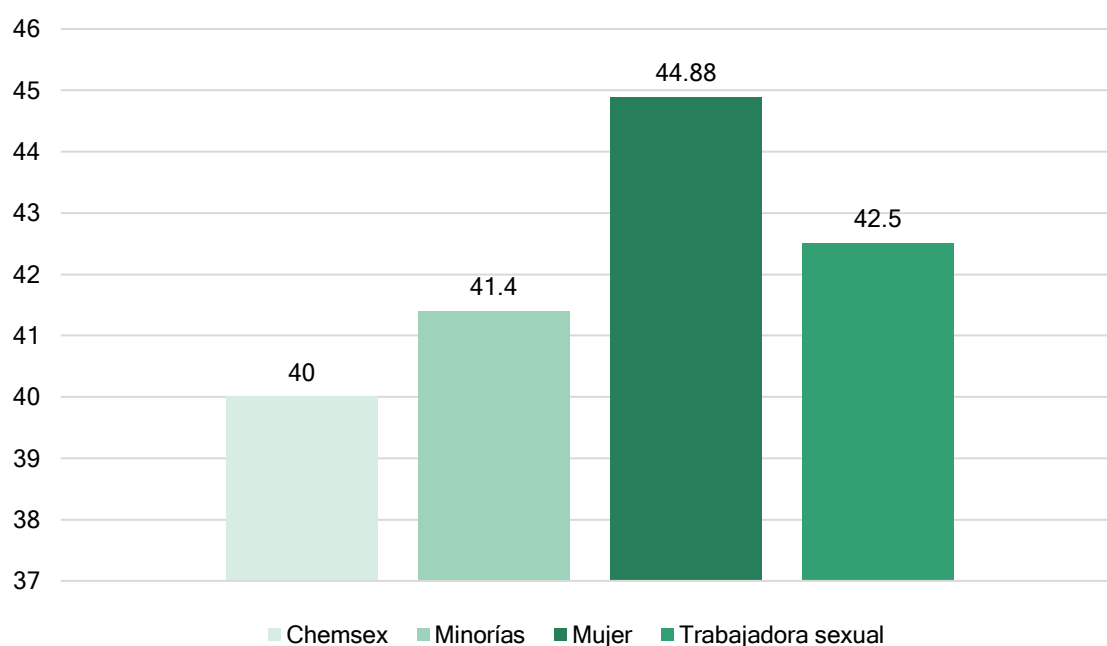
Bernard (2012) plantea una alternativa **interseccional** a través de un caso de estudio: la criminalidad femenina. En su estudio, pone el foco en la agencia de las mujeres marginalizadas. Para ello, acuña la noción de «crear identidad» (*doing identity*) en un intento de describir las tentativas de los individuos, particularmente las mujeres marginadas, de actuar dentro de las estructuras de poder y los sistemas múltiples de opresión. Este *doing identity* pretende ser interseccional, ya

que no se trata solo de actuar el género (*doing gender*) o la raza (*doing race*), sino que los individuos navegan por múltiples opresiones para conseguir sus objetivos y en última instancia encontrar un lugar para el propio yo.

El proceso de conformar una identidad es un proceso por el cual una persona llega a «ser alguien», con una definición que se otorga a sí misma, al tiempo que se transita por múltiples desigualdades y contradicciones sociales (Bernard, 2012: 8). Contamos, pues, con diferentes nociones y metáforas que nos permiten apreciar la multiplicidad de categorías que conforman la estratificación social, la relación entre dichas categorías y también las maneras en que las protagonistas toman decisiones en esa maraña de condicionamientos.

La edad promedio de nuestra muestra es de cuarenta y tres años. Esto implica que, durante su juventud, entre los dieciséis y dieciocho años, se socializaron a finales de la década de los ochenta. Esta época corresponde a la tercera fase de la historia reciente de la heroína, ubicada en el período de crisis que abarcó desde 1993 hasta 2008.

Gráfico 5. Promedio edad perfiles sociales entrevistados



La recesión de 1993 dejó cifras alarmantes de desempleo en un contexto de globalización y deslocalización de la estructura industrial del país. Esto provocó una fractura social que se tradujo en el clivaje de los perdedores y los ganadores de la globalización. Es decir, se estableció una separación entre aquellas personas que lograron integrarse a las necesidades del sistema y cuyas demandas políticas se vieron representadas, y aquellas otros colectivos que no tuvieron capacidad de seguir el mismo ritmo y cuyas necesidades quedaron desplazados de la agenda política.

La política española siempre ha mirado hacia quien gana. La generación que vivió su juventud a partir de los años noventa lo hizo en un contexto de normalización del consumo de sustancias.

Las drogas se integraron en las dinámicas de consumo como un elemento habitual, pero también en un momento de estancamiento debido a la precariedad laboral y el aumento de los precios de la vivienda impedía a dicha juventud iniciar un proyecto vital propio. La expansión del ocio nocturno y la organización social de este colectivo en torno a un estilo de vida basado en el consumo jugó un papel central en la construcción y expresión de su identidad.

A su vez, el tipo de sustancias también cambiaron. La entrada en escena de drogas sintéticas como el éxtasis, las anfetaminas o la cocaína y el paulatino rechazo a la heroína por vía parenteral son cuestiones que han quedado reflejadas en las entrevistas realizadas y las tendencias observadas en los datos. En ese contexto, las nuevas sustancias hacían perfectamente viable la compatibilización de la vida de ocio y la vida laboral. A la luz de esta trayectoria, si nos aproximamos a las entrevistas realizadas, los perfiles encajan con dos tipos de perfiles de consumo:

- Aquellas personas con una **adicción cronificada** por vía intravenosa, pero **muy instaladas en el circuito asistencial**.
- Aquellas cuyo **consumo de sustancias ha variado y la vía intravenosa es menos común**, sin embargo, cuentan con un **apoyo social mucho más débil**.

En el primero de los perfiles, hemos detectado que las **Mujeres gitanas** cuentan con una red de apoyo familiar que es crucial para garantizar su protección. En el caso de Sandra, una mujer gitana joven consumidora de base, señalan a las mujeres de su familia en el cuidado de su hija menor. Del relato de Sandra se desprenden las incompatibilidades que presenta la adicción con la dedicación y cuidado que requiere el trabajo de cuidados la maternidad. En su caso, contar con un apoyo familiar sólido es lo que garantiza el mantenimiento de la custodia.

“ Con ella [su hija] está más mi abuela que yo, pero...sabes. Yo también estoy con ella porque yo vivo ahí. ¿Sabes lo que te quiero decir? Y estoy *to* el rato con ella. Lo que pasa es que como yo muchas veces me voy a drogar, y eso, yo no estoy en casa. Estoy por la calle ¿tú me entiendes? Entonces la niña la tiene mi madre o si no, mi abuela. Mi madre también vive aquí ¿sabes? Pero no vive en la misma casa, vive abajo, en el mismo bloque (Sandra, Madrid, 411, Mujer gitana, 23 años).

En la sociedad actual, el consumo es indicador de la posición social de los individuos. Se nos expone constantemente a escoger y elegir partiendo de condiciones de desigualdad. El disfrute y el entretenimiento funcionan como mecanismos de control y, al mismo tiempo, de exclusión de las personas de bajos recursos, convirtiéndolas en superfluas y desechables debido a su incapacidad para consumir.

El consumo es el recurso más importante de manipulación social de las sociedades industriales avanzadas, y este mecanismo disciplina con la seducción y el deseo. La demostración de riqueza que se hace a través del consumo es una poderosa fuerza de dominio que establece referencias de identidad y de estilos de vida, a ser seguidas miméticamente por las clases populares.

Las necesidades superfluas (ociosas, ostentosas), son las que contienen un alto grado de significación para el prestigio, el poder y la riqueza, y el consumo instituye una interesada y asimétrica estratificación social, afín a los intereses de las clases dominantes y ociosas (Carosio, 2010).

Una representación social negativa afecta tanto la autopercepción como la autoestima de las personas representadas. Además, influye en sus procesos de inclusión/exclusión social, ya que el rechazo y el estigma dificultan estos procesos, marcados por la existencia de estereotipos y prejuicios que no se ajustan a la realidad.

3.1 MUJERES DROGODEPENDIENTES QUE EJERCEN TRABAJO SEXUAL

Juno Mac y Molly Smith (2018) autoras y activistas por la defensa de los derechos de las trabajadoras sexuales consumidoras de drogas, conceptualizan el término «trabajadoras sexuales» como aquellas personas que venden o comercian con su fuerza de trabajo a cambio de un recurso, que a menudo es dinero, pero también pueden ser drogas, alcohol o alojamiento. Aunque el término trabajo sexual cubre, por su propia definición, muchas formas diferentes de la actividad laboral sexual, en este estudio lo vamos a emplear para referirnos a las actividades que tradicionalmente se entienden como prostitución.

El término «trabajo sexual» tiene una dimensión política y, por tanto, no todas las personas implicadas en el comercio sexual lo usan identificándose con él. Su empleo indica que la persona emisora piensa que la venta de servicios sexuales es o puede ser un trabajo (Mac y Smith, 2018; 29). Las mujeres que hemos integrado bajo la categoría social de **Trabajadoras sexuales** la configuran todas aquellas mujeres que ofrecen servicios sexuales y, siguiendo el interés de este estudio, son consumidoras en activo, —principalmente de la combinación de heroína y base por vía fumada o *crack*—. Destacamos cuatro motivos que dan forma a sus discursos.

- En primer lugar, el **trabajo sexual como medio para ganar dinero y costearse la compra de drogas**.
- En segundo lugar, el **intercambio de sexo por vivienda o un techo temporal**.
- El tercer motivo se relaciona con la **situación administrativa irregular y la imposibilidad de acceder a empleos formales**, agravada por la precariedad laboral asociada a los trabajos de cuidados, lo que dificulta conciliar el consumo con otros gastos.
- El cuarto motivo, el **«sexo de supervivencia»**, que implica unirse temporalmente a un hombre a cambio de sexo mientras este proporciona refugio, alimentación y seguridad. En estos casos, si el hombre también era consumidor, la responsabilidad de mantener el consumo de ambos recae sobre ella.

El rango de edad de las trabajadoras sexuales es muy amplio, sin embargo, el promedio lo encontramos en los cuarenta años. Si recordamos, esta generación desarrolló su juventud en el periodo entre crisis de 1993 hasta 2008. Tal como se explicaba páginas más atrás, esta generación atravesó numerosos cambios socioculturales en un contexto de incertidumbre laboral y el ocio fue un lugar de refugio, libertad y expresión donde las drogas sintéticas cobraron un papel importante, mientras

que la vía parenteral comenzó a percibir un descenso desde el año 1991 tanto en el consumo de heroína como en el de cocaína (DGPNSD, 1993: 34).¹⁰

Como veremos más adelante, un gran porcentaje de estas mujeres se encuentra en situación de calle o hace uso de los recursos públicos residenciales temporalmente. Sin embargo, la necesidad de un techo, cuestión que está directamente relacionada con elevados niveles de consumo, es una constante en su día a día. La violencia sexual, la inseguridad, la soledad y la clandestinidad son variables que atraviesan sus discursos y describen un estilo de vida marcado por los ritmos de la adicción. La centralidad que ocupa el consumo de drogas en sus vidas, concretamente la heroína o la cocaína presentada como base, induce a una espiral de estigmatización, tanto interna como externa, que contribuye a una construcción deteriorada de su propia imagen.

Tal como señalan algunos autores, en estos casos la capacidad de agencia puede verse severamente afectada porque imposibilita desarrollar determinados aspectos de la decisión personal (Ibáñez, 1986: 63-71). La «relación de dependencia» que muchas de ellas desarrollan hacia sus maridos u otros hombres, denota la marginalidad y pobreza material en la que se instalan sus estilos de vida que las impide actuar con autonomía. Según sus palabras «más vale que te viole un solo hombre que lo hagan diez hombres» (Trabajadora social, Asturias, 431, Mar de Niebla). Estos relatos evidencian la extrema desprotección e invisibilidad en la que se encuentran. Sin embargo, se trata de mujeres cuya capacidad de agencia les ha sido negada fruto de una invisibilización epistemológica que las ha silenciado, esencializado y reducido a posiciones estereotipadas. Además, sobre ellas recaen diversos ejes de exclusión: la drogodependencia, el trabajo sexual, la etnia o la pobreza que las sitúa en posiciones contradictorias. Una posición de víctima y a su vez de culpable, responsables de su propia situación por haber quebrantado los mandatos de género y los ideales de mujer.

Además de la adicción cronificada, estas mujeres padecen numerosas enfermedades derivadas de su estilo de vida y la realización de prácticas de riesgo debido al contexto de pobreza y marginalidad en el que se encuentran; hemos identificado numerosos casos de Hepatitis C y/o VIH por transmisión sexual o parenteral debido a una carencia de medios de protección y material estéril.

Por otro lado, la sensación de inseguridad —ya sea en la calle o en los lugares de consumo ocultos de la mirada pública, junto con la exposición a agresiones físicas y sexuales— contribuye a formar una autoimagen perjudicada que se manifiesta en el consumo. En este contexto, la sustancia juega un papel como fuente de satisfacción frente a frustraciones, traumas y sufrimientos relacionados con la cuestión de género.

¹⁰ El [Informe Estatal de Información Sobre Toxicomanías](#) señala que desde 1991 a 1993 la vía inyectada pasó del 74% al 60%. En el caso de los consumidores de heroína se pasó de un sesenta y dos por ciento a un cuarenta y nueve por ciento. Mientras que en la cocaína por la vía inyectada descendió de un 25,7% a un 15%.

La variable «género» resulta especialmente relevante en lo que respecta a la posición social de las mujeres que usan drogas en la medida que rompen y quebrantan los mandatos y comportamientos culturalmente asignados al sexo «femenino». La demonización y estigmatización que recae sobre ellas responde a que son catalogada como «mujeres caídas», «malas madres», «mujeres públicas» directamente subordinadas a la dominación masculina. La mayoría de ellas ejercen en la calle, lo que las expone aún más a ser objeto de miradas y agresiones, tanto por individuos como por la comunidad.

3.2 MUJERES GITANAS DROGODEPENDIENTES

Antes de entrar de lleno a las particularidades del colectivo de mujeres gitanas en el seno de su comunidad es pertinente comenzar haciendo referencia al contexto sociopolítico y económico que rodea a la comunidad gitana española en general, puesto que con la ausencia de estas referencias no sería posible comprender por qué actualmente la comunidad gitana española ocupa la situación de **subalternidad** cultural, económica y política en el conjunto del Estado. Esta subalternidad, a su vez, condiciona sus percepciones y prácticas con respecto a la salud y la enfermedad (Otegui *et al.*, 2006: 54).

La etnicidad resulta el criterio definitorio de subalternidad, a pesar de lo cual, y como casi todos los grupos subalternos, la comunidad gitana española ha desarrollado mecanismos específicos de resistencia que, sin variar su posición en el entramado de relaciones desigualitarias, les han permitido sobrevivir durante más de quinientos años con mayor o menor fortuna. Algunos de los rasgos más definitorios de la cultura gitana —las relaciones familiares, la rapidez, la solidaridad intrafamiliar, la agudeza, etc.— forman parte de esa cultura de resistencia. Precisamente el linaje y las alianzas matrimoniales desempeñan un papel crucial para mantener esta supervivencia, puesto que esta población ha tendido a sufrir barreras de acceso a la atención sociosanitaria y los recursos asistenciales de drogodependencias como consecuencia de procesos de estigmatización y criminalización.

Según un estudio realizado (Fernández-Feito *et al.*, 2019) dentro de los problemas relacionados con la salud, las drogodependencias y el VIH/SIDA están afectando de manera singular a la comunidad gitana. Esto es así por varios motivos:

- En primer lugar, porque se trata de una población demográficamente joven y vulnerable al abuso de drogas.
- En segundo lugar, porque las problemáticas sociales derivadas de las adicciones y está alterando sus estructuras sociales tradicionales.
- En tercer lugar, porque está dañando gravemente la imagen de toda la comunidad gitana y supone un factor que añade una nueva dificultad a su promoción e incorporación social.

Además, las mujeres gitanas son más vulnerables a los procesos de invisibilización y estigmatización. Las cuestiones más informativas que se han desprendido de los testimonios de las mujeres gitanas tienen que ver con la relación existente entre el **consumo de drogas y el sistema de valores de su comunidad**. La consideración de estas prácticas por parte de la comunidad y el entorno familiar como «conductas desviadas» en ocasiones deviene en situaciones de repudio y expulsión. Un aislamiento que no se produce de igual manera en el caso de los hombres.

Nuestras participantes, cuya realidad conforma nuestro objeto de estudio, son aquellas mujeres gitanas con algún tipo de adicción y consumo activo a sustancias que viven en la precariedad

o en la pobreza. En su mayoría, estas mujeres han sido madres en etapas muy tempranas o han pasado por procesos penitenciarios. Se exponen al riesgo de experimentar violencia en diversas formas, siendo la institución del matrimonio y el rol del esposo elementos centrales en sus experiencias. Como podemos observar, son características compartidas con las mujeres que se dedican al trabajo sexual. Esto es porque existen ejes de opresión que interseccionan y son compartidos por mujeres en virtud de su género. Por medio de sus posiciones sociales y sus relatos analizaremos todos estos condicionantes sociales de origen estructural, que afectan a su salud física, sexual y mental.

Aproximarnos a su realidad desde una perspectiva interseccional nos permite centrarnos en las relaciones de poder y en la teorización del privilegio, haciendo visible algunas realidades que las concepciones hegemónicas mantienen invisibilizadas. Ello es especialmente valioso para el área que nos ocupa de las Mujeres gitanas, no sólo estigmatizadas bajo atributos criminalizadores y delictivos sino también sancionadas por ser usuarias de drogas. Estas mujeres difícilmente se hallan bajo el radar de los recursos de atención porque existe un gran estigma por parte de su comunidad a sacar a la luz esta realidad. De modo que no es que no existan, sino que no llegan o no las permiten llegar.

3.3 HOMBRES DEL COLECTIVO LGTBIQ+ QUE REALIZAN PRÁCTICAS DE *CHEMSEX*

El fenómeno del *chemsex* apareció en nuestro país hace más de cinco años. En el último año diferentes expertos, entidades y también la misma Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas han advertido de los riesgos que provoca la práctica del *chemsex* tanto por sus características como por los daños que implican las principales sustancias empleadas. El papel que desempeñan las sustancias, en particular la metanfetamina, el GHB o la mefedrona, en el desarrollo de la identidad sexual, es tanto un inhibidor como un facilitador de las relaciones sociales. El uso de drogas durante las relaciones sexuales es una práctica muy normalizada dentro del colectivo LGTBIQ+ y en la mayoría de los casos no suscita grandes daños en tanto que no interfiere en el estilo de vida normalizado: el trabajo, la familia y las relaciones sociales. La relación entre la sexualidad, la identidad y el consumo está influenciada por una significación positiva y valorada. Los entrevistados expresaban discursos de regulación, ya sea al rechazar ciertas sustancias en favor de otras o al preferir ciertos métodos de consumo sobre otros.

El proceso de desviación se produce cuando las herramientas de gestión del riesgo comienzan a ceder ante los consumos problemáticos, que normalmente se problematizan fruto de unas condiciones de pobreza y marginalidad. Este perfil es el que resulta verdaderamente preocupante porque nos muestra de qué manera los consumidores recreativos, conforme el consumo va ganando intensidad y frecuencia en sus vidas, pasan a ser consumidores problemáticos.

Cobra una especial relevancia la salud sexual de los hombres gay que realizan *chemsex*. En el marco de este contexto existen unas prácticas y unos códigos internos que se basan en la realización de prácticas de riesgo: consumos excesivos, *slamming*, estéticas *glam* y BDSM que en cierto modo acuden a una exacerbación de la masculinidad dominante o por el contrario a la sumisión. Por último, preguntar y conocer a cerca de las dinámicas internas de los encuentros de *chemsex* como, por ejemplo, desde que contactan por el uso de aplicaciones móviles hasta que se produce el encuentro sexual será de gran importancia para identificar *gaps* y avanzar en la prevención.

Otra de las ideas principales sobre las que existe un importante consenso en los estudios sobre las masculinidades es que **el poder o la dominación juegan un papel fundamental en la construcción y mantenimiento de la identidad masculina**. De ahí que cuando este poder del que se supone disfruta los hombres se pone en tela de juicio se cuestiona asimismo su identidad masculina (y viceversa) (Farapi Antropología Aplikatua, 2007: 70). Buscamos desmitificar el *chemsex* y configurar una definición desde la perspectiva de la reducción de riesgos, tomando la definición que realiza Fernández-Dávila en su artículo «Sesión de sexo, morbo y vicio» publicado hace siete años.

El investigador, experto en este fenómeno en España, conceptualiza el *chemsex* desde la óptica de la reducción de riesgos, como un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (Fernández-Dávila, 2016: 16). Esta definición incluye un uso no-problemático y problemático. No se excluyen algunos de los usos en los que cruzar la línea entre lo no-problemático y lo problemático puede ser de un pequeño salto. Un consumo «no-problemático» puede ser episódico, es decir, cuando su frecuencia es menor a la semanal. En cambio, por «problemático» se refiere a aspectos relacionados con la dependencia y la adicción, así como la interferencia en la vida cotidiana. Esto puede incluir, por ejemplo, la incapacidad de ir a trabajar debido al deseo de continuar de fiesta o a no encontrarse completamente recuperado física o mentalmente después de una sesión prolongada de varios días. En este sentido, nos apoyamos en la **Teoría de Thinberg**, quien sintetiza en una serie de factores que permiten diferenciar qué es un uso problemático de opiáceos y qué no lo es. El autor distingue:

- La capacidad de tener la sustancia y no consumirla.
- La frecuencia máxima de consumo.
- La mezcla con otras drogas.
- El nivel de empleo
- La satisfacción laboral.
- La cantidad de efectos adversos que tiene una persona y la relación que tiene con ellos que pueda catalizar un uso compulsivo.
- Los motivos de consumo. El uso esporádico por diversión presenta menos probabilidades de derivar en un consumo problemático que aquellas personas que lo usan para aliviar un malestar.

A menudo, se construye a los sujetos que realizan *chemsex* desde una lógica clínica y paternalista. Se simplifican los motivos que les empujan a consumir acuñando que quienes lo realizan buscan evadirse de situaciones estresantes, o que son personas adictas con carencias afectivas, homofobia interiorizada y/o que transitan un profundo vacío existencial (Gallardo Esclapez, 2023). Sin embargo, y siguiendo la propuesta de Fernández Dávila, el mejor indicador de si el consumo de drogas es problemático, o corre el peligro de serlo, es si el consumidor considera su uso de esta manera (Fernández-Dávila, 2016).

04.

CONDICIONANTES SOCIALES EN LA SALUD Y EL ESTILO DE VIDA DE LAS POBLACIONES OCULTAS DROGODEPENDIENTES

4.1 Políticas públicas y desigualdad territorial

4.2. Características del medio físico: desarrollo en entornos marginales

4.3. Características de un entorno micro social de riesgo: educación bajo modelos autoritarios y ausentes.

4.4. Características macrosociales: El sistema de la violencia, abusos sexuales y la violencia de género

4.5. Características individuales: la educación, nivel de información y toma de decisiones.

4. CONDICIONANTES SOCIALES EN LA SALUD Y EL ESTILO DE VIDA DE LAS POBLACIONES OCULTAS DROGODEPENDIENTES

Los estudios del ámbito de las sustancias ilegales despiertan un enorme interés social por el complejo entramado de variables y fenómenos sociales que atraviesan sus las vidas de quienes consumen drogas. El carácter clandestino y marginal que caracteriza a los protagonistas ha sido motivo de estudio, e incluso, de romantización.

Nan Goldin, una figura esencial en la contracultura neoyorquina, se destaca como una artista fundamental. Su obra es célebre por capturar de manera impactante los efectos devastadores del sida y la heroína durante la década de los ochenta, al mismo tiempo que aborda temas fundamentales como el amor, la sexualidad y el género. Su arte se inserta en un contexto donde el consumo, tanto material como emocional, conformaba la esencia misma de la identidad de las personas. El trabajo y el ocio pasaron a ocupar un espacio central en la vida de los jóvenes y las relaciones sentimentales superaron la lógica del matrimonio. Se trataba de un contexto en el que las categorías clásicas y limitantes cedían ante otras más abiertas, fluidas y flexibles. Fue un momento de liberación y de condena. Estos cambios se sucedieron en la antesala de la crisis de los opioides, cuando ésta aún se encontraba en sus fases iniciales. Goldin capturó la ruptura entre lo viejo y lo nuevo en un momento de aceleración social hacia una modernidad que quebraba viejas estructuras.

Lo masculino y lo femenino se diluía, las fronteras entre lo personal y lo político se desvanecían. Las drogas irrumpieron como una mercancía más de consumo: presentes en la cotidianidad de la juventud, en sus relaciones sociales, en sus experiencias sexuales y románticas. Goldin y su entorno comenzaron a desarrollar un estilo de vida marginal, fuera de la norma, ajeno a lo socialmente estipulado. Se convirtieron en sujetos y sujetas «desviados» del camino para deberse al hedonismo. Lamentablemente, Goldin vio caer a muchas personas de su círculo por la adicción a los opioides y el SIDA en un contexto de desconocimiento, miedo y estigma.

Ciertamente, nuestro contexto guarda profundas diferencias con la experiencia americana, ya que ni la naturaleza del sistema sanitario, ni el poder de influencia de la industria farmacéutica son aspectos escalables. No obstante, existen otros elementos que sí son coincidentes y que, independientemente del lugar, han condicionado la salud y el estilo de vida de las personas drogodependientes:

- **Las políticas públicas** que regulan ámbitos no estrictamente relacionados con las drogas: vivienda, trabajo, juventud etc.
- La representación social que se tiene de las personas drogodependiente que han contribuido al **proceso de estigmatización social de su estilo de vida.**

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS Y DESIGUALDAD TERRITORIAL

Las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud y un bienestar vital. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, definió en el año 2008 los «Determinantes Sociales de la Salud» como «las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud» (OMS, 2008: 2)¹¹. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que a su vez depende de las políticas adoptadas. La distribución desigual se traduce en grandes desigualdades en materia de salud entre territorios y ciudades que han incluido entre sus políticas medidas de desarrollo e igualdad y aquellos territorios que no han seguido el mismo camino. Conceptualmente, **la desigualdad** es:

“ La expresión de ciertas diferencias sociales observables en cuanto a posiciones jerárquicas según los valores establecidos en una sociedad. Implican distribuciones desiguales de acceso a recursos (económicos, educativos y culturales, relacionales, de salud, etc.), a oportunidades, a prestigio o a poder, a través de mecanismos que dependen de determinados rasgos sociales (clase, género, raza, etnia, edad, etc.) estableciendo la base de sistemas de estratificación social institucionalizados (López-Roldán y Fachelli, 2021: 8-9).

Las necesidades detectadas en la población drogodependiente no se circunscriben al ámbito de la salud y las drogodependencias, sino que apuntan a cuestiones más profundas y estructurales.

En definitiva, **existen muchas otras cuestiones relacionadas indirectamente con la salud, tan o incluso más necesarias e influyentes en asegurar la calidad de vida de las personas.**

Si ponemos el foco en las características del sistema español, contamos con un Estado con un alto grado de descentralización en temas como la sanidad, pero también la educación o la política de vivienda (art.148 CE). Esto quiere decir que las comunidades autónomas cuentan con un amplio margen para desarrollar y legislar sectores territoriales, en tanto que son plenamente conocedoras sin rebasar las competencias exclusivas estatales del art. 149 CE.

La distribución desigual, tanto presupuestaria como a nivel de recursos, se traduce en grandes desigualdades en materia de salud entre territorios y ciudades que han incluido entre sus políticas medidas de desarrollo e igualdad y aquellos territorios que no han seguido el mismo camino (OMS, 2008). Los recursos sociosanitarios destinados a la población drogodependiente distan mucho entre comunidades autónomas, así como también las políticas de promoción de parque público de vivienda o políticas urbanas integrales en áreas y barrios vulnerables.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008.

En los capítulos siguientes tendremos oportunidad de abordar esta cuestión en línea con el «Análisis de Buenas Prácticas y Programas de Innovación» que hemos elaborado desde una perspectiva comparada al final de este informe. Con ello queremos introducir las diferentes posibilidades políticas que permite el sistema para introducir, aunque sea mínimamente, mejoras en la calidad de vida de las personas en situación de marginalidad.

Aproximación al concepto «determinantes sociales»

¿De qué estamos hablando cuando nos referimos a los condicionantes sociales en la salud? ¿Qué diferencia existe entre los determinantes y los condicionales? Los determinantes y condicionantes sociales explican más del estado de salud y estilo de vida de una persona que sus condiciones biológicas, muchas veces incluso estas se encuentran atravesadas por ejes sociales. Rescatamos a continuación un fragmento de María José Aguilar que consideramos clave a la hora de distinguir los determinantes sociales de aquellos condicionantes sociales, más concretos e invisibilizados que marcan la diferencia en la trayectoria vital de una persona:

“ En general, se habla de **factor determinante** para designar a la causa principal de un fenómeno. Si no llegamos a tener una comprensión mínima acerca de las circunstancias, hechos, acontecimientos o situaciones que han provocado un problema, difícilmente podremos desarrollar estrategias de intervención adecuadas que permitan mitigarlos o resolverlos con eficacia. También es conveniente identificar en el diagnóstico los factores condicionantes que están presentes en la situación y el entorno en que se encuentra el sujeto. A diferencia de los factores determinantes (que son los que configuran y producen cada situación-problema), los **factores condicionantes** son los que «moldean» o «matizan» esa situación, pueden actuar como circunstancias coadyuvantes o detonantes, pero sin predeterminar al sujeto. Se trata de hechos, acontecimientos, situaciones o procesos que pueden tener influencia en la evolución de la situación-problema pero que no ejercen dicha influencia con la misma intensidad ni de la misma manera. Por lo tanto, son los factores que pueden ayudar o dificultar la solución del problema o la satisfacción de una necesidad y que, en muchas ocasiones, también pueden actuar de manera neutra, dependiendo de las circunstancias que se confronten. Con frecuencia este tipo de factores condicionantes forman parte de los contextos de proximidad en que se desenvuelve la vida cotidiana de las personas (Aguilar, 2013: 308).

Aproximación al concepto de «estilo de vida»

Tal como se ha comprobado empíricamente, las necesidades detectadas en la población drogodependiente no se circunscriben al ámbito de la salud y las drogodependencias, sino que apuntaban a cuestiones más profundas y estructurales. (Ávila-Agüero, 2009; Benach y Muntaner, 2005; Borrell et al., 2004; Borrell et al., 2008; Fernandez Rodriguez et al., 2016; Robles y Checa, 2021). Tanto a nivel personal como en un colectivo, existen formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables. Esto deriva en el concepto de «**estilo de vida**», definido por la OMS en 1999 como el «conjunto de pautas y hábitos

comportamentales cotidianos de una persona o un grupo». Los estilos de vida de los individuos y de las comunidades están determinados por cuatro tipos de factores que interaccionan entre sí:

- El **medio físico geográfico** que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y, a su vez, sufre modificaciones por la acción humana.
- Las **características del entorno micro social** en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, grupo de iguales amigos.
- Las **características individuales** como la personalidad, intereses o la educación recibida.
- Los **factores macrosociales**: sistema social, la cultura imperante, el ocio o los medios de comunicación.

Sin embargo, debemos matizar que generalmente se entiende «el estilo vida» como un concepto estanco que entra dentro de lo que se considera «normal». Esto significa que todos aquellos comportamientos que escapan de las prácticas habituales de la comunidad mayoritaria o que se alejan de los ritmos productivos y reproductivos necesarios para garantizar la maquinaria del sistema son castigados y estigmatizados.

Ahora bien, **¿quién tiene el poder de decidir qué estilo de vida es aceptable o inaceptable?** Concretamente, nuestra sociedad ha decidido construir negativamente la imagen de la persona drogodependiente, aislándola y calificando su actividad como infame (Rengel Morales, 2005: 6). Esta es la posición social que ocupan las personas con adicciones. Esto nos indica que es la sociedad la principal responsable de las dinámicas de inclusión o marginalización, en función de las creencias y patrones aceptados o sancionados en el contexto concreto.

Algunos autores (Martínez Oró, 2015: 35; Romaní, Pallarés y Díaz; 2011) han estudiado a fondo el concepto de la normalización en el contexto de las adicciones y han apuntado que bajo él «se esconden diferentes procesos sociales, reivindicaciones profesionales y sobre todo diferentes ideologías y posiciones morales, para entender el consumo de drogas en las sociedades contemporáneas» (Measham y Shiner, 2009 citado en Martínez Oró y Arana Berasategui, 2015: 28).

Con todo ello, es imprescindible conocer cuáles son las características de estos factores de riesgo, establecer sus causas, sus implicaciones y las necesidades que se detectan en la población oculta drogodependiente. A lo largo de este capítulo realizaremos un análisis y detección de estos factores, incorporando, como no podría ser de otra manera, la perspectiva de género y la perspectiva interseccional. Identificar este tipo de factores conlleva su descripción, así como una valoración acerca de su posible influencia en la historia de la adicción. Nos orientarán dos cuestiones:

- ¿Bajo qué condiciones las variables de género, etnia e identidad influyen en la adicción?
- ¿Hacia qué dirección operan dichas variables hasta definir sus posiciones sociales?

La interpretación y análisis de dichos datos cualitativos aportan prueba empírica de los fallos, contradicciones y grietas de los servicios asistenciales de la red asistencial y de cuidados, dejando ver un claro sesgo y estigma hacia la población de la que nos ocupamos.

Bauman (1999) apuntaba en su obra «Modernidad líquida» que ser pobre en una sociedad de consumo es no tener acceso a una vida normal, ser un consumidor frustrado, incapaz de adaptarse y, por tanto, llevar una vida aburrida, sin libertad de elección. De esta manera, el filósofo muestra la dimensión patológica de la circunstancia existencial del consumo, en la cual los sujetos se ven impelidos constantemente a escoger y en la que la elección es la condena.

Las trayectorias vitales de las personas que hemos entrevistado están atravesadas por múltiples ejes de exclusión que interactúan entre sí y en los que la pobreza es el común denominador. Tras la revisión de diferentes estudios, una pregunta de investigación que ha servido de orientación ha sido formulada en los siguientes términos «¿mueren antes los pobres?» (Robles y Checa, 2021). La crudeza de tal cuestión se despeja si consideramos que la salud, no depende exclusivamente de factores propios de cada individuo, ni tan siquiera de su acceso al sistema sanitario, sino que influyen sus condiciones socioeconómicas, educativas y del entorno de cada persona (Barton y Grant, 2006; Solar e Irwin, 2010; citado en Robles y Checa, 2021: 107).

Los estudios sobre desigualdades sociales en materia de salud parten de la constatación de que los mayores ingresos, un mayor nivel educativo y la pertenencia a una clase social alta se hallan normalmente asociados con una menor morbilidad y una mayor esperanza de vida (Aldabe *et al.*, 2011). Estas diferencias se deben al hecho de que la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos de los individuos se traducen normalmente en una peor salud entre colectivos socialmente menos favorecidos. Los factores de riesgo más influyentes son:

- Las oportunidades de desarrollo en el barrio.
- Las relaciones sociales con el grupo de iguales durante la juventud y adolescencia.
- La falta de acceso a niveles superiores de educación.
- La crianza en una familia con recursos limitados y bajo capital cultural.
- La socialización bajo mandatos de género patriarcales.
- La estigmatización hacia los estilos de vida de las minorías étnicas.
- Los procesos migratorios.
- La estigmatización hacia identidades y orientaciones sexuales no heteronormativas.
- La experiencia de violencia.

Nos interesa fundamentalmente examinar el comportamiento de la variable «género» en el proceso de la adicción. El género, en tanto eje de opresión y privilegio, interactúa con otras categorías de estratificación social sobre las personas. Como adelanto, veremos:

- El impacto de las relaciones de dominación sobre las vidas de las personas, lo cual permite comprender las diferencias de género en las adicciones en función de las condiciones materiales de vida que determinan la existencia.
- Que los valores culturales y la estructura familiar presentan una mayor incidencia en las mujeres de etnia gitana y en los hombres que ejercen *chemsex*, cada cual en su particularidad.
- Aquello asociado a la feminidad y lo femenino está sometido a la violencia masculina bajo los mandatos y patrones de género en el marco de las relaciones sentimentales.

A lo largo de las siguientes líneas partiremos analizando los contextos urbanos y entornos de desarrollo de las personas entrevistadas para comprender hasta qué punto es un factor de riesgo ante el consumo de drogas.

4.2 CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO FÍSICO: DESARROLLO EN ENTORNOS MARGINALES

La política hegemónica de los gobiernos de las grandes metrópolis se ha instalado en la extracción del valor del suelo urbano. En este sentido, las ciudades han dejado de ser espacios habitables para pasar a ser espacios de consumo y expresión de significados.

Alba Carosio (2008: 145) señala que las metrópolis proporcionan un amplio espacio para imaginar y crear nuevas formas de vida, e incluso la fantasía de una «vida moderna», que produce el deseo inspirado por nuevas mercancías, nuevas relaciones sociales, identidades y experiencias, que son constantemente anunciadas por la publicidad.

El **consumo es la nueva forma de socialización** que circula en las calles de las metrópolis, en sus plazas comerciales y en sus avenidas y pasajes (Corosio, 2008; Sassen, 2003). Las ciudades concentran bienes y servicios orientados a la clase burguesa consumidora y promueve un estilo de vida orientado a agudizar aún más las diferencias de clase, cuyo resultado es la expulsión de las poblaciones marginales, no consumidoras de bienes y servicios, hacia los márgenes sociales y las periferias urbanas.

La edición 2023 del [Proyecto Indicadores Urbanos que publica el INE en el marco del Urban Audit](#) europeo ofrece información sobre las condiciones de vida en las principales ciudades. De este informe llaman la atención dos cuestiones: **la polarización territorial a nivel autonómico y la concentración de la pobreza a nivel urbano**.

La polarización territorial, hace referencia a la gran distancia que existe entre los indicadores a nivel interterritorial de las grandes urbes como Madrid, Barcelona, Valencia o Sevilla. Andalucía es la comunidad que peores resultados demuestra.

- El indicador relativo a las rentas más bajas presenta sus niveles más altos en dos ciudades: Sevilla y Alicante. En **Sevilla**, concretamente en el barrio Polígono Sur del distrito Sur —donde se ubica el proyecto urbanístico de Las Tres Mil Viviendas y habita un alto porcentaje de población de etnia gitana, con 5.816 euros de renta anual—, y en los barrios de Los Pajaritos y Amate del distrito, con 6.043 euros. Por su parte, en **Alicante** se localizan los niveles bajos de renta en su mayor parte en el barrio Juan XXIII, un barrio muy estigmatizado con una elevada población en situación de pobreza severa, con 6.503 euros.

Resulta lógico pensar que en aquellas comunidades con bajos niveles de renta encontraremos indicadores de otras dimensiones, como la educación, la salud o económicos con valores elevados. Decimos en este caso que se produce un fenómeno de **concentración de la pobreza a nivel urbano** cuando conviven casuísticas de vulnerabilidad en un mismo nivel territorial.

“ R: Yo soy de Extremadura, de Plasencia.
P: Y ahí ¿en qué barrio te criaste?
R: San Lázaro
P: ¿Un barrio bueno o malo?
R: Malo, de droga. El dicho es «muerte y ruina a base de heroína». ¡Así que fíjate!
P: ¿Y qué te trajo aquí a Madrid?
R: Bf, quitarme de la aguja (Marina, Madrid, 410, Mujer gitana, 24 años)

- En relación con el indicador del **nivel máximo de educación** alcanzado (CINE 0, 1 o 2), que representa educación primaria o secundaria inferior, las cifras más altas se registran en municipios de bajos ingresos. Por ejemplo, en Lorca (Murcia), el 62,3 % presenta este nivel educativo; Sanlúcar de Barrameda (Cádiz) alcanza el 60 %; Elda (Alicante) cuenta con un 54,4 %; y La Línea de la Concepción (Cádiz) tiene un 54,2 %.
- El **indicador de salud** relativo a la esperanza de vida refleja que sólo tres de las 126 ciudades estudiadas presentaron una esperanza de vida al nacimiento inferior a 80 años. Estas eran: Ceuta, La Línea de la Concepción y Melilla. Por su parte, la tasa de paro muestra los valores más elevados, de nuevo, en La Línea de la Concepción (29,3 %), Ceuta (28 %), y Linares (25,9 %).

Es cierto que la pobreza y la exclusión social se distribuyen diferencialmente en los territorios en función de la configuración histórica de las comunidades autónomas, la posición geográfica, la naturaleza de la economía y la evolución del PIB, la distribución de la población, y otros aspectos poco modificables. Sin embargo, a esta situación no se llega espontáneamente. Tal como señala el [Informe AROPE](#):

“ Las desigualdades territoriales son producto de la gestión política, la inversión pública del Estado, la inversión de fondos europeos y las políticas comunes, es decir, en función de las distintas estrategias de cohesión e integración social que se ponen en marcha en los distintos niveles de la administración (local, regional, nacional, europeo) (Informe AROPE, 2023: 230).

En otras palabras, la oportunidad para superar y revertir la vulnerabilidad urbana es una decisión política. Las políticas urbanas y sociales de proximidad son una herramienta, aunque no la única, capaces de introducir mejoras a una problemática que sabemos estructural. De esta forma, la segregación urbana deviene no solo una expresión de las desigualdades en materia de salud, sino que contribuye a incrementarlas puesto que, las personas que viven en áreas con menos servicios y recursos presentan un estado de salud más deteriorado (Borrell y Benach, 2005; Robles y Checa,

“ En esencia, la vulnerabilidad puede definirse como un estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas. La vulnerabilidad existe en todos los niveles y dimensiones de la sociedad y es parte integrante de la condición humana, por lo que afecta tanto a cada persona como a la sociedad en su totalidad (Naciones Unidas 2003:8).

2021). Ahora bien, introducimos aquí una serie de cuestiones a cerca del concepto de «vulnerabilidad»¹²: ¿Qué convierte un espacio en vulnerable? ¿Es el medio vulnerable o son las personas quienes son susceptibles de vivir vulnerabilidad? El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas ofrece la siguiente definición del concepto «vulnerabilidad»:

El hecho de residir en un determinado ámbito puede contribuir a menoscabar las condiciones de vida y de la salud de las personas, así como a condicionar sus trayectorias vitales en cuestiones tan cruciales como es el acceso a la vivienda, la educación o el empleo. Este proceso ha sido denominado por la literatura como el **«efecto barrio»**. El «efecto barrio» está generado por la agru-

“ El proceso de malestar en las ciudades producido por la combinación de múltiples dimensiones de desventaja, en el que toda esperanza de movilidad social ascendente, de superación de la condición social de exclusión o próxima a ella, es contemplada como extremadamente difícil de alcanzar. Por el contrario, conlleva la percepción de inseguridad y miedo a la posibilidad de una movilidad social descendente, de empeoramiento de las actuales condiciones de vida (ONU., 2018).

pación de los hogares e individuos que comparten un determinado nivel de renta y unas características similares, como el origen o la edad, dentro de un espacio urbano específico (Nel-lo, 2021: 201). Cuando este proceso de agrupación se produce entre las capas sociales de rentas más bajas, minorías invisibilizadas o sectores empobrecidos, tiene como resultado una **territorialización de la pobreza**.

La situación de pobreza y necesidad que viven las personas marginalizadas catalizan el desarrollo de estrategias de supervivencia desinstitucionalizadas y les empujan hacia un estilo de vida dedicado al menudeo de drogas, la chatarra, la mendicidad o el trabajo sexual para generar ingresos. La representación social asocia estas prácticas a territorios concretos. Es común escuchar «barrios de yonquis», «barrios de gitanos», «barrios inseguros». Una construcción de la realidad distorsionada, pero a la vez fehaciente con el contexto. Fijémonos en cómo Erika construye su relato situando el barrio como catalizador de su conducta desviada a ojos de sus progenitores: «Sí. Era un barrio... Crecí en Pio XII, que era un barrio de prostitución y heroína y tal. Y luego, cuando cumplí catorce años, mis padres me llevaron a San Miguel, que era... había un colegio de monjas y me metieron ahí para rectificar un poco lo del barrio» (Erika, Aragón, 414, Mujer, 39 años).

Hemos comprobado que **las condiciones de vida de la población gitana resultan especialmente determinantes en su posterior desarrollo**. En la segunda década del siglo XXI, España

¹² «El concepto «vulnerable» (del lat. *vulnerabilis*) se trata de un atributo del sujeto por el cual este es susceptible de ser herido o vulnerado, en cualquier acepción, de recibir un daño o perjuicio, o de ser afectado, conmovido, convencido o vencido por algo» (Moliner, 2008: 528 citado en Alguacil Gómez y Camacho Gutiérrez, 2014).

todavía se enfrenta a un problema estructural: la existencia de asentamientos chabolistas y de infravivienda en los que conviven familias en situaciones de extrema vulnerabilidad. Se trata de una comunidad étnica que históricamente ha tendido a la concentración espacial, debido a que culturalmente dotan de especial importancia a la protección al tejido social y la red familiar como círculo de protección y cuidado mutuo. Esta agrupación se ha dado en muchos casos en condiciones de pobreza y se ha materializado en asentamientos chabolistas o barracas.

En un intento de poner solución a esta problemática, las administraciones públicas impulsaron políticas de realojo que, más que resolver el problema, lo acentuaron. Estos enclaves resultan identificables en las ciudades porque en general se trata de barrios periféricos, pero perfectamente conectados por carreteras. Aunque suelen disponer de transporte público, principalmente autobús, la gran mayoría carecen de medios de transporte, lo que implica un alto grado de aislamiento. También son comunes otro tipo de carencias básicas como alumbrado público, canalización de agua o servicio de recogida de basuras (FSG, 2023: 38)¹³.

En muchos de estos entornos urbanos y periféricos de asentamientos y barraquismo, el tráfico y consumo de droga tiene una presencia importante. Los testimonios que hemos recogido arrojan luz sobre la accesibilidad a las sustancias y cómo formaban parte del día a día en los consumos de personas cercanas. El fácil acceso a las sustancias es un factor de riesgo. La socialización temprana con las drogas desde la dimensión del barrio se presenta de forma diferencial para los hombres y para las mujeres, aunque no hay un patrón claro que evidencie que se comporta de una manera diferenciada para unos y otros. Algunas autoras (Cantos Vicent, *et al*, 2016; Luján Acevedo, 2020; Martínez Redondo, 2010) han apuntado a que, mientras los hombres consumen como acto social para compartir un momento, las mujeres lo hacen para posicionarse y escapar de la reclusión de los hogares y los roles femeninos.

En España, la segregación en términos étnicos sólo puede captarse a través de indicadores indirectos relacionados con el estatus socioeconómico. Este aislamiento físico hace difícil el ejercicio de la ciudadanía: la participación en actividades sociales, culturales o políticas que se desarrollan en las ciudades o en los pueblos. Asimismo, vivir en estos espacios supone una estigmatización social, dado que esos barrios están marcados negativamente en muchas ocasiones o son señalados por los medios de comunicación.

¹³ Este estudio tuvo la finalidad de analizar las condiciones de habitabilidad de los asentamientos y sus repercusiones en las condiciones de vida de quienes allí residen. La investigación concluyó, entre muchas otras evidencias, la relación entre las condiciones de habitabilidad con una marcada pobreza material y su incompatibilidad con el derecho a una vida digna.

4.3 CARACTERÍSTICAS MACROSOCIALES: EL SISTEMA DE LA VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL INFANTIL Y VIOLENCIA DE GÉNERO.

Cada persona experimenta y percibe la violencia de manera diferente. Esto es así por el carácter subjetivo, único y *sui generis* de la vivencia, y en especial, porque la víctima no vive la violencia como concepto, sino que la vive en el cuerpo. En este capítulo abordaremos las implicaciones que presenta haber crecido en entornos donde la violencia ha estado presente

a lo largo de la infancia. Numerosos estudios han evidenciado que la violencia intrafamiliar es un factor preponderante en el riesgo de desarrollo de conductas adictivas en el futuro (Episteme, 2022; Fernández Villanueva, 2007; Franco-Jaen *et al.*, 2020; Fundación Raíces, 2020; Jociles Rubio y Rivas Rivas, 2010; Martínez *et al.*, 2013).

“ P: ¿Alguna vez has sufrido situaciones de violencia?

P: ¿Qué entiendes por violencia?

R: Puede ser violencia física o puede ser violencia...de otro tipo. Física la verdad es que no, tuve una pareja que me maltrató y todo eso, pero me separé del hombre. Si llamas violencia, por ejemplo, a que te prostituyas y en un momento dado te violen o cosas así... Sí, yo a eso lo llamo violencia (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

“ P: ¿Y en la infancia? ¿Has vivido violencia por parte de familiares?

R: Psicológica. Igual no se le llama violencia. Pero violencia justamente... no se le llamaría. No sé cómo llamarlo, la verdad.

P: ¿Como lo sentías?

R: Como si te anularan de alguna manera.

P: Puede ser otro tipo de violencia.

R: Puede ser. Lo es. Y de mi padre, que en paz descanse, sí que alguna vez se ha puesto violento porque bebía y se ponía violento cuando bebía. Entonces alguna vez sí que me tocó, pero... (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

Hay diferentes percepciones y experiencias de aquello que se siente, o no, como violencia. Los diferentes puntos de vista que subyacen de las entrevistas van de la mano con los umbrales de tolerancia que las personas están dispuestas a aceptar. Unos umbrales que van decayendo al tiempo que cae el nivel de autoestima hasta ir configurando una identidad de la persona profundamente dañada y despersonalizada. La cita literal que se muestra a continuación demuestra la dificultad de identificar la violencia que recibía de su padre

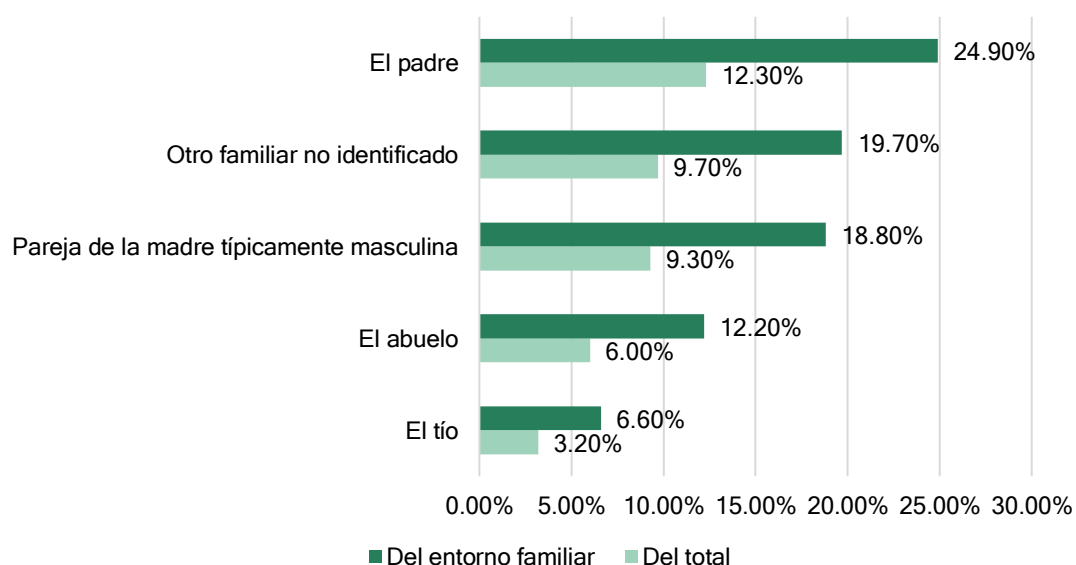
La **anulación personal** a la que hace referencia cuando habla de sus emociones conecta precisamente con el significado y el valor que le atribuye a la violencia psicológica. Una violencia que le duele más que los golpes. La intervención de Sara es muy rica en contenido porque pone sobre la mesa la doble moral e incomodidad que le genera hablar negativamente de su padre, a quien justifica su conducta violenta por su alcoholismo. La normalización del consumo de su padre y las violencias que de ello derivaban tienen como resultado una asimilación de dicha conducta

Las implicaciones de que el agresor sea una persona con la cual existe un vínculo se manifiesta en los posteriores traumas y en la construcción de la identidad de las jóvenes.

en los procesos sociocognitivos. En cuanto a los sujetos agresores que ejercen la violencia, resulta estremecedor los numerosos relatos que hemos recogido en los que las mujeres han sido agredidas por familiares o personas próximas al entorno familiar.

Un reciente estudio etnográfico realizado por [Save The Children \(2021\)](#) arroja una serie de datos según los cuales, sobre cuatrocientos treinta y dos casos, el ochenta y cuatro por ciento de los abusadores son conocidos, en mayor o menor grado, por los niños y las niñas.

Gráfico 6. Persona del entorno familiar que ha ejercido abuso sexual



Fuente: Save the Children, 2021

Entre los espacios más comunes destaca el entorno familiar con casi la mitad (49,5 %) de los casos analizados donde alguno de los perfiles de abusador más frecuentes son: el padre (24,9 % del total del entorno familiar y 12,3 % del total), otro familiar no identificado (19,7 % del entorno familiar y 9,7 % del total), la pareja de la madre típicamente masculina (18,8 % del entorno familiar y 9,3 % del

total), el abuelo (12,2 % del entorno familiar y 6 % del total) o el tío (6,6 % dentro del entorno familiar y 3,2 % sobre el total).

El **abuso sexual** sufrido en edades tempranas que ha sido ejercido por miembros de la familia o personas próximas al entorno familiar presenta consecuencias severas sobre la salud mental, física, reproductiva y sexual. Además, los abusos sexuales en la infancia tienen una asociación directa con el desarrollo de problemas adictivos a sustancias y sin sustancias, así como con la presencia de enfermedades mentales en un ochenta por ciento de los casos. Así lo confirmaron treinta y seis estudios científicos realizados entre 2014 y 2018 y analizados y citados por Arostegui y Martínez-Redondo en 2021. Se revela por tanto que la relación de abuso sexual infantil (ASI) en la vida de personas con problemas de adicción es de siete de cada diez mujeres y tres de cada diez hombres.

“ **P:** ¿Ha recibido muchas violencias sexuales?

R: Pues si alguna.

P: ¿Desde pequeña?

R: Por parte de mi tío, de mi amigo...pero claro no puedes hacer nada. Y encima si estás enganchada, menos. Que te quedas de mono, te quedas ahí tirada. O lo haces o no consumes. Aunque nosotras éramos las que teníamos que quitarle el mono a él (María, Asturias, 403, Mujer gitana, 49 años)

Muchas de nuestras participantes han manifestado haber sufrido abuso en el entorno familiar a edades tempranas, como es el caso de Alba: «me marché de mi casa a los quince años porque fui violada por mi hermano. Fui violada también por mi otro hermano» (Alba, Catalunya, 185, Mujer gitana, 43 años) O en el caso de Rocío «Mi primo abusaba de mí. Tenía diecisiete años él, y yo ocho. Todo está perdonado porque mi madre no me creía porque se lo dije a mi madre, me costó veinticinco años contarlo. Y cuando se lo dije a mi madre, me dijo que era mentira. Y le dijo mi primo a mi madre que yo le había perdonado. Y le dije que sí» (Rosario, Asturias, 405, Mujer gitana, 47 años).

Las implicaciones particulares que presenta el hecho de que el sujeto agresor sea una persona con la cual existe un vínculo previo se manifiesta en los posteriores traumas y en la construcción de la identidad de las jóvenes.

Este tipo de experiencias durante la etapa de desarrollo condicionan y afectan fuertemente el estado de salud mental de las mujeres y sienta las bases para un inicio en el consumo de drogas como un refugio emocional. Sufrir violencia sexual y/o de género aísla a las mujeres y empobrece sus vidas, aumentando así la dependencia tanto hacia el maltratador como a las adicciones (Farapi Antropologia Aplikatua, 2007; Martínez Redondo, 2010; Romo, 2016).

En estudios anteriores (Episteme, 2022), constatamos que las mujeres con problemas de adicción víctimas de violencia sexual y/o de género, se encuentran con limitaciones a la hora de

acceder y permanecer en los recursos. Asimismo, las cargas familiares que asumen en solitario la mayoría de las veces; los procesos de retirada de custodia de las hijas e hijos; la situación de precariedad laboral y económica; y la falta de apoyos son vivencias que sientan las bases para la construcción del trauma. Acudir al uso y abuso de medicamentos y/o drogas forma parte de la estrategia de afrontamiento para apaciguar el dolor que introduce a la mujer superviviente de esta violencia en una constante espiral de sumisión y agresión a lo largo de toda su vida. Llegando incluso a normalizar o aceptar niveles de violencia en la etapa adulta.

4.4 CARACTERÍSTICAS DE UN ENTORNO MICRO SOCIAL DE RIESGO: EDUCACIÓN BAJO MODELOS AUTORITARIOS Y AUSENTES

Durante las fases tempranas de desarrollo y construcción de la identidad, el estilo educativo adoptado por los progenitores, es decir, «el conjunto de prácticas y discursos que despliega una familia para conseguir inculcar a sus hijos/as valores, normas y creencias para que se desarrollen con éxito y lleguen a la vida adulta con bagaje suficiente para vivir de forma independiente y digna» (Díaz, 1998; Martínez Oró, 2016: 87) influye parcialmente en el desarrollo en diferentes áreas. Son algunos ejemplos la educación, la mayor o menor probabilidad a realizar prácticas de riesgo y actitudes ante ciertas sustancias —desde el tabaco o el alcohol hasta otras aún penalizadas como el cannabis o la cocaína las cuales han ido adquiriendo cierto grado de normalización en los hogares actuales—. La literatura identifica dos tipos de estilos educativos que se consideran de riesgo que describiremos a continuación.

El primero de ellos es el **estilo autoritario**, basado en prácticas de exigencia y bajo empleo de prácticas de responsabilidad (Martínez; *et al*; 2013; Martínez Oró, 2016: 87). Bajo este modelo, la figura masculina paterna posee el monopolio del poder sobre la madre y los hijos. La educación, de marcado corte patriarcal, en la que la disciplina, la obediencia, así como la ausencia de afecto y comunicación son factores que están presentes. El segundo estilo educativo es el **estilo negligente**, marcado por una ausencia total de supervisión hacia la conducta, llegando incluso en ocasiones a difuminar los límites en la relación paternofilial.

Del mismo modo, las experiencias de abandono familiar se manifiestan con bastante crudeza en los discursos de las personas entrevistadas. La ausencia de una figura de referencia opera como un factor de riesgo y estimula el acercamiento a las drogas en la búsqueda de vínculos afectivos fuera del núcleo familiar. Nuestra participante, bajo el pseudónimo de Raquel, nos apunta una serie de elementos determinantes que explican su situación actual: la incapacidad en la que se encontraba su madre para hacerse cargo de ella y la crianza bajo tutela de la Administración:

“Pues no he tenido familia. La verdad es que yo solo conozco a mi madre, y mi madre [...] no me quiso y me dejó en un centro, o sea, me dejó en la Comunidad de Madrid, que es el centro (Raquel, Madrid, 412, Trabajadora sexual, 35 años).

Creecer en un centro de menores y salir adelante una vez cumplida la mayoría de edad impone una serie de obstáculos que, si no se cuenta con la red de apoyo adecuada, difícilmente podrán superarse. El contacto con las drogas en la vida de Raquel fue muy temprano. A los dieciséis años comenzó con el cannabis y la cocaína, desde los dieciocho habita en la calle y a día de hoy mantiene

un consumo de heroína y cocaína fumada para mantenerse despierta y evitar así abusos y agresiones en la calle.

“ Cosas que he visto yo de pequeña, que por eso yo también estoy así, ¿sabes? Y me drogo y esas cosas. ¿Me entiendes? Yo he visto a mi padre drogándose cuando yo era pequeña. ¿Sabes lo que te quiero decir? He visto a mi padre pegando a mi madre. ¿Tú sabes? Son cosas que me han quedado ahí en la cabeza, son cosas en la cabeza que yo nunca se me va a olvidar [sic]. De pequeña, yo salí a la calle y vi a la gente drogándose. Pero a mí nunca...a mí nunca me llamó la atención. ¿Sabes? Hasta que...lo probé un día, me gustó, y ya (Sandra, Madrid, 411, Mujer gitana, 23 años).

Las situaciones de violencia y agresiones en el marco familiar o la presencia de consumo de sustancias por alguno de los progenitores han sido el denominador común en las historias de vida de las personas que hemos entrevistado. En la mayoría de los relatos, las participantes se mostraban heridas por la violencia familiar incluso llegan a identificar sus terribles experiencias como motivo para su consumo. La cita literal que mostramos a continuación corresponde a una **Mujer gitana** que fue entrevistada en el barrio madrileño de Lavapiés.

La joven participante de orígenes humildes fue víctima de discriminación por parte de su familia por motivo de su adicción. A lo largo de la entrevista hizo referencia a una serie de factores que habían influido a lo largo de su infancia y explican buena parte del motivo que dio inicio al consumo y su adicción. Sucesos como haber sido testigo de la violencia de género ejercida de su progenitor hacia su madre o la naturalización del consumo de alcohol y otras sustancias en su familia y entorno próximo son factores estresantes y de riesgo que motivaron su adicción.

Además, su disidencia y falta de aceptación de las normas, expectativas y valores de la comunidad gitana constituyen un importante elemento de su actual estado de exclusión, tal como expresa en la siguiente cita literal:

“ P: Y siendo de origen gitano ¿cómo llevan todo el tema de la droga, de que tengas un hijo...?

R: No les gusta...lo de que tenga un hijo lo ven normal, pero de que yo fume droga *pa* una gitana se ve feo, ¿tú me entiendes? No se ve bien. Hay gitanos que siguen la Ley Gitana y hay otra gente que no ¿sabes? La Ley Gitana significa casarse con un gitano y llegar virgen al matrimonio. Yo no, yo no he hecho eso. Yo estoy con otro chico que es extranjero, es mitad dominicano, mitad cubano y he tenido una niña con él, nada más (Sandra, Madrid, 411, Mujer gitana, 23 años).

El nivel socioeconómico, educativo y cultural de las familias se erige como un condicionante que determina y explica el tipo de desarrollo. Concretamente, la cultura entendida como realidad vivida por las personas, sus costumbres, leyes, concepciones del mundo y todo aquello que les permite la vida en sociedad, es algo que se aprende y comprende también las representaciones del cuerpo,

la salud y la enfermedad. No se tiene la misma consideración sobre la enfermedad en las distintas comunidades, dentro de una misma sociedad, ni en los distintos momentos históricos de un mismo grupo.

Clebert, (1985, citado en Fernández, 2000:203) define las leyes gitanas como un «conjunto de costumbres con las que, a través de las generaciones, se ordenaban de forma inmutable los más mínimos actos de la vida práctica». Las Leyes Gitanas son normas que se imponen para organizar la convivencia del grupo. Determinan la base de la identidad colectiva y la garantía de permanencia como pueblo. Constituyen un verdadero cuerpo legislativo, no escrito sino transmitido oralmente, que goza del respaldo y aceptación del conjunto de la población gitana; llegando hasta el punto en que se es gitano en la medida que se acepta y cumple la ley gitana.

Para la cultura gitana **el matrimonio** es una institución básica que les diferencia de otras culturas,

“ **R:** No. Mi madre es muy bien vestida y a veces he tocao el timbre de abajo y dice «¿quién es? y digo «pues tu hija la [nombre propio]» y dice «yo no tengo ninguna hija».

P: ¿Y eso cómo fue?

R: Por consumir (Carlota, Comunidad Valenciana, 401, Mujer gitana, 39 años).

puesto que es una de las más representativas y visibles. Es la institución primordial para entender la condición de la mujer gitana dentro de su sociedad, ya que el sistema de género que predomina en esta minoría étnica se ve determinado por las prácticas matrimoniales y por los roles y creencias (Montañés Álvarez, 2011). La participante rompe radicalmente con las normas preestablecidas en su comunidad y las expectativas de género que se imponen sobre ella. El consumo simboliza una deshonra familiar en la medida que se trata de una conducta que quebranta las expectativas de género que sobre ella recaen. Esto supone un motivo de aislamiento, que en el caso de los varones no se produce en la misma medida.

Del mismo modo, la cuestión de los valores familiares con un marcado componente **autoritario y heteronormativo** se han manifestado, además, sobre otros perfiles sociales como son los hombres homosexuales que practican *chemsex*.

“ Yo tengo una familia que era muy adinerada, pero bueno pasó una catástrofe que mi madre dejó a mi padre, se casó con un Guardia Civil, mi madre del Opus... Y bueno, entre mi madre, mi padrastro y mi hermano [...] me discriminaron de la familia directamente (Esteban, Catalunya, 94, *Chemsex*, 44 años).

El participante, cuya situación actual es de extrema marginalidad puesto que se encuentra en situación de calle, alude a su **orientación sexual como principal motivo de discriminación en el seno familiar**, razón que le llevó al aislamiento y una ausencia total de apoyo económico y emocional.

La falta de herramientas de sensibilización en las familias que capaciten la gestión y acompañamiento de la juventud en temas como la orientación sexual, la identidad y las frustraciones o malestares derivados, tienen como resultado escenarios en los que el hogar deja de ser un lugar seguro para convertirse en un espacio hostil y de confrontación. El testimonio que citamos a continuación pertenece a una joven mujer transexual víctima de una violación que no obtuvo apoyo familiar fruto de su identidad de género.

El testimonio de Mar demuestra la fuerte influencia que presenta un estilo educativo excesivamente disciplinario, alejado de la comprensión y la educación con perspectiva de género.

“ Con siete años por ser transexual me echaron a la calle. Mi padre es gitano-búlgaro, mi madre es musulmana. Y lo que pasa es que, claro, no lo ven. Y me dieron en adopción a mí y a mi hermano [...] fuimos a una familia de adopción y la familia de adopción me pegaban cada paliza que te cagas, ¿no? ¿Y qué pasó? [...] La última paliza que me dieron que por poco me abran la cabeza con un taburete. En el pueblo me violaron. Mis padres me dijeron que tenía que haber hecho más, que me tenían que haber matado y violado. El mismo día que me violaron me dijeron eso (Mar, Asturias, 408, Trabajadora sexual. 18 años)

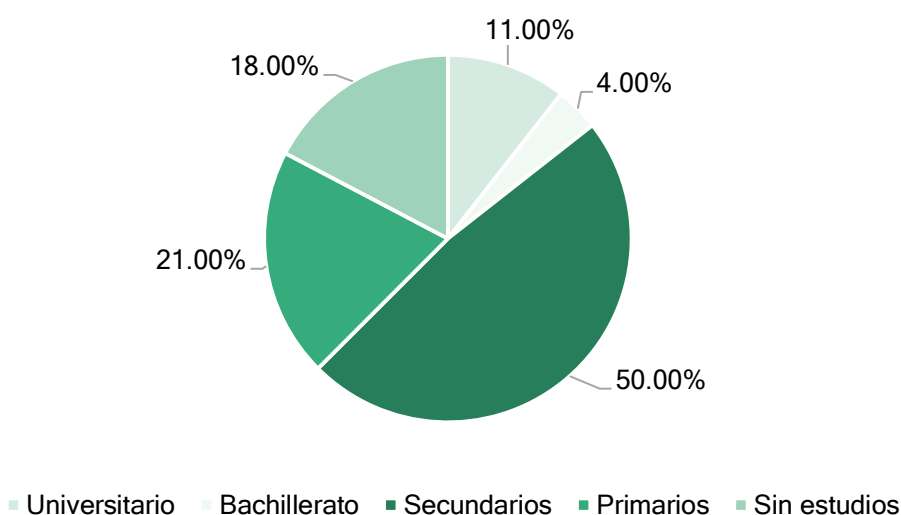
Los estilos educativos estarán condicionados por concepciones culturales preestablecidas que, lógicamente, influyen directamente en la crianza. Sus consecuencias pueden ser tanto positivas como negativas. Elementos tales como la disciplina, la atención, el no reconocimiento condicionarán en el futuro el comportamiento, el estado de ánimo o el desarrollo de la resiliencia en la edad adulta, elemento que, sin embargo, no evita un sentimiento de infelicidad a lo largo de un periodo vital tan importante como es el de crecimiento hasta la emancipación (FELGTBI, 2022).

En conclusión, hemos advertido que la socialización en entornos familiares excesivamente disciplinarios, así como la expulsión temprana a la calle, son elementos presentes en los discursos y experiencias de las participantes. Este conjunto de malestares propicia el consumo de drogas en etapas tempranas como un mecanismo de evasión. De este modo recomendamos impulsar herramientas de acompañamiento, apoyo psicológico a las familias y capacitación para comprender los procesos psicosociales que atraviesan los y las jóvenes durante la adolescencia. Opera como un factor de protección la comprensión, el apoyo proveniente de la familia y las amistades para una buena adaptación psicológica que mantenga a estas personas alejadas del consumo y otras prácticas de riesgo.

4.5 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES: LA EDUCACIÓN, NIVEL DE INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

La educación es una importante fuente de recursos sociales y psicológicos que influyen en el estado de salud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables. Tal como representamos en el Gráfico 6, el mayor porcentaje de personas de nuestra muestra que consumen drogas se concentra en aquellas personas con estudios primarios (el cincuenta por ciento de la población entrevistada).

Gráfico 7. Educación alcanzada por la población objeto de estudio (%)



La literatura sostiene que quienes alcanzan un mayor nivel educativo tienden a preferir hábitos más saludables y a evitar aquellos que resultan perjudiciales como es el consumo de sustancias. Contar con un mayor nivel educativo proporciona herramientas para tomar decisiones informadas con respecto a la salud y al estilo de vida, así como mayor capacidad de agencia para imponer límites ante los riesgos.

La posición de subordinación que ha tenido que afrontar la mujer históricamente frente al hombre explica en el conjunto de las sociedades la desigualdad estructural. La dedicación a las tareas de cuidados y el trabajo reproductivo impone a las mujeres un aislamiento y un conjunto de barreras que las aleja de su independencia y autonomía.

Muchas de las mujeres que entrevistamos, fundamentalmente aquellas mayores de cuarenta años testimoniaban que una de las razones por las cuales abandonaron los estudios fue por atender y cuidar a familiares. Esta situación la vemos especialmente agudizada en las **Mujeres gitanas**.

La distancia existente entre la situación educativa de la población gitana y el resto de la población contribuye a agrandar la brecha de la desigualdad y la exclusión social que presenta una buena parte de esta comunidad (FSG, 2013). De modo que es posible apuntar que **la variable género, en condiciones de vulnerabilidad, condena a la precariedad.**

El bajo nivel educativo alcanzado por el total de las **Mujeres** que han sido entrevistadas las expulsa del mercado laboral, relegando su papel al cuidado y al trabajo reproductivo, así como también aumenta la dependencia económica del marido.

“ Y a mí con la boda gitana me casaron y me destrozaron porque yo tenía ganas de ir al instituto. Es que yo estaba yendo al instituto, quería hacer mi bachillerato, mi ESO. Todo lo que te tienes que sacar (Mercedes, Andalucía, 420, Mujer gitana, 45 años).

En el caso específico de las **Mujeres de etnia gitana**, la temprana maternidad obstaculiza la continuidad de los estudios. En otros casos, fundamentalmente en las mujeres de etnia gitana más envejecidas, los valores culturales que imponían una relegación al ámbito doméstico la sacaban del sistema educativo a edades muy jóvenes. Ante una falta de oportunidades laborales, para un gran porcentaje de estas mujeres, la comisión de pequeños delitos como hurtos en establecimientos comerciales o la prostitución son las únicas estrategias posibles para obtener ingresos, mantener su consumo y garantizar su supervivencia y la de su familia.

El sistema escolar debe funcionar como un factor de protección, fundamentalmente a partir de la etapa que se desata a partir de los quince y/o dieciséis años, momento en el que las sustancias son más accesibles y juegan un papel en los momentos de ocio entre la juventud. Como contrapunto, hemos advertido un mayor nivel educativo, estabilidad laboral y la percepción de un estilo de vida más saludable en **un subgrupo de hombres que realizan chemsex.**

“ Tengo una vida bastante activa. En el sentido... yo soy artista, yo soy coreógrafo y me dedico a las artes escénicas, entonces tengo una profesión que me obliga a estar muy cerca de mí mismo y de mi cuerpo. Entonces, pues mira, hoy mismo a las ocho empezaba mi clase de yoga de los martes y jueves. O sea, que me he levantado a las siete menos cuarto de la mañana (Sixto, Catalunya, 95, *Chemsex*, 41 años).

Este subgrupo, que hemos denominado «perfil salvaguardado», rompe drásticamente con el resto de los perfiles que han participado por varias cuestiones que hemos identificado. En primer lugar, la posición económica acomodada de sus familias les ha permitido alcanzar niveles educativos elevados, incluso algunos han cursado carreras universitarias. En segundo lugar, la adopción de hábitos saludables y el autocuidado en su día a día también han sido aspectos destacados en sus intervenciones.

La posibilidad de finalizar los estudios obligatorios e incluso alcanzar estudios superiores depende de todo un conjunto de elementos que forman parte del contexto concreto. Elementos como la posibilidad de contar con una estructura familiar de apoyo, una posición socioeconómica holgada, las características del entorno de residencia e incluso la oportunidad de haber desarrollado ciertas habilidades sociales son algunos ejemplos. De modo que en la población de hombres que ejercen *chemsex*, los motivos de inicio en el consumo problemático de sustancias responden a otra serie de cuestiones que se alejan de un nivel educativo bajo.

En síntesis, aunque no existe un único mecanismo por el cual la educación influye sobre la salud, se sabe que el sistema educativo juega un papel clave en el proceso de alfabetización en salud y puede ser un factor protector y corrector de desigualdades sociales en la infancia y adolescencia. La confluencia de estos factores en entornos donde hay elevados índices de vulnerabilidad urbana, escasez de recursos educativos y opciones de ocio saludable crean las condiciones para los consumos prematuros y llevar a cabo conductas de riesgo debido a la falta de información y conocimiento de los daños. Una buena maquinaria preventiva será de lo que dependa un uso de drogas sin provocar daños. Un ejemplo de buen funcionamiento la prevención lo podemos observar en la población *chemsex*, concretamente en el subgrupo de hombres salvaguardados quienes gozan de un buen estado de salud.

Aunque la educación sexual o el conocimiento de las drogas aun resulta insuficiente muchas personas han adquirido herramientas gracias a la educación cultural. La naturalización de la diversidad en medios de comunicación, en el cine, en el arte. La educación entendida no únicamente en la instrucción que reciben en las escuelas, sino como un producto cultural.

05.

LA SOCIALIZACIÓN DEL GÉNERO, LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO

5.1 La feminidad en el punto de mira: la doble sanción social.

5.2. Romper con la lógica de género: la mujer disidente y la culpa.

5.3. La construcción mercantil de la comunidad LGTBIQ y el *chemsex*.

5. LA SOCIALIZACIÓN DEL GÉNERO, LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO

El consumo y la productividad social lleva aparejado una estrategia diferenciadora que permite expresar el estatus social de las personas. De esta manera se establecen distinciones de prestigio, privilegio y poder. En el marco de las relaciones personales, **el consumo, y sobre todo el significado simbólico que se desprende del mismo, posiciona a los individuos en la arquitectura social**. Esta posición social desde la que proyectan sus discursos se encuentra atravesada por unas motivaciones basadas en necesidades creadas en el contexto de la economía de mercado.

En una economía de mercado, el consumo deviene determinante de las sociedades, aquilata y sostiene las diferencias y desigualdades de clase, género y etnia. Alba Carosio (2008) explica y reflexiona en sus publicaciones acerca de cómo y bajo qué forma la sociedad de consumo se ha basado en la utilización de sofisticadas y académicas técnicas de persuasión, capitalizadas para lograr la influencia en el público y determinar sus elecciones en los bienes de mercado disponibles.

Siguiendo la Teoría de la Reproducción Social propuesta desde los feminismos socialistas y marxistas (Bhattacharya, 2019) dicha explotación puede ser directa —cuando el capital se aprovecha del trabajo de las mujeres en situación de precariedad— o indirecta —cuando la explotación del trabajo de la mujer en el hogar es lo que permite la reproducción de la clase trabajadora—. En cualquiera de los dos casos, observamos como el actual sistema capitalista precisa de consumo constante de la sociedad en general, pero específicamente de la mujer para sostenerse.

Además, la introducción del capitalismo catapultó la separación de la vida en dos esferas: una pública, donde habitaban los hombres, y una privada, limitada a las tareas del hogar y cuidado asignadas a las mujeres (Fraser, 2019). La Sociedad de Consumo centró su atención en la figura del ama de casa, cuya expectativa vital era la acumulación de bienes de mercado para su integración en el ámbito doméstico, la crianza en la maternidad y asegurar el bienestar para el trabajo productivo del marido. La vivienda representa el espacio específicamente reservado para ella, el lugar donde se construye su identidad, el lugar donde produce y reproduce las lógicas de consumo. Esta mirada, aunque interesante, también puede llegar a ser muy limitante, puesto que, aunque la mujer vivía en la esfera privada, también performa en la pública (Col·lectiu Punt 6, 2019).

Más adelante, con la entrada de la Modernidad y el avance de los «nuevos tiempos» del capitalismo de consumo, la mujer se presentó bajo una imagen liberadora y emancipadora. El consumo comenzó a adquirir múltiples formas como el consumo compulsivo, el consumo impuesto por marketing que ha permeado la cultura del consumo de las personas. Esta fase vino acompañada de un creciente individualismo y desprestigio de lo público y comunitario. Una mentalidad sociocultural que todavía permea las sociedades actuales.

En las próximas líneas veremos de qué forma el sistema sexo-género aparece de forma transversal en la categorización de los individuos en función de su capacidad de consumo, su rol productivo y/o reproductivo en la sociedad y su sexualidad.

Como hemos tratado en anteriores páginas, se trata de un sistema jerárquico que valora moralmente los actos de uno y otro sexo. Una valoración planteada en términos dicotómicos: «aceptable» e «inaceptable». Esta categorización tiene como resultado la producción a través del discurso de sujetos normalizados (saludables) y sujetos patológicos (enfermos). Sujetos enfrentados entre sí que tiene como resultado la inclusión de unos en el sistema y la expulsión de otros. Junto con la expulsión aparece el proceso de estigmatización que deposita una mirada sancionadora hacia aquellos individuos que se salen de la norma y lo esperable socialmente. Una sanción que presenta un potente componente de género.

Un sector de la literatura que ha apuntado que las presiones que reciben los hombres y las mujeres hacia conductas de riesgo o problemáticas no son las mismas: mientras que los hombres consumen para socializar, algunas mujeres consumen para posicionarse con respecto a otras mujeres a ojos de los hombres. Por un lado, los hombres reciben mensajes que les «animan» e «incentivan» a probar el riesgo mientras que «ser mujer» y todo aquello que se relacione con lo femenino funciona como un factor de protección ante conductas de riesgo.

No obstante, nosotras nos alejamos de este análisis y consideramos que «ser mujer» y, por lo tanto, todo aquello que se desprende de lo que se considera socialmente femenino no es un factor de protección en sí mismo, sino que, por una misma conducta la sanción social que reciben es mayor. Mientras que en los hombres el uso de drogas está bien visto por el grupo de iguales y se asocia a conceptos como la «valentía» esto no sucede en las mujeres. Asunto diferente es que las mujeres hayan recibido una educación basada en la vulnerabilidad y fragilidad de sus cuerpos ante los abusos, pero eso no contradice la realización de prácticas de riesgo. La finalidad de este capítulo es mostrar cómo se produce esta evolución, desde la aceptación hacia la marginalización en las mujeres y en los hombres homosexuales. Ambas poblaciones comparten atributos socialmente asociados a la feminidad y profundamente castigados desde planteamientos y juicios morales.

El planteamiento de partida es el siguiente: la sociedad está formada por individuos que consumen en el mercado y desempeñan tareas de producción y reproducción social. En el momento en que la realización de conductas consideradas de riesgo y moralmente cuestionables obstaculizan estas funciones estos sujetos se convierten en una amenaza para la cohesión de la comunidad y el adecuado funcionamiento del sistema.

5.1 LA FEMINIDAD EN EL PUNTO DE MIRA: LA DOBLE SANCIÓN SOCIAL

Los atributos asociados a la feminidad y la masculinidad están concebidos desde lógicas patriarcales y un sistema jerárquico cargado de moralidad que asigna a cada sexo una serie de mandatos y roles que deben performar si pretenden encajar en la sociedad.

A modo ilustrativo, la Tabla 6 que se presenta a continuación reúne aquellos conceptos que hemos extraído del análisis del discurso de los participantes cuando caracterizaban los consumos del sexo opuesto. Los hemos clasificado en función de su deseabilidad o rechazo. Destaca que los atributos indeseables de las mujeres son aquellos que son socialmente validados para los hombres, mientras que aquellos asociados a la feminidad son altamente reprochados. Entra aquí el concepto de la **doble sanción social** según el cual las mujeres son penalizadas por partida doble ante una misma conducta. El propio sistema sexo-género (Rubin, 1975), permite afirmar que las mujeres adictas son más penalizadas que los hombres ante el mismo comportamiento, por estar éste en la esfera de lo entendido como masculino, y así incurrir en una **doble transgresión y estigma** respecto de sus mandatos de género: socialmente atribuidos por su ruptura o el incumplimiento de los roles tradicionales de género que tienen asignados y por ser consumidoras de drogas, y en mayor medida si son sustancias ilegales. En cambio, si esa misma conducta es realizada por los hombres no recibe la misma sanción social. (Martínez-Redondo, 2021: 34)

Tabla 6. Conceptos y categorías extraídos de la literatura y el análisis de las entrevistas. Elaboración propia.

	Atributos deseables	Atributos indeseables
Mujeres	«buena madre», «esposa», «ámbito privado», «trabajo reproductivo», «cuidado», «sumisión»	«viciosa», «compulsividad», «ámbito público», «éxito», «promiscuidad», «libertad», «riesgo»
Hombres	«dominación», «éxito», «poder», «hedonismo», «inminencia», «riesgo», «seguridad», «trabajo productivo»	«sensibilidad», «fracaso», «feminidad», «afecto», «inseguridad»

En la Modernidad, la mujer era la consumidora esencial y piedra angular de la estructura de la sociedad de consumo ya que conectaba la vida privada del hogar con la vida pública del mercado (Carosio, 2008). En la base de esta idea encontramos que, **la mujer aceptada** es la mujer consumidora que genera beneficios de mercado y sostiene la estructura del sistema patriarcal a través de sus funciones reproductivas. En otras palabras, la mujer aceptada cumple dos requisitos:

- El primero, se inserta en las dinámicas de consumo aceptadas en el mercado.
- El segundo, garantiza el orden del hogar y cubre las necesidades del marido (*bread-winner*) por medio de la institución del matrimonio.

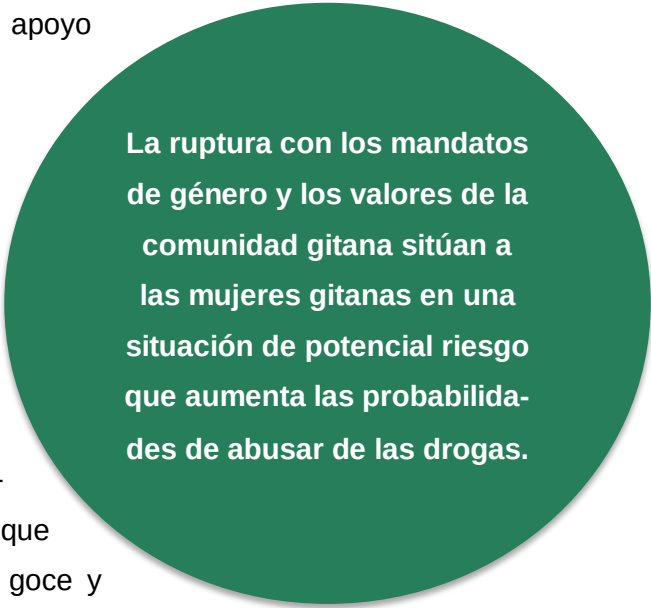
Este reparto de roles ha sido muy enfatizado en las entrevistas realizadas a las **Mujeres gitanas**. La literatura apunta que la mujer gitana es valorada, tanto externamente como internamente, por su rol de madre, proveedora y cuidadora. Encargada del mantenimiento de los lazos familiares y comunitarios firmemente unidos. El papel que desempeña en la comunidad es una responsabilidad que la diferencia de las mujeres no-gitanas, por lo tanto, sobre ella recae una sanción particular que contribuye a su prejuicio.

En contraposición a esta idea, la **mujer expulsada** es aquella que no encaja en las expectativas y deseos de la economía y el patriarcado. El consumo de drogas resulta incompatible con los roles, mandatos y atribuciones sociales: cuidar, amar, ser amada o usar el cuerpo y la sexualidad- (Cantos, 2016). La ausencia de redes de apoyo favorece la invisibilidad de su consumo y la vulnerabiliza doblemente.

En el ámbito del consumo de sustancias, cuando una mujer realiza un consumo socialmente considerado «poco problemático» como es, por ejemplo, el uso de psicofármacos o benzodiazepinas resulta invisibilizada. Sin embargo, cuando una mujer resulta social y visiblemente disruptiva, la sanción social que opera sobre ella tiene que ver con otros elementos y otras problemáticas – goce y disfrute de la sexualidad, la ocupación de la vía pública, realizar conductas de riesgo «masculinizadas». El género aparece como un eje de subordinación, por el cual por un mismo comportamiento la sanción social y la penalización es mayor sobre las mujeres que sobre los hombres.

Para el ideal del mercado, la «buena mujer» es la mujer consumidora y generadora de beneficios. La realización de conductas desviadas, como el consumo de drogas, implica alejarse de ese ideal femenino y quebrantar los roles estipulados. Esta categoría de mujer no genera beneficios ni económicos, por dos razones: la primera es que no es consumidora de bienes materiales, ni sociales. La segunda es que, para el mantenimiento del sistema «no aporta nada» porque no realiza las tareas de trabajo reproductivo.

En síntesis, la dependencia del sistema capitalista de la mujer en tanto que consumidora es esencial para que la maquinaria de producción, reproducción y consumo siga funcionando en los hogares (privados) y en la sociedad (público). Los estudios de género han apuntado a la existencia en el imaginario colectivo de la dicotomía: «mujeres privadas» y «mujeres públicas» (Federici, 2017). Las primeras hacen referencia a la mujer ejemplar y la buena madre que cumple con los



La ruptura con los mandatos de género y los valores de la comunidad gitana sitúan a las mujeres gitanas en una situación de potencial riesgo que aumenta las probabilidades de abusar de las drogas.

mandatos de género, mientras que la mujer pública se asocia con la que ocupa la calle y es de «fácil acceso al consumo masculino», siendo estas últimas referidas a las prostitutas.

5.2 ROMPER CON LA LÓGICA DE GÉNERO: LA MUJER DISIDENTE Y LA CULPA

En la experiencia vital de las participantes coinciden diversos ejes de vulnerabilidad y marginalidad con una importante presencia de los patrones de género, el perfil socioeconómico, las experiencias personales y familiares que puede incluso tentar a dibujar patrones y fórmulas estancas. Sin embargo, si algo hemos podido extraer de los discursos de las participantes es que esta interacción entre las diferentes variables no resulta evidente y, por lo tanto, resulta muy difícil construir una imagen totalizadora y homogeneizadora de la mujer consumidora de drogas como un sujeto absoluto. No todas las mujeres que han participado se mostraban como mujeres victimizadas o trataban de desplazar la responsabilidad de su adicción a un tercero, sino que **han reivindicado su propia agencia en el centro de la adicción**.

Hemos tomado el testimonio de Sara, una mujer consumidora de base y heroína por vía fumada que encontramos pidiendo en el barrio del Raval, Barcelona. Su discurso repleto de matices nos ha permitido extraer una serie de categorías que rompen con la imagen estereotipada de la mujer adicta. A continuación, desgranaremos su discurso hasta identificar los elementos que ofrecen evidencia para la construcción de la mujer disidente, aquella que se aleja del rol de feminidad.

“ No estoy segura [de] cuando empecé a consumir. Yo conocí a este chico, pero ya había conocido antes a personas que consumían. Empecé a consumir porque me quedé preñada y entonces parí. Di el niño en adopción. Y me quedé hecha polvo. Entonces lo probé y eso te calma todo, te mete en un punto que se te quita todo el mal rollo. Entonces yo creo que fue por eso, porque antes me habían ofrecido y nunca había querido. Había estado con gente que consumía y yo nunca había querido. Pienso que fue por eso, porque al quedarme... porque me quedé bastante hecho polvo, creo que puede ser que fuese ese fue el detonante (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

En primer lugar, en el inicio de la entrevista nos manifestó que siempre había tenido a su alrededor personas consumidoras, principalmente su madre, quien era adicta a la heroína por vía intravenosa, pero ella no había desarrollado un interés por las sustancias. De hecho, le causaban bastante rechazo. El punto de inflexión y ruptura que tuvo lugar en la vida de la participante queda manifestado en la siguiente cita literal: «quedarse embarazada, dar a luz y tomar la decisión de dar a su hijo en adopción» (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años), fue el evento traumático que incentivó que Sara acudiese a la heroína como mecanismo de evasión. Por su parte, el conocimiento previo que ella tenía del efecto de la sustancia fue motivo suficiente para acudir a ella:

“ No es que lo dijera, pero me metí por ahí [por la vena]. No sé, no es que lo pensara, pero por lo que sea derivó en eso porque yo con lo que vi de mi madre...era lo último que pensaba que haría, la verdad, porque tenía miedo a la heroína y más concretamente a la aguja (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

El cambio de la vía fumada a la vía intravenosa, más directa, fue motivado por la necesidad de alcanzar un estado de evasión de forma inmediata. La vía intravenosa escogida fue fruto de una decisión autodestructiva: **el dolor psicológico y emocional le resultaba insoportable y éste solo podía ser calmado mediante el dolor físico**. Debemos tomar esta posición de dolor autoinfligido como momento variable: las posiciones son dinámicas y, con el tiempo, se pueden abandonar y adoptar otras. Estos cambios no están únicamente influenciados por las drogas —aunque evidentemente también afectan— sino por cuestiones vitales (Martínez Oró, 2015: 95) que debemos tener en cuenta. Por otro lado, la participante insistió en repetidas ocasiones que ella nunca quiso ser madre:

“ He tenido abortos. Yo nunca he querido tener hijos. No he sentido esa necesidad, y aunque lo hubiera sentido, con la vida que he llevado no los hubiera tenido. No estaba preparada para tener hijos (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

El aborto, aunque sea un derecho reconocido, no está libre de juicios sociales y morales. El tabú, el silencio, el dolor y la incompreensión que gira en torno a este tema se traslada a un problema físico y mental. Más adelante, la participante nos manifestó que lleva años luchando frente a un trastorno de conducta alimenticia (TCA). Esta enfermedad es producto de los modelos de belleza y los cuerpos canónicos impuestos por el mercado. Cuerpos femeninos admirados por el culto y la aspiración a la delgadez. Una delgadez percibida de forma positiva que se propicia con el consumo. Adicionalmente, el discurso de Sara deja entrever que detrás del rechazo al embarazo y a ser madre se esconde un componente de dismorfia corporal y un rechazo a los cambios en la imagen física fruto del embarazo. Un trastorno invisibilizado, ya que cuando aparece y es manifestado, recae sobre las mujeres una culpabilización.

Otro aspecto que consideramos destacable es la interiorización de la derrota y el discurso social hegemónico que limita a la mujer consumidora la capacidad maternal y de crianza. Sara interioriza y representa la identidad y el estilo de drogodependiente cuando verbaliza que «no estaba preparada para tener hijos. Creo que al final es como el amor» (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años). A pesar de que Sara manifieste situarse al margen de lo que la sociedad espera de ella, presenta una imagen degradada y devaluada y no se considera merecedora de ciertas emociones. El consumo de drogas ocupa un papel central en su cotidianidad y Sara desempeña un estilo de vida drogodependiente: sobrevive en las calles para poder consumir.

Estos son algunos de los ejemplos que nos permiten ver como las mujeres drogodependientes rompen con su mandato de género: las rupturas que realizan las consumidoras del modelo de «identidad femenina», construido e idealizado, generan un doble rechazo social. Como estrategia de supervivencia en un mundo masculinizado del que constantemente son objeto de violencia y estigmatización, implica adoptar estrategias femeninas.

A continuación, incluimos una cita literal de otra participante, Alba. Esta participante nos introduce otra perspectiva desde la cual abordar el tema de los consumos desde una perspectiva no vulnerabilizadora. En la evolución del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas se ha dado un cambio notable, que no sólo atañe a las sustancias y a los modos de consumo, sino a todo el universo social y de sentido en que se ha desarrollado. Entonces, sobre la base de estos roles y expectativas, y de los comportamientos derivados, el consumo y abuso de drogas adquiere en las mujeres un rumbo y un desarrollo específico, que hay que interpretar a través de una perspectiva definida (Pérez Gómez y Correa Muñoz, 2011: 214). Alba es una mujer de etnia gitana que puntualmente vende servicios sexuales para mantener su consumo y el de su pareja. Alba construye su discurso desde una posición social que adopta atributos negativos: «soy masoca» mientras que simultáneamente identifica su consumo con la búsqueda del placer.

“ R: A parte de lo que yo me prostituyo, él también se prostituye. Lo que pasa que él... eso es lo que a veces me pregunto. Si tengo tanto valor para quitarlo a él, ¿por qué no tengo ese valor para quitarme yo? Yo lo he quitado a él de la aguja, lo he quitado de prostituirse... pero yo eso no consigo dejarlo.

P: ¿Y tú que explicación le das, a esto?

R: Yo no lo sé. Es que, a veces, o me gusta la marcha, de verdad, me sabe raro decirlo... o soy masoca, o me gusta la marcha. O no quiero dejar este mundo. Porque otra explicación no le doy.

(Alba, Catalunya, 185, Trabajadora sexual gitana, 45 años)

En cuanto a las **Mujeres gitanas**, las formas bajo las cuales manifiestan su disidencia se expresan fundamentalmente bajo fórmulas de liberación. **La libertad** es uno de los valores por los que se rigen, pero en este caso, libertad entendida para el Pueblo Gitano en general. La historia del Pueblo Gitano es una historia marcada por la lucha por su reconocimiento social de su cultura. De modo que esta libertad la sienten como una condición natural. Sin embargo, es una noción de libertad conflictiva ya que no se traduce de igual manera al control impuesto a las mujeres a través de la figura del marido.

No obstante, una cuestión que contrasta y resulta contradictorio el control impuesto a las mujeres de su Pueblo, que en la mayor parte de los casos se encuentra relegada a un plano de sumisión, servicio y obediencia (Montañés Álvarez, 2011).

Otro aspecto fundamental en la cultura gitana que la define y le da identidad es **la honra**, la cual se mantiene llevando a cabo diversas acciones y pautas de comportamiento, pero fundamentalmente y el más significativo es el matrimonio, donde confluyen todos sus valores. En la siguiente cita literal, una de nuestras participantes de etnia gitana, Mercedes, hace alusión a ambos conceptos: «Me quitaron mi honra. Con doce años me casé por los gitanos, pero si a mí no me hubieran casado tan joven, yo podía tener más estudios, ahora podría estar mejor en un trabajo. Ahora podría estar a lo mejor, mejor. A mí con la boda gitana me casaron y me destrozaron, porque yo tenía

ganas de ir al instituto. Es que yo estaba yendo al instituto, quería hacer mi bachillerato, mi ESO. Todo lo que te tienes que sacar» (Mercedes, Andalucía, 420, Mujer gitana, 45 años).

El malestar que Mercedes reúne en su interior procede de haber sentido la supervisión de su marido y una falta de libertad. La retirada de la honra se produce cuando Mercedes decide transgredir y consumir.

El matrimonio supuso para ella una institución represiva de la que, cuando se desmarcó, tuvo que enfrentarse al repudio y rechazo de su familia por el desprestigio. No debemos ignorar el bajo nivel educativo de la participante puesto que, tal como veremos más adelante la información y el nivel educativo funcionan como factor de protección ante factores de riesgo. En otro momento de la entrevista, la participante narra que la primera vez que consumió *crack* desconocía lo que era:

“ Ahora la coca ya te digo, me... Me metí un día porque me dijo uno, «la pipa». Y yo «¿eso que es, una pipa?» Y él dijo: «te va a gustar». Digo «bueno, venga, vamos. Cuidado». ¡Coño si me va a gustar! Que ha sido el *engancherío*, que dejé la plata por eso» (Mercedes, Andalucía, 420, Mujer gitana, 45 años).

Las personas profesionales que hemos entrevistado apuntan a la poca frecuencia con la que las **Mujeres gitanas** acuden a los recursos. Esto presenta múltiples implicaciones para su salud porque, tal y como expresa la trabajadora social de la cita que presentamos a continuación, cuando lo acuden lo hacen en un estado de máxima necesidad sin ningún tipo de apoyo:

“ Se dan casos, pocos, no muchos, pero sí que se dan casos [de mujeres gitanas que acudan a los recursos]. Y los casos que se dan pues al final...que de hecho alguna mujer tenemos ahora mismo tienen un desarraigo total hacia la comunidad [...] como dicen ellos, «la tiramos» (Trabajadora social, Asturias, 431, Mar de Niebla).

Durante los últimos años, las **Mujeres gitanas** han levantado la voz reclamando una mayor libertad en el marco de su comunidad. Cada vez son más quienes declaran no seguir estrictamente la Ley Gitana y se desmarcan de los valores tan estrictos. **La edad es una variable importante que diferencia a las generaciones de gitanas**. Las gitanas jóvenes desafían normas como los matrimonios concertados y se emparejan con hombres que no necesariamente son de etnia gitana. En cambio, en las trayectorias vitales de gitanas de edades más adultas es más común encontrar la permanencia de algunos valores o prácticas que actualmente no parecen darse con tanta frecuencia, como «la venta» de la mujer a otro hombre. A continuación, introducimos una serie de citas literales que dan cuenta de este fenómeno:

“ Mi marido me vendió a otro tío. Nos fuimos un día de marcha, como se suele decir, y me vendió a un tío por veinticinco mil pesetas, el desgraciado: «yo te doy veinticinco mil pesetas y tú te quedas con mi mujer y mi hijo». El tío este me encerraba en una cabaña con candado, me pegaba unos palizones que perdía el conocimiento, delante de mi hijo me puso una pistola en la cabeza. Yo creo que con todo lo que he pasado y estoy pasando, bendita la moral que tengo (Alba, Catalunya, 185, Trabajadora sexual gitana, 45 años).

“ Pos mira, con el primero que me casé, me escapé con trece años. Ese no me había pegado nunca, pero lo pillé con mi mejor amiga en la cama y lo tuve que dejar. Está embarazada de seis meses. Con el segundo, pues el segundo me vendió. [...] En un prostíbulo, a unos gitanos. Y después de aquello, pues... todo ha venido mal. Yo suponía que nos íbamos de viaje y al llegar allí me encontré que había hecho... se había hecho un trato con un gitano para venderme y entonces fue cuando empecé a prostituirme. (Rocío, Aragón, 417, Mujer gitana, 41 años).

Ante la disidencia, la familia puede optar por apoyar a la mujer o bien por rechazar y expulsarla del núcleo comunitario. Los conflictos y el aumento de los riesgos emergen en aquellas familias que optan por la deshonor y la expulsión. Ante este escenario, **la ruptura con los mandatos de género y los valores específicos de la comunidad gitana sitúan a las mujeres gitanas en una situación de potencial riesgo que aumenta las probabilidades de abusar de las drogas.**

En la siguiente intervención, Julia, mujer gitana y madre, apunta a la expulsión que sufrió por parte de su familia por ser consumidora. Finalmente, acabó asumiendo esta posición y termino por ser ella quien optase por aislarse. El perfil de Julia encaja con el subgrupo de mujeres pertenecientes a minorías étnicas que carecen de apoyo social, y por lo tanto en peores condiciones de salud física y mental.

“ **P:** Tus hijos. ¿Los has criado tú?

R: No los cría mi gente, la verdad. Por eso mi hija me dice «Mira, mamá, tú no me has podido cuidar. Porque sabemos que estás en la droga». Digo, pero te voy a decir una cosa «lo bueno que has tenido, que no nos has separado a ninguno».

P: ¿Y no tienes buena relación o qué?

R: Ninguna. Porque mis hermanos, mis hermanas y mi madre...

P: Los ha criado la comunidad gitana.

R: Exactamente. Y le hablan malamente de mí. Han dicho cosas que son verdades de que yo estoy enganchada a las drogas. Pero después me he ido, la verdad. (Julia, Andalucía, 421, Mujer gitana, 58 años)

Tal como hemos podido comprobar a lo largo de este capítulo, las mujeres han roto, de un modo u otro, con los mandatos de género impuestos. Esta ruptura ha provocado un proceso de estigmatización del conjunto de la sociedad, y al mismo tiempo, una autoexpulsión hacia los márgenes. La integración del estigma social en la construcción psicosocial de sus identidades tiene como resultado identidades y posiciones sociales que actúan conforme a ello.

5.3 LA CONSTRUCCIÓN MERCANTIL DE LA COMUNIDAD LGTBIQ+

La homosexualidad ha estado hegemonícamente asociada a atributos de la feminidad como «la sensibilidad», «el cuidado» o la «fragilidad» conceptualizados como negativos en los hombres. No obstante, estos hombres se han desarrollado bajo disciplinas y modelos educativos patriarcales que sancionan dichas conductas y valoran aquellas asociadas a la masculinidad, como «la dominación», «la violencia» o «el éxito». Durante las prácticas *chemsex* todos estos atributos se ponen en circulación, reforzados por las propias sustancias: el uso de viágras para aumentar la duración y el tiempo, empleo de ketamina para poder facilitar prácticas como el *fisting*, o *poppers* para favorecer el sexo anal. Este tipo de prácticas están conceptualizadas desde una mirada dicotómica y moralista que posiciona este tipo de sexo como de riesgo o perverso.

La construcción de la identidad bajo atributos negativos influye en el desarrollo personal, en la sexualidad, en las formas de relacionarse con el resto. Atributos como la **promiscuidad**, por ejemplo, se valora positivamente en el hombre heterosexual en cambio se atribuye, desde una mirada estigmatizante y sancionadora, a las personas del colectivo LGTBIQ+ en tanto personas desviadas y portadoras de enfermedades de transmisión sexual. A un hombre se le valora por la cantidad de sexo que tiene porque simboliza hombría y dominación. Frente a esto, la misma cualidad se valora socialmente de forma negativa en las mujeres. Desde los estudios feministas y de género, así como desde la antropología y la sociología con perspectiva de género, se señala el imaginario social conservador como causante de esta divergencia. Si no se ha obtenido la identidad de hombre heterosexual, mantener relaciones sexuales con múltiples personas, o ser directamente promiscuo o promiscua, está vinculado con otras situaciones. Por ejemplo, ejercer trabajo sexual en el caso de las mujeres, o ser «vicioso» o tener VIH en el caso de los hombres gay, todos ellos componentes estigmatizantes de la construcción de la identidad. A los hombres heterosexuales, en cambio, no se les atribuirán dichas características. Brevemente mencionamos algunos de los modelos teóricos contextuales que explican el fenómeno del *chemsex* y su relación con la adicción a las drogas.

- Desde la **teoría del estrés de minoría**, (Meyer; 1995). Según esta teoría, la condición de minoría sexual supone una mayor probabilidad de vivir y experimentar estresores tales como el estigma, el prejuicio y la discriminación. Esto tendrían un impacto en la salud mental. En este contexto, el uso de sustancias podría ser utilizado como estrategia de afrontamiento frente al estrés producido por una situación de estigma y discriminación
- Desde la **teoría de la sindemia**. Merrill Singer (2009 citando en Gallardo Escalpez. I, 2023:40) y conceptualiza las sindemia como la combinación de dos o más enfermedades, o condiciones de salud, en una población específica. Desde estas perspectivas y dada la gran concentración de factores sindémicos en las personas que practican *chemsex*, se podrían considerar las múltiples discriminaciones sufridas (tales como orientación sexual o serofobia por diagnóstico

de VIH) como factores que pueden afectar a la salud física y mental de las personas, incluyendo el consumo problemático de sustancias en un contexto sexual.

Desde Episteme nos alejamos de estos modelos teóricos por varias razones: La primera de ellas, porque lo consideramos escasamente robusto y correlacional, ya que establece una relación causal entre grupos sociales estigmatizados y conductas desviadas. La población cis heterosexual también se enfrenta a factores de riesgo estructurales determinadas por la pobreza. Resulta ingenuo relacionar el consumo recreativo de drogas con la homofobia. Existen múltiples motivaciones para el consumo (Íncera *et al.*, 2022), no todas ellas negativas, que van más allá de las violencias estructurales. La segunda razón, es la óptica estigmatizante que condiciona y simplifica el abordaje de la prevención desde una posición medicalizada. Nuestra postura se fundamenta en el **marco teórico de la prevención de riesgos** que construye el chemsex desde una postura antiestigmatizante dándole prioridad a la significación simbólica que tiene el sujeto sobre sus prácticas. Es el sujeto quien tiene que identificar los elementos que experimenta como negativos.

No obstante, los obstáculos que enfrentan para la construcción de su identidad desaparecen en el momento en el que entran en contacto con el grupo de iguales. La pertenencia a una comunidad desde la cual se construyen, en tanto que «otredad» con el resto de la población ajena a sus códigos, facilita canales para liberación y abre las puertas a un escenario de experimentación sin precedentes. El mercado del ocio ha sabido adaptarse a «los nuevos consumidores» y satisfacer sus «necesidades» promoviendo un mercado centrado en el sexo y la liberación. Por ejemplo, en los últimos años han proliferado saunas, eventos y locales dirigidos a hombres gais en los que se fomenta una hipersexualización del cuerpo y se alimenta la masculinidad homosexual estereotipada.

Las estrategias de marketing han tratado de capitalizar las consignas políticas de la comunidad LGTBQ+ y se ha diseñado un mercado y un ocio específico: barrios LGTBQ+ *friendly*, bares para la comunidad, la fiesta del Día del Orgullo, entre otros ejemplos. Es necesario admitir que el mercado ha favorecido la visibilidad de la diversidad sexual y de género. Sin embargo, esta conquista entraña unos riesgos que ya ha sido advertida por numerosos autores (Bell y Binnie, 2000 citado en Castaño y Hernández, 2019) bajo el nombre de «capitalismo rosa» (*pink market*).

Uno de los principales riesgos que se desprenden **del efecto de la construcción mercantil de la comunidad LGTBQ+ provoca la homogeneización del colectivo alrededor de aquellos cuya posición económica es más ventajosa**. Esta homogeneización del colectivo ha tenido como consecuencia la expulsión simbólica y material de quienes tienen menos capacidad de consumo, que suelen ser los hombres en situación de precariedad y personas racializadas. Esta cuestión la recuperaremos más adelante, en el capítulo siete cuando retomemos los procesos migratorios y el desarraigo con factores de riesgo.

De acuerdo con el planteamiento de partida, Ramón, detecta que su práctica de chemsex comienza a ser problemática en el momento en el que impide un correcto desarrollo de sus funciones productivas y reproductas.

“ P Sí, influyó básicamente, pues que me liaba casi cada fin de semana. Y claro, dejaba de ver a mis amigos, dejaba de estar más en casa, dejaba muchas cosas por hacer... y vi que esto era, pues un problema claro. [...] Hay un punto donde uno se da cuenta que estás ya, que estás en esta espiral. Claro, yo me di cuenta cuando ya no me acordaba de la última vez que había tenido el sexo sin tomar drogas. Pues todo esto cuando he dejado, por ejemplo, ir al trabajo, pues faltar algún día al trabajo, porque había estado de *chemsex* y no podía ir a trabajar. Pues claro que todo esto influye. Y esas son áreas que no quiero que no influyan. (Ramón, Catalunya, 268, Chemsex, 25 años)

Esta construcción mercantilizada de la identidad acarrea problemas sobretodo de índole social. En primer lugar, el culto y la hipersexualización de los cuerpos estrictamente normativos y el ocio reducido al consumo puede derivar en la sensación de vidas vacías ante determinadas situaciones de soledad o de bajón de la droga. Por otro lado, erróneamente se tiende a asociar la homogeneidad del colectivo en el hombre de mediana igualdad, europeo y bien posicionado económicamente. Una imagen que no se corresponde con un colectivo nutridamente amplio y diverso.

06.

INICIOS Y PROCESOS EN EL CONSUMO HACIA LA ADICCIÓN

6.1 Procesos de socialización: el grupo de iguales, riesgos y placeres.

6.2. Proceso romántico, la influencia de la pareja sentimental y la violencia de género.

6. INICIOS Y PROCESOS EN EL CONSUMO HACIA LA ADICCIÓN

La representación social de las personas con problemas de consumo y clase social desfavorecida está más estigmatizada y castigada que la de las personas de clase social favorecida con la misma dificultad. (Cantos Vicent, 2020). Una idea que resulta transversal al análisis es que la posición socioeconómica, la clase social, es determinante a la hora de definir el proceso de exclusión o inclusión de la persona drogodependiente. Adoptar esta lectura subcultural en el análisis de estas sustancias nos reporta dos beneficios:

- El primero, nos aleja del posicionamiento clínico, sino que nos permite entender la diversidad de significados que giran alrededor del uso de ambas sustancias.
- El segundo beneficio es, visibilizar la capacidad de autogestión de las personas que consumen o bien la pérdida de control (Llort Suárez, 2018: 62).

Ahora bien, ¿qué entendemos por «pérdida de control»? Becker (2009) acudía a la **«Teoría de la desviación social»** para contrastar la teoría de los procesos de etiquetación o etiquetamiento que han sido tradicional y sistemáticamente aplicados a consumidores de drogas ilegales. En palabras de Llort (2016) esta posición teórica «reafirma la idea de que la realidad social no nos viene dada, sino que se construye y, por tanto, la desviación no puede atribuirse a la cualidad o cualidades de una o varias personas, sino que viene preconstituida por un conjunto de definiciones elaboradas por los estamentos sociales dominantes o hegemónicos. Desde esta línea teórica se pretende cuestionar o problematizar el vigente *status quo* normativo del fenómeno de uso de drogas a nivel formal, teniendo en cuenta que dentro de esta categoría encontraremos los aspectos legales, médicos y de control social, principalmente». En la Tabla 11 mostramos una clasificación del tipo de sustancia según los perfiles sociales de nuestra población objeto de estudio.

6.1 PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN: EL GRUPO DE IGUALES, RIESGOS Y PLACERES.

El marco teórico que sustenta los **itinerarios farmacológicos** se basa en la teoría de las subculturas de los consumos de drogas. Esta perspectiva sostiene que el consumo de drogas está influenciado por factores sociales, culturales y económicos, así como por la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias. Además, este enfoque también considera que el consumo de drogas se desarrolla a lo largo de una serie de etapas, incluyendo la iniciación, la regulación, la consolidación y la desviación. Cada etapa está asociada con patrones específicos de consumo de drogas, así como con factores de riesgo y protección que influyen en el comportamiento de la persona consumidora (Episteme, 2022). Según Clua (2018), los itinerarios farmacológicos «se refieren a las distintas fases del proceso del consumo, desde el inicio del consumo hasta la finalización o mantenimiento de este».

Estos itinerarios pueden variar significativamente dependiendo del tipo de droga que se consume, la frecuencia y duración del consumo y el contexto social y cultural en el que se realiza. Este mismo autor destaca que el consumo de drogas ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, con un aumento del consumo de cannabis y la aparición de NSP (nuevas sustancias psicoactivas) diseñadas para imitar los efectos de drogas ilegales.

Ahora bien, tan importante es qué se consume como con quién se consume. La **presión del grupo de iguales** juega un papel determinante en los primeros consumos durante la juventud. Durante la fase de formación de la identidad la pertenencia a la comunidad y la validación en el seno de esta es un componente muy importante. Este punto de vista pone el énfasis en las posibilidades de ruptura de límites y éxtasis rituales, el rechazo de las convenciones y la liberación del individuo, sin impedimentos para su satisfacción. Algunos autores como Calafat (2000) aseguran que «los motivos para iniciarse en el consumo son muy similares entre varones y mujeres: ir y aguantar la fiesta, la buena fama del «éxtasis», trabajar de noche o evadirse de problemas». Al final, nunca se puede dejar de lado el motivo más sencillo y directo, y según Romo (2004), el más importante: la búsqueda de placer y diversión (Pérez Gómez y Correa Muñoz, 2011: 213). No debemos desprestigiar esta visión, ni tampoco cualificarla simplemente como hedonista. La búsqueda de placer es una característica intrínseca del ser humano y, en la mayor parte de consumos, estos no pasarán de la experimentación y la búsqueda de nuevas experiencias. Entendemos el placer siguiendo la tradición de Foucault, Kane Race caracteriza **el placer como una práctica social** en la que se adquieren sentidos y se despliega un proceso de interacción social a partir del cual se aprende a disfrutar de determinados aspectos de la droga:

“ El placer es un evento que se basa en ciertas prácticas pedagógicas y disposiciones técnicas, en las que se aprende no sólo la manera de identificar y experimentar ciertos efectos, sino también los marcos para apreciar y moderarlos: cómo llevar a cabo la práctica para alcanzar determinados estados deseables. Aquí, el placer no es un impulso instintivo, a la espera de expresión y liberación, sino el medio de un proceso de aprendizaje en el que se adquieren nuevas técnicas y procedimientos (Race, 2008: 420).

En este sentido, el grupo de iguales supone un importante apoyo en el proceso de búsqueda de identidad por parte de los y las adolescentes. Por un lado, proporciona una serie de ventajas que van a facilitar la transición hacia el mundo adulto; proporciona apoyo y seguridad y facilita la separación de las familias. También aporta unos ideales, intereses y valores, y presta una «identidad transitoria» que apoya a un yo todavía frágil (Herrero Yuste, 2003: 8).

En lo que respecta a las sustancias y la edad media de inicio en el consumo, según los datos oficiales más recientes, se sitúa entre los dieciséis y dieciocho años. El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana y el cannabis respecto a las drogas ilegales. En función del sexo, se aprecia que son los hombres quienes comienzan a consumir antes las sustancias psicoactivas y además registran prevalencias más altas en alcohol, tabaco, cannabis y cocaína (EDADES, 2022). Este tipo de consumo está estrechamente asociado a los contextos de ocio y recreativos. Emergen conceptos como «la curiosidad», «el interés» o «la experiencia compartida». Queremos destacar aquí una interesante reflexión que realiza Òscar Parés (2013) en torno a la fiesta y el moralismo que hay en torno a ella; parafraseando al autor, la idea sobre la que incide básicamente refiere a que «la fiesta» reúne propiedades constructivas y destructivas, florecen relaciones y nuevas formas de socialización a la vez que se insinúa constantemente la fragilidad del mismo.

La fiesta, según el antropólogo Manuel Delgado, «sirve para que florezca durante unos instantes aquello que está latente, la parte oculta del orden social, el que se intuye en potencia, el que es temido y/o anhelado, lo que de alguna forma sabemos que está allí fundando y negando el aquello cotidiano» (Delgado, 2003 citado en Parés, 2013). Para los **hombres gais y los hombres que**

“ P: ¿En qué contexto normalmente utilizabas esa sustancia?

R: Contextos lúdicos, sociales. La primera vez fue en Ámsterdam

P: ¿Y cómo fue tu experiencia?

R: Pues fue como iniciática [...] descubrir otra manera de relacionarme con la comunidad gay y con el sexo también. Fue muy técnico, en el sentido de que en Centroeuropa son muy técnicos en todo esto, ¿no? [...] De repente conocí a un señor que tenía un *playroom* con todo tipo de utensilios y juguetes y tecnologías sexuales que yo desconocía. Y él me inició en todo eso. Entonces, por eso digo lo de técnico. Que fue, fue muy, muy técnico, bastante controlado y con bastante conciencia. Y muy, fue como bastante didáctico [sic] mi relación con este señor en concreto (Sixto, Catalunya, 95, *Chemsex*, 43 años).

practican sexo con otros hombres en contextos de *chemsex*, la fiesta es el ecosistema ideal para liberarse y reivindicarse a sí mismos. Parés, continúa el planteamiento de Delgado diciendo: «la fiesta y el placer tienen un potencial subversivo. Por eso, el poder institucionaliza, controla, administra, regula o prohíbe los canales de acceso al placer» (Parés, 2013: 86).

El testimonio de Sixto resulta pertinente porque señala la información y el conocimiento como factores de protección que marcaron su experiencia durante su adolescencia. Una toma de contacto con las drogas y las relaciones sexuales fuera del imaginario normativo que estuvieron libre de riesgos. Tal como expresa, la posibilidad de contar con una persona con conocimiento que le orientase en su proceso de iniciación y le ofreciese herramientas de conocimiento y autoconocimiento le permitieron explorar sin temor al riesgo, capacitándose a sí mismo en la interposición de límites de forma consciente.

La construcción simbólica de la sexualidad y las drogas de los países centroeuropeos, como bien indica el entrevistado, se aleja de los juicios morales aun imperantes en la sociedad española. Esta realidad evidencia el potencial que tienen las políticas basadas en la prevención de riesgos en las que facilitar información y capacitar a las personas en sus decisiones autónomas es una pieza fundamental para evitar futuros daños y conductas compulsivas. Las presiones del género, tanto para las mujeres, —de las cuales se espera complacencia— como para los hombres del colectivo LGTBIQ+, —educados bajo patrones masculinos de competitividad y aceptación del riesgo— la interposición de límites se plantea como un gran reto ante la presión del grupo de iguales.

Como parte del mismo proceso del desarrollo y evolución del consumo se abre camino una **actitud individualista**, quien pone su propio placer y disfrute por delante de la colectividad. El desarrollo del consumo se bosqueja como la marcha hacia una mayor individualización centrada en el goce y despliegue sensible de lo humano. Bajo esta perspectiva, el hedonismo universal se presenta como una filosofía que permitiría la mayor felicidad para el mayor número de personas.

Este individualismo lo vemos proyectado en algunas de las vivencias como la del siguiente participante, quien identificaba que él mismo se ha encontrado en situaciones en las que ha ejercido violencia: «ignorar a mi pareja en un club de sexo, por ejemplo, o en una sauna. Por el hecho de que prefiero follar con otros que con él estando colocado» (Sixto, Catalunya, 65, *Chemsex*, 43 años). En su caso, vemos en su acción una reproducción de los mandatos de género asociados a la masculinidad y la relación con el sexo. Estos son: la priorización de la cantidad frente a la calidad, la falta de cuidados y responsabilidad afectiva durante las relaciones sexoafectivas. Estas conductas corren el riesgo de inducir al desarrollo de problemas y conflictos con las relaciones de proximidad. Bajo la lógica de la reducción de riesgos desde una perspectiva de género, vemos necesario cambiar la mirada de análisis. Esto significa no imputar a la sustancia la causa de las conductas individualistas, sino a los roles y conductas inherentes a los mandatos de género.

Tanto hombres como mujeres buscan la evasión y el placer a través del uso de drogas.

El análisis de sus discursos ofrece clasificaciones de las categorías que resultan transversales

mientras que muchas otras presentan claras diferencias atravesadas por un componente de género. ¿Qué sensaciones buscan las mujeres diferentes a los hombres? ¿De qué se evaden las mujeres y de qué se evaden los hombres? En las próximas líneas recorreremos los diferentes procesos que han experimentado nuestras participantes, identificando aquellos elementos ocultos que operan y tambalean la balanza de la búsqueda de placeres hacia la evasión de malestares. De la aceptación del riesgo en busca del placer y qué factores favorecen la aparición del daño.

Las personas que se sienten atraídas por esta forma de vida a menudo buscan sentirse rebeldes y diferentes, experimentar nuevas sensaciones y sentirse aceptadas y queridas por su pareja. **Resulta revelador cómo subyace una mirada sesgada hacia la explicación de este proceso, ya que generalmente la distribución de roles atribuye a la mujer como parte influenciada e influenciable ante el estilo de vida de sus parejas varones, pero no a la inversa.** El sistema de valores patriarcales sitúa a la mujer en una posición de obediencia con una **escasa capacidad negociadora** y de autoafirmación lo que termina provocando que, en determinadas situaciones, cuando se tiene confianza y emociones hacia la pareja los límites del riesgo terminen cediendo ante sus deseos y peticiones.

En este sentido, introducimos aquí una **perspectiva interseccional que despatologiza a las mujeres consumidoras** tras el análisis de cómo se presentan en sus propios relatos. Relatos que, además, se sitúan en contextos muy particulares, con sus propios significados. Para ello hemos tomado el caso de Aurora, una mujer valenciana nacida a principios de los años setenta, cuya adolescencia y juventud se sitúa a finales de los ochenta. La participante reunía otros elementos condicionantes: un padre ausente, una madre enferma y la importancia que tuvo el grupo de iguales en su juventud. Durante esta época, Valencia atravesaba una época de auge musical y extensión del ocio nocturno, despectivamente nombrada por los medios de comunicación como «la ruta del Bacalao» en torno a la cual se congregó una gran subcultura.

El contexto sociopolítico de aquella época estaba marcado por un cambio de gobierno que parecía suponer un antes y un después en el sistema político español, el territorio levantino aún se basaba en una economía eminentemente agraria y las aspiraciones juveniles de progreso estaban reservadas para las clases más capitalizadas. ¿Cuál fue la respuesta ante la incertidumbre? La búsqueda de la identidad, la pertenencia a una comunidad y la necesidad de evasión y placer. La subcultura que se concentró alrededor de este fenómeno trajo numerosos significados a la relación ente la noche, la fiesta, las drogas y la música. Aurora experimentó aquella época, que recuerda con nostalgia:

“ Yo me iba de fiesta iba al Tibi, a Chocolate a todos estos sitios. Nos íbamos a Espiral a mediodía, perdón, por la tarde. Venía un autobús desde Cánovas [...] y nos íbamos todos los sábados por la tarde. Y por la noche ya coincidíamos con amigos que llevaban un coche, que éramos mayores que nosotras. Y con ellos nos íbamos la mar de bien (Aurora, Comunidad Valenciana, 402, Trabajadora sexual, 51 años).

La presencia de drogas en las discotecas era una cuestión normalizada y compartida. La finalidad era explorar y liberarse en un momento de evasión. La Ruta del Bacalao se asoció al consumo de pastillas, aunque también se consumieron muchas otras sustancias. Sirve como ejemplo el consumo de éxtasis, que se conocía como las «mescas» cuya composición se pensaba que era de mezcalina, pero era realmente era MDMA (Caparrós *et al.*, 2013).

“ Y luego los éxtasis a cinco mil cuando salieron, que ya no había mezcalina, fue una barbaridad. Bueno, pues mi amiga y yo nos notábamos... ¡uy! Un subidón [...] Nunca me había sentido igual y lo veía todo de lujo, todo estaba bien, todo era perfecto. Mi amiga «otras Aurora que guapa». (Aurora, Comunidad Valenciana, 402, Trabajadora sexual, 51 años).

El consumo de drogas simbolizaba un momento de **liberación sensorial a través de sustancias químicas**. Ahora bien, el punto de inflexión que se produce en la vida de Aurora presenta relación con la influencia de la pareja afectiva del momento, con la que empieza a fumar heroína para reducir los excesos del éxtasis durante la noche: «Él era DJ y ya estaba tonteando con sus amiguitos para la bajada ¿vale? Consumir para bajar» (Aurora, Comunidad Valenciana, 402, Trabajadora sexual, 51 años). A partir de entonces, la participante desarrolló un policonsumo. El punto de inflexión vino con el cambio de vía de consumo de la cocaína, en el momento en el que la vía inhalada se sustituye por la vía fumada y culminó en la adicción a la base. Ahora bien, desde el discurso contextualizado, la postura inicial sobre el riesgo es prácticamente inexistente, y no sirve como referencia a la hora de actuar. No se detecta en sus palabras una consciencia de los daños porque aquellas drogas formaban parte del contexto de ocio y social. En aquel entonces, la interiorización de las normas grupales, sociales en general, respecto a los consumos de drogas tiene mucho que ver con la propia interiorización del rol social asignado a una persona joven. Rodríguez San Julián (2013:117) apunta que «las expectativas colectivas sobre la identidad juvenil no sólo modulan lo que el conjunto de la sociedad espera que sea un o una joven, sino que también perfila lo que los propios jóvenes esperan de sí mismos y de sus iguales». De modo que la ausencia de elementos de protección en el desarrollo vital de Aurora determinó que los riesgos fuesen superados por los daños.

Nos desplazamos ahora a los discursos de los **hombres gais que realizan chemsex**. La literatura coincide en la complejidad a la hora de establecer relaciones causales entre las emociones y el *chemsex*. No queda claro que la experimentación de ansiedad o depresión sea producto del *chemsex* y las propias prácticas, o por los juicios de valor que se emiten sistemáticamente sobre los sujetos y sus preferencias sexuales (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016; Gallardo Escalpez, 2023). En la siguiente cita literal, el discurso de José se inscribe en la perspectiva hegemónica desde planteamientos clínicos, de los cuales se desprende una alta carga patológica. José, un hombre migrante de origen venezolano relata el progresivo camino que siguió hasta la cristalización de su adicción y la consolidación en lo que él refiere como «su adicción y su propia conducta».

“ Para cada persona el problema es distinto [...]. Todo depende de cómo tú seas también porque vamos a tener claro que también el ser adicto es una conducta. ¿Sabes? Entonces tú puedes ser adicto al chocolate, como puede ser adicto al azúcar, puede ser adicto al cigarro, puede hacer cualquier cosa. Y ya teniendo un patrón y ya tú sabes que es así. Debes ser consciente de ello, cosa que yo no lo era tampoco. Porque, claro, yo me di cuenta de que era adicto cuando estaba con la cuestión del *chemsex*. Pero [...] tú no recibes como una especie de saber exactamente qué es lo que estaban haciendo. Y, por eso [...] si no lo sabes, pues nada, tú haz lo que te que te de felicidad. Bueno, así como te vas a los amigos, bueno, te vas a drogar, ya está. ¿Por qué? Porque no piensas que vas a caer en ello... ¡Ah! pero si a él no le ha pasado nada. Y ahora estás solo. Entonces, evidentemente [...] empiezas a evadirte de la soledad para estar mejor y ¿se consigue? Claro que se consigue, pero se consigue momentáneamente y atacando el problema que tú [referencia al entrevistador] también me estás diciendo, que es saber estar solo (José, Catalunya, 269, *Chemsex*, 39 años).

El participante sitúa la problemática en «la repetición de un patrón». Es decir, reconoce el riesgo y lo sitúa en la conversión del *chemsex* en un hábito, instalado en su práctica cotidiana. En su intervención, José reflexiona en torno a una cuestión muy importante, **la soledad**. Una sensación y un estado que trató de remediar mediante el *chemsex*. La migración y el duelo son factores de riesgo con potencial de catalizar el consumo. En este sentido, cuando el entrevistado se refiere a la soledad no lo hace como una cuestión previa, sino que lo sitúa en un sentimiento derivado y subyacente del que adquiere consciencia posteriormente. Las relaciones que construyó giraban en torno al *chemsex* de modo que equiparaba la amistad con el consumo de drogas.

Otra cuestión a la que apunta y no pasa desapercibida es la influencia del resto de iguales ante su falta de conocimiento y la baja percepción del riesgo que le lleva a tomar decisiones sin ningún tipo de herramienta.

Por último, el participante apunta a la necesidad de aprender a estar solo como parte del trabajo personal. Por otro lado, señala a Es decir, en lugar de apuntar a una gestión equilibrada lo plantea en términos el comportamiento deseable de los hombres homosexuales se penaliza socialmente cuando éste se aproxima a los comportamientos negativamente vinculados a la feminidad.

A continuación, como contrapunto, incorporamos un fragmento de la entrevista con Ramón, un joven de veinticinco años que atravesó una temporada de cuatro años sumergido en prácticas de *chemsex*. Su relato nos ofrece las claves para entender una buena gestión del riesgo que no desprecia el placer:

“ Yo el *chemsex* lo tengo como algo secundario, es algo que sí que quiero hacer de vez en cuando, pero de una manera controlada y que no me influya [...] en mis otras cosas que tengo en mi vida, la verdad [...]. [Antes me] influyó [en que] me liaba casi cada fin de semana [...] dejaba de ver a mis amigos, dejaba de estar más en casa, dejaba muchas cosas por hacer y vi que esto era, pues un problema claro [...]. Hay un punto donde uno se da cuenta que [...] estás en esta espiral. Claro, yo me di cuenta cuando ya no me acordaba de la última vez que había tenido el sexo sin tomar drogas (Ramón, Catalunya, 268, *Chemsex*, 25 años).

Una adecuada gestión del riesgo puede marcar la diferencia en los tipos de consumo que se realiza. Tal como vemos, el entrevistado menciona una señal de alerta mediante la cual el consumo sostenido y prolongado empieza a socavar las bases de la normalización e integración al sistema, especialmente en lo que respecta al ámbito laboral y familiar.

La toma de conciencia de que podría resultar algo problemático se produce en el momento en el que el *chemsex* afecta a otros pilares de su vida: el trabajo, la familia o las amistades, estructuras formales e institucionalizadas que funcionan como factor de protección. La percepción del riesgo de ser expulsado de estas estructuras es lo que al participante le impulsa a reducir el *chemsex* y el uso de drogas. Martínez Oró (2015: 45) sostiene que permanecer normalizado implica respetar el discurso de la normalización. Solo así los consumos podrán mantenerse compatibles con las responsabilidades y estructuras de protección, inscritas en los patrones de la normalidad y del consumo aceptado.

“ Tengo amigos que consumen, veo los efectos, veo los efectos secundarios también. Por STOP también llegan muchos usuarios de metanfetamina, con muchos temas, muchos temas. Y el grado de adicción que produce me da miedo. O sea, problemas de gestión del consumo yo he tenido, pero creo que más que un problema de gestión del consumo o de adicción, era un problema de no querer parar. Qué bueno, que es un poco lo mismo (Sixto, Catalunya, 98, *Chemsex*, 43 años).

Queremos cerrar apuntando que las prácticas de *chemsex* trascienden lo puramente asociado con el abuso de sustancias. Esta forma de abordarlo devalúa las potencialidades liberadoras y sociales para el colectivo LGTBIQ+ en la exploración de su sexualidad e ignora aquellos condicionantes sociales asociados que efectivamente sí actúan como factor de riesgo detonante del abuso: la soledad, la situación migrante, la violencia o la pobreza. Limitarnos a posiciones clínicas niega todo

un contexto social que introduce las drogas como estrategia de afrontamiento. Es frente a esta dirección hacia la que debemos remar.

6.2 PROCESO ROMÁNTICO, LA INFLUENCIA DE LA PAREJA SENTIMENTAL Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DIFERENCIADOR

La adicción a las drogas puede empezar de muchas maneras, y una de las más comunes es a través de la influencia de la pareja, conocida como «proceso romántico». Este proceso se desencadena

“ Me marché a Barcelona, conocí al padre de mi hijo pequeño, y estaba metido en la heroína [...]. Me dijo que lo tenía que probar todo en esta vida, y yo digo: «si ya sé lo que es! Si yo sé lo que es, no me hace falta que lo pruebe...». Pero lo probé. Y pues ya se convirtió en... no en vicio, en necesidad (Eugenia, Aragón, 68, Ravers, 46 años)

cuando una persona entra en una relación con alguien que ya ha consumido drogas y se ve influenciada por su comportamiento y estilo de vida. El inicio del consumo de drogas por influencia de la pareja es un fenómeno que ocurre con frecuencia en las relaciones amorosas, especialmente en la adolescencia y la juventud (Episteme, 2022; 220). Esto ocurre principalmente en los inicios de la relación, momento clave para la experimentación en general que también se proyecta en las primeras sustancias en ambientes lúdicos y recreativos. La **influencia de la pareja masculina** en los primeros contactos con el uso de sustancias es muy explicativa en el proceso desencadenante de la adicción. Ahora bien, la «dependencia» de las mujeres a un varón y la retroalimentación del consumo en el marco de la pareja sentimental han sido premisas asumidas acríticamente, no sólo por el conjunto de la comunidad científica sino también por los informes de organismos internacionales (ONUDD, 2005). Este abordaje ha sido contrarrestado por diversas autoras feministas que intentan profundizar en las construcciones sociales de género para las mujeres por las cuales son más inclinadas hacia los otros y no tanto para sí mismas, quienes también han tenido en cuenta los contextos de privación tanto emocional como material en que se mueven (De Miguel Calvo, 2016: 5).

A continuación, mostramos a través de una Matriz de Análisis dos citas literales que contraponen dos experiencias vividas a través de un hombre que realiza **chemsex** y una mujer cuyo perfil social categorizamos como **Progenitora**. En ambos casos, es común compartir experiencias nuevas con la pareja sentimental ya que esta simboliza un entorno seguro y protector. No obstante, la **irrupción de la violencia de género** irrumpe en la vida de la entrevistada y se sitúa como en detonante en el que el consumo recreativo pasa a ser una estrategia de afrontamiento evasiva.

Tabla 7. Matriz de análisis de discursos y posiciones sociales.

Matriz de análisis de discursos y posiciones sociales	
Categoría	Inicio consumo en proceso romántico
Verbatims de sentido subjetivo	Pues empecé con los porros de hachís y marihuana, a los dieciséis. Y luego ya conocí todo el tema de las drogas químicas, <u>con mi primer novio</u>. Y empecé con el <i>speed</i> y con la coca y las pastillas de éxtasis a los veinte años» (Sixto, Catalunya, 95, <i>Chemsex</i>, 43 años). Me lo pasé muy bien, <u>hasta que me junté con un chico</u>, que fue el padre de mi segunda hija. Y nos juntábamos todos en casa, después de la fiesta, de los fines de semana, los domingos... (Julia, Aragón, 49, progenitores, 54 años).
Análisis	
La irrupción de la violencia de género desplaza el consumo lúdico hacia el consumo problemático.	

Sixto se inició en los consumos de una manera progresiva junto a su pareja. La trayectoria se alinea con las tendencias comúnmente seguidas y que no presentan riesgos agravantes. Además, el entrevistado reúne una serie de factores de protección que lo aleja del daño y un estilo de vida drogo-dependiente: cuenta con un trabajo y una rutina normalizada, participa activamente en una asociación de apoyo al colectivo LGTBIQ+ y tiene una pareja estable con quien practica *chemsex* esporádicamente.

Por su parte, la experiencia de Julia sigue el mismo proceso, aunque como veremos, presenta una serie de particularidades directamente vinculadas a su representación social de mujer. Julia identifica que sus primeras experiencias con las sustancias fueron en contextos lúdicos, pero que finalmente terminaron desembocando en una adicción. Julia marca el límite de una acción cuando sitúa en el momento culminante cuando conoció a su expareja. No obstante, si analizamos el contexto sociocultural en el que se desarrolla la participante, así como un conjunto de factores individuales, descubrimos dos elementos:

- El primero, **su juventud y adolescencia se situó en un momento histórico de la década de los ochenta marcado** por la expansión de las drogas y un elevado nivel de desconocimiento ante sus efectos.

“ Había algo en mi cabeza que claro... yo fui directamente y tiré que justamente que lo que era la Ruta del Bacalao allí, aquí en Zaragoza fue y seguía siendo, o acababa de ser, o lo estaba siendo... Llegué justo en el momento en el que empecé a conocer a gente, empecé a salir y otra vez: el *speed*, la mezcalina, los tripis, los éxtasis... Todo, todo (Julia, Aragón, 49, progenitores, 54 años).

- El segundo elemento tiene que ver con **una relación sentimental de maltrato con su pareja consumidora**. Se trata de un matiz en la intervención de la participante que permite situar el punto de inflexión que cataliza un consumo problemático. Antes de desarrollar su experiencia recreativa con las drogas, Julia puntualiza: «Había algo en mi cabeza que claro...». En otro momento de la entrevista, Julia manifestó haber experimentado situaciones de violencia machista con sucesivas parejas sentimentales. Como sujeto resulta difícil establecer e identificar una línea causal entre las experiencias de violencia y el desarrollo de una adicción.

Debemos partir de la asunción de que todas las mujeres que han desarrollado una adicción han atravesado o atraviesan situaciones de violencia de género. No obstante, aún existen limitaciones metodológicas a la hora de cuantificar y medir esta realidad. La [Macroencuesta de Violencia contra la mujer \(2019\)](#) es la herramienta de referencia con mayor alcance de la que disponemos, no obstante, no aborda el tema de las adicciones y es necesario consultar otros estudios, principalmente planteados desde enfoques cualitativos o que han empleado fuentes secundarias. Destacamos el [Informe de Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias de 2021](#). En nuestra base de datos, contamos con un total de ciento cincuenta y una mujeres, que representan un cuarenta y siete por ciento de nuestra muestra. **De este total el 80 y 4,7% ellas manifestó haber sufrido violencia de género (sexual, física y psicológica).**

La dependencia desarrollada hacia la pareja (económica, emocional o de consumo) es uno de los motivos por los cuales el consumo se cronifica y el tratamiento de deshabituación se abandona. Uno de los profesionales entrevistados nos ofreció su percepción al respecto: «los motivos por los cuales abandonan son muchas veces la vuelta con la persona maltratadora. No ven salida, no ven el futuro y llegan a un punto en que ya todo les da igual» (Trabajador social, 430, Madrid, CAID).

Al respecto, una de las participantes, Julia, apuntó a la presión que ejercía sobre ella el marido en la consolidación de su adicción. Cuando fue preguntada sobre el rol que ejercía él, Julia respondió lo siguiente: «Uh... Mucho. Porque cuando no quiero consumir, él está todo el día diciéndote veinticuatro horas «¡quiero fumar, quiero fumar, quiero fumar y quiero fumar!», y nadie sabe lo que es eso. Sentir el agobio, el estrés. Y sino pues... Te agrade, te insulta, te humilla» (Julia, Madrid, 196, Progenitora, 40 años).

En síntesis, hemos identificado una mayor presencia de discursos formulados desde la autoeficacia en varones consumidores que en mujeres drogodependientes. En ambos casos, los inicios parten de una intención recreativa y hedonista, no obstante, a lo largo de la experiencia vital de las mujeres se acumulan una serie de factores y experiencias que anulan su identidad como persona. Las posiciones sociales son cambiantes a lo largo de la trayectoria de consumo de las personas. Estas vienen delimitadas en función de la intensidad del consumo, a frecuencia y las

consecuencias (Martínez Oró, 2015). Cuando la gestión del riesgo cede ante esta espiral y el consumo se intensifica, pasamos a hablar de posiciones sociales problemáticas. Formada por los consumidores estigmatizados, porque sus consumos son incompatibles con las normas establecidas por el discurso de la normalización.

07.

APROXIMACIÓN AL ESTILO DE VIDA DROGODEPENDIENTE

7.1 La infravivienda y el
sinhogarismo encubierto

7.2. Procesos de
institucionalización penitenciaria

7.3 La migración y la precariedad
como puentes al trabajo sexual

7.4 El trabajo sexual como
facilitador del consumo

7.4.1 Enfoques y derechos

7.4.2 Estado de la cuestión:
adicción, pobreza y autoestigma

7. APROXIMACIÓN AL ESTILO DE VIDA DROGODEPENDIENTE

“ Sí, tenía una prestación, pero lo que pasa... la droga. Mierda, la verdad. Lo dejas pasar, te dan la cita, lo dejas pasar, te drogas toda la noche... ¿qué ganas vas a tener tú a las ocho treinta de meterte en una oficina? (Mercedes, Andalucía, 420, Mujer gitana, 45 años).

En el capítulo cuatro hemos abordado el consumo como un determinante en la sociedad y un potenciador de las diferencias de clase, etnia y género, dando lugar a una expulsión simbólica y material de quienes tienen menos capacidad de consumo. Por último, hemos expuesto la relación entre la pobreza y el desarrollo de conductas adictivas desde una perspectiva sociocultural. Hemos tomado en cuenta los factores de riesgo que entran en juego a lo largo de su desarrollo y la ruptura con los mandatos de género hegemónicamente planteados. En este sentido, en el capítulo cinco hemos delimitado la influencia que presenta la construcción del sistema sexo-género en las prácticas de consumo, así como las consecuencias diferenciales que se derivan. Finalmente, en el capítulo seis hemos presentado los distintos recorridos y momentos catalizadores de consumo que se producen entre los colectivos que son objeto de esta investigación.

Una vez realizado este trabajo previo, la intención de este capítulo es indagar y conocer los estilos de vida de las personas drogodependientes de poblaciones ocultas, es decir, caracterizar la forma en la que estas personas estructuran su día a día y dinamizan su espacio y tiempo, dotándole de su marca personal en un contexto sociocultural compartido con más personas.

Sin este análisis no habría sido posible comprender la diversidad existente entre los hábitos de consumo y la cotidianidad de la población oculta y disidente. Una necesidad que vemos acuciante diseñar mecanismos desde el ámbito de la intervención pública capaces de satisfacer sus necesidades. Unas necesidades que solamente seremos capaces de comprender si abandonamos perspectivas moralistas y adoptamos enfoques no estigmatizantes. A lo largo de este capítulo exploraremos cuatro ejes que consideramos condicionantes:

- **La situación de sinhogarismo:** las personas drogodependientes, especialmente las mujeres, que se encuentran en situación de calle atraviesan episodios de violencia y agresiones. Además, la vida en la calle conlleva una serie de implicaciones: enfermedades físicas, la falta de higiene o la incertidumbre.
- **Los procesos de institucionalización penitenciaria:** muchas de las personas drogodependientes entrevistadas han pasado periodos en la cárcel. En el caso de las Mujeres gitanas, la falta de estudios y la pobreza preexistente que atraviesa sus vidas las condena a la marginalidad. La imposibilidad de acceder a un trabajo normalizado, los valores socioculturales y la necesidad de mantener su consumo las lleva a la comisión de pequeños delitos.

Algunas de ellas han sufrido experiencias traumáticas en la cárcel y rehúsan de volver a delinquir, de modo que abren la puerta al trabajo sexual como medio para generar dinero.

- **La migración en contextos de pobreza:** las mujeres migrantes que hemos entrevistado entraron en situación de irregularidad administrativa, lo cual supone una barrera a la hora de encontrar un trabajo o acceder a una vivienda. Muchas de ellas, voluntariamente u obligadas por un hombre, entran a clubes nocturnos y comienzan en el trabajo sexual. La entrada en los clubes supone para muchas la entrada en contacto con las primeras sustancias.
- Para muchas personas, el **trabajo sexual** constituye la solución más inmediata para obtener dinero, que destinan a mantener su consumo y cubrir sus necesidades básicas. En muchos casos, la prostitución se convierte en una opción por una dosis o la necesidad de un techo.

Estos elementos se proyectan en las subjetividades y otras dimensiones sociales que configuran y modelan la cotidianidad de los individuos. La droga juega un papel determinante en su vida. La necesidad de consumir marca sus ritmos a lo largo del día y las estrategias que desarrollan evolucionan a lo largo del tiempo. La necesidad de consumir marca sus ritmos diarios, y las estrategias que desarrollan evolucionan con el tiempo. En su realidad, las drogas lo abarcan todo.

“ ¿La droga en mi vida? Es que es una manera de evadirte de las cosas y de los problemas y de muchos pensamientos, pero luego de lo que no nos damos cuenta es que luego tenemos dos problemas: el que teníamos, más el de la droga. Pero en el momento en que lo haces, no lo piensas. Eso lo piensas más tarde, pero bueno por lo menos si es para bien, mejor (Lourdes, Asturias, 406, Mujer, 43 años).

Si bien todas las recomendaciones médicas apuntan a cambiar el estilo de vida como paso previo a la adicción, esto no resultará posible si no se modifican todas las parcelas colindantes que sirven de factor de protección para evitar recaídas y procesos frustrados. La gran aportación de este capítulo será generar conocimiento en torno a aquellas esferas sobre las cuales, desde las instituciones públicas y los programas de atención sociosanitaria conviene actuar e incidir para impulsar cambios verdaderamente sustanciales que ayuden a crear las condiciones para mejorar la calidad de vida de la población drogodependiente.

7.1 LA INFRAVIVIENDA Y EL SINHOGARISMO ENCUBIERTO

Una vivienda digna y adecuada es, sin duda, el sustento fundamental – aunque no el único – de la vivencia de hogar a la que toda persona tiene derecho (Sonia Olea, Fundación FOESSA, 2012).

Iniciamos este capítulo situando el estado de la cuestión de la vivienda y el sinhogarismo en nuestro país. Esta problemática de gran actualidad se ha identificado como un factor de riesgo que cataliza el consumo y la adicción a las drogas mientras, al mismo tiempo, se ha trabajado para concienciar del gran factor de protección que supone para evitar los daños. La garantía de una vivienda digna a un precio asequible y en un entorno seguro es un derecho humano determinante en el desarrollo en condiciones de bienestar de una persona del cual deben responsabilizarse los estados. Asegurar que se cubra esta necesidad, con su potencial para aliviar la pobreza y la exclusión social, constituye todavía un reto considerable en algunos países europeos.

En el contexto español, la vivienda se ha convertido en uno de los principales problemas sociales, siendo un elemento esencial para que cualquier ciudadano y ciudadana se integre con normalidad en la sociedad. El derecho a la vivienda (art. 47 CE) presenta una entidad de Derechos Humanos, aunque nuestra Constitución no lo integre en el Capítulo II del Título I ocupado de los derechos fundamentales, sino que lo sitúa en el Capítulo III de los principios rectores de la política social y económica. La ubicación de este derecho en el texto constitucional no es baladí en tanto que lo excluye de ser reclamado ante el Tribunal Constitucional por la vía del amparo, lo que, a fin de cuentas, significa que se asemeja más bien a un bien de mercado del cual extraer un valor que no un derecho fundamental garantizado.

Resulta complejo cifrar la oleada de desahucios que tuvieron lugar desde el inicio de la crisis en 2008 puesto que no todos están registrados en los datos publicados por el Consejo General del Poder Judicial, sino que se produjeron de forma silenciosa. Sin embargo, un estudio del Observatorio DESC cifra en unas 1.710.963 personas han perdido sus hogares desde entonces hasta 2019. El momento de mayor auge se situó entre 2012 y 2019, con 684.385 desahucios (ODESC, 2020). Los datos oficiales se encuentran atravesados por un sesgo participativo en tanto que no capturan la realidad de la población oculta y semioculta que ocupa protagonismo en este estudio. En 2022, el Instituto Nacional de Estadística realizó una encuesta a las personas sin hogar, de la cual destaca que un total de 28.552 personas sin hogar fueron atendidas en centros asistenciales de alojamiento y restauración, un 24,5 % más que en 2012. Entre las causas, un 28,8 % de las encuestadas apuntó que se quedó sin hogar por la necesidad de empezar de cero tras llegar desde otro país y el 26,8 % porque perdió el trabajo. Todo ello apunta que **se trata de una problemática que ha cristalizado en nuestro sistema residencial y desprotege a las personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social como son las mujeres o las personas migrantes.**

El problema no es que no haya vivienda, sino que esta se encuentra inmovilizada esperando su revalorización. En otras palabras, resulta más beneficioso para los fondos de inversión contar

con viviendas vacías que situarlas en el mercado. El censo de 2021 (INE, 2021) constata que hay más inmuebles sin habitar en las zonas rurales y turísticas. Por ejemplo, solo en Madrid y Barcelona hay, respectivamente, más de noventa y siete mil y setenta y cinco mil pisos inhabitados¹⁴.

Ante esta realidad, algunas instituciones han invertido esfuerzos en introducir garantías en la protección del derecho a la vivienda. Sirve como ejemplo la Ley 24/2015 del Parlamento de Cataluña. Resulta simbólico y significativo el hecho de que esta ley, que fue tumbada un año después por el Tribunal Constitucional y restituida en 2019, incorporó notables mejoras. Entre ellas, permitía la puesta a disposición y movilización de viviendas vacías para las administraciones locales, obligando a las grandes entidades bancarias a ceder las viviendas desocupadas para alquiler social a precios por debajo del mercado.

Muchos procesos de exclusión social se inician a partir de problemas vinculados con la falta de acceso a la vivienda, lo que resulta en la ausencia de sus funciones integradoras. La literatura señala que existe una situación de exclusión residencial cuando las condiciones que articulan la construcción social de las necesidades de alojamiento no se cumplen adecuadamente, dicho fenómeno se manifiesta sobre el territorio en segregación, chabolismo o guetos. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas, alrededor de mil millones de personas (un sexto de la población mundial) viven en chabolas situadas en las ciudades, la mayoría en los países conocidos en occidente como «en desarrollo. Este dato va en aumento año tras año. Las previsiones son desoladoras: la cifra probablemente se duplique de aquí a 2030 (United Nations Human Settlements Programme, 2003, V). Particularmente, **en España, hace veinte años, alrededor de noventa por ciento de las personas que reside en los poblados chabolistas son de etnia gitana** (Open Society Institute, 2002, 78). Aunque el chabolismo no es exclusivo de la comunidad gitana, representa una manifestación de la exclusión social que aún afecta a esta minoría étnica.

En los últimos años, informes como el Estudio-Mapa sobre Vivienda y Población han apuntado a un cambio en esta situación:

“ El chabolismo afecta tan sólo a un 2,17 % de las viviendas donde residen familias gitanas, y los otros tipos de infravivienda, a un 6,46 %, por lo que un 91,37 % de las personas gitanas viven en viviendas normalizadas, y tan sólo un 2,78 % residen en asentamientos segregados (FSG, 2015).

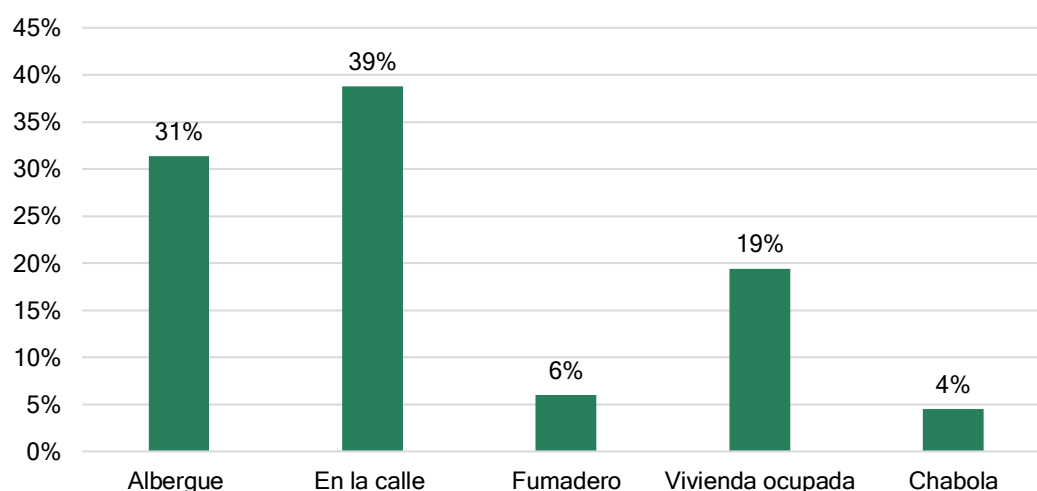
Más allá de que los datos ofrezcan un panorama positivo, no debemos olvidar que la ubicación de este tipo de viviendas se sitúa en lugares donde se vulneran otro tipo de derechos: falta de recursos educativos, limitada oferta de ocio público, elevados niveles de criminalidad, presencia de tráfico y

¹⁴ Una vivienda familiar se considera desocupada o vacía cuando no es la residencia habitual de ninguna persona ni es utilizada de forma estacional, periódica o esporádica.

consumo de drogas, etc. Estos contextos favorecen las condiciones para el abandono escolar prematuro, la falta de aspiraciones ante una falta de referentes culturales en los que la institución familiar ocupa un lugar preferente en el desarrollo de las personas. Como decíamos, a pesar de que los datos más recientes han apuntado mejoras significativas de las condiciones de vida de la población gitana en estas últimas décadas, aún permanece en los márgenes de la sociedad muchas familias e individuos en situación de vulnerabilidad y exclusión. Muchas familias han tenido acceso a viviendas normalizadas, y los servicios básicos de estas viviendas también han experimentado mejoras considerablemente.

No obstante, persisten ciertos retos como, por ejemplo, la necesidad de erradicar por completo el chabolismo, el alto grado de ocupación de algunas viviendas y problemas de precariedad de equipamientos y deterioro, tanto de las propias viviendas como de los entornos urbanos. La mayoría de las personas gitanas que han participado en el estudio son de origen español y residen fundamentalmente en Andalucía, la Comunidad Valenciana, Cataluña o la Comunidad de Madrid. Concretamente en barrios periféricos, de primera o segunda expansión, o bien en viviendas dispersas. En el Gráfico 8 que mostramos a continuación, hemos reflejado el porcentaje de las mujeres que viven en condiciones de extrema vulnerabilidad y privación severa¹⁵.

Gráfico 7. Porcentaje de mujeres que viven en condiciones de extrema vulnerabilidad



De entre las mujeres que hemos seleccionado dentro del grupo estudiado, notamos que el mayor porcentaje, un treinta y nueve por ciento, se encuentra entre aquellas que pernoctan en la calle. Seguidamente, el treinta y uno por ciento lo hace en albergues municipales, mientras que el diecinueve por ciento reside en viviendas ocupadas, siendo mayoritariamente **Mujeres gitanas**. No obstante, ante esta realidad, la literatura señala que:

¹⁵ Nota metodológica: El porcentaje se ha calculado sobre el total de mujeres que se encuentran en condiciones de extrema vulnerabilidad y privación severa. Lo que equivale un total de sesenta y siete mujeres sobre el total de mujeres, ciento cuarenta y nueve que componen el total de la población de sexo Mujer participante.

“ Es imprescindible aludir al *sinhogarismo* encubierto de las mujeres, puesto que, con el fin de evitar espacios adversos y de carácter peligroso para ellas, como pueden ser la calle o los centros de acogida nocturna, buscan otras alternativas, lo cual provoca que no sean visibles en espacios públicos y, por tanto, no se las tenga en cuenta en las realidades de exclusión residencial (Bellido *et al.*, 2022: 105).

A raíz de las entrevistas con nuestras participantes pudimos advertir cómo muchas de ellas se enmarcaban en esta realidad. Autores como Jordi Bosch, experto en políticas de vivienda y perspectiva de género, ha definido que los perfiles de mayor complejidad en el acceso a la vivienda lo componen a las mujeres víctimas de violencia de género, las trabajadoras sexuales, las víctimas de explotación sexual, las migrantes, las discapacitadas, las mujeres expresas y las pertenecientes a minorías étnicas (2020:10 y 2006). Cada una de ellas atravesadas por diferentes ejes de exclusión que complejiza su situación.

Hemos advertido en sus narraciones, detallaron como en su día a día desarrollan diferentes **estrategias para poder disponer de un techo**. Las experiencias son diversas y todas ellas entrañan riesgos. A continuación, aportamos una serie de testimonios que recogen esta heterogeneidad de alternativas.

“ **R:** Es una casa *okupa*. Y bueno, no me llevo mal con el dueño, pues anda pidiéndome un beso a todas horas y demás. Y como no le sigo el rollo pues no me deja llave ni nada y tengo que estar suplicando para entrar y para salir. Por eso estoy un poco enfadada, pero... (Erika, Aragón, 414, Mujer, 39 años).

“ **P:** Pues es que es mi ex que le dio un ictus y lo voy *pa* cuidar, pero me cobra la habitación. No tenemos nada en común. Le pago la habitación con que le baño y le hago los recados. Pero estamos así (Azucena, Asturias, 404, Mujer gitana, 59 años).

“ **P:** Cada día estoy buscando dónde voy a dormir.

P: Y a veces consigues tener techo.

R: Claro, claro.

P: ¿A cambio de qué?

R: Uf. Algunas veces a cambio de sexo, sí (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 34 años).

Las tres intervenciones demuestran casuísticas diferentes: chantajes y abusos por parte del casero, trabajo de cuidados a cambio de habitación y trabajo sexual por una noche bajo un techo. Todas ellas se encuentran atravesadas por la misma variable: **la dominación sexual y la consideración del cuerpo femenino como moneda de cambio**. La situación de pobreza material en la que se encuentran las mujeres de las poblaciones ocultas las condena a poner su cuerpo a disposición de la satisfacción masculina para poder cubrir su necesidad de vivienda. La imagen social de la mujer

consumidora asocia el cuerpo como instrumento de intercambio a cambio de recursos. Un estereotipo que del cual los hombres se aprovechan y ejercen su dominación para violentar y abusar sexualmente del cuerpo femenino.

En contraposición queremos incorporar el testimonio de otra de las participantes que demuestra el potencial de mejora que siente ahora que dispone de un hogar. Alba, de cuarenta y tres años y de etnia gitana, atravesó momentos muy críticos que se reflejaron en su salud física durante su tránsito por la calle:

“ Si, ya estoy mejor. Yo he llegado a pesar hasta treinta y seis kilos. Ahora estoy un poquito más gorda desde que estoy en el piso, pero estaba que me mirabas y decías «esta chica tiene el sida». De lo delgada que estaba, de desnutrida, de no comer, solo drogarme y prostituirme, de no dormir. Incluso en la calle me han llegado a pegar, me han llegado a violar, y me han maltratado, mi marido me ha tirado agua hirviendo... (Aba, Catalunya, 185, Trabajadora sexual y Mujer gitana, 43 años).

De su intervención podemos extraer elementos muy significativos. En primer lugar, tanto la alusión al aspecto físico, como al SIDA demuestra un estigma hacia su propia imagen fruto de la representación social de la mujer drogodependiente. La integración inconsciente del discurso estigmatizante y estereotipado que asume a la mujer drogodependiente como aquella físicamente enferma, prostituta y vulnerable ante la violencia, provoca un efecto de autocumplimiento que las condena al aislamiento, el autoestigma y la discriminación.

En segundo lugar, la imagen social que se tiene de la mujer drogodependiente la asocia inmediatamente con una mujer fácil, accesible y susceptible de ser abusada. En la calle se manifiesta la desigualdad de género en la medida que, independientemente de que sea un espacio compartido por hombres y mujeres, son ellas quienes tienen más posibilidades de ser abusadas o violadas. En tercer lugar, la posibilidad de contar con una vivienda en la actualidad ha contribuido a mejorar su autoestima y su propia seguridad. Un paso necesario para la mejora de su calidad de vida, empoderamiento y autoestima.

En conclusión, las mujeres que se encuentran en situación de calle están más expuestas e inseguras. Algunas de ellas desarrollan estrategias para proveerse de techo, bien poniendo su cuerpo como herramienta de intercambio, o bien manteniendo relaciones sentimentales con varones que las explotan. La escasez de proyectos sociales destinados a cubrir esta necesidad se debe a la consideración culpabilizadora de la adicción y, por lo tanto, transmite la imagen de no merecedoras de este derecho. Este proceso lo hemos denominado **sinhogarismo encubierto**.

Cuando además de la condición de drogodependiente confluye el estigma por cuestión étnica como es el caso de las **Mujeres gitanas** se construye una representación social negativa. La comunidad gitana, a la cual socialmente se le atribuyen actividades relacionadas con la ilegalidad o la informalidad, ha sido históricamente desplazada y concentrada en el espacio potenciando su

aislamiento del resto de la población y garantizando un control social efectivo sobre esta comunidad. La socialización en entornos marginales y precarizados como los poblados chabolistas contribuye a una reproducción de la imagen social negativa y criminalizadora del resto de la población hacia la comunidad gitana.

7.2 PROCESOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN PENITENCIARIA

El encarcelamiento es una de las experiencias que implican mayor exclusión social de nuestra sociedad y que supone una importante traba en el derecho a participación y el

“ Llevo divorciada de él 15 años, la edad de mi hija. Le dije ya no puedo más, no puedo. Yo no... Tengo que buscar la vida para mí y para mis hijos. Yo no puedo buscar la vida para mí, para mí y para ti, para drogarte y tu estar *to'el* el día aquí *sentao*. Yo voy yo a robar por el día cuando se cierran las tiendas, me voy a prostituir (Filomena, Madrid, 227, Migrante, 50 años)

ejercicio de la ciudadanía (Subirats, 2004: 31). Como «institución total» separa a las personas de la sociedad general, las estigmatiza y restringe su contacto con el exterior (Goffman, 1998). La representación social de la persona drogodependiente la asocia inmediatamente a la criminalidad y no respeto de las normas sociales. Conductas sancionadas que hacen justificable el aislamiento.

Durkheim señalaba que la pretensión y la finalidad de la prisión «no es tanto para incidir en los cambios de comportamiento de aquellos que están más involucrados en aquella actividad, sino para controlarlos mejor, aislándolos del resto de la población, a la que, al mismo tiempo, se quiere preservar de la contaminación de dicho grupo» (Romaní 1999: 153 citado en Rengel 2005: 6). La representación social de la persona drogodependiente está aún más estigmatizada si introducimos la variable de la minoría étnica. En este sentido, las **Mujeres gitanas** sufren una mayor estigmatización porque se las representa de forma criminalizada. Esta asunción produce una mayor discriminación y expulsión que empeora su autoestima y su posición social.

En nuestra población objeto de estudio, la **situación preexistente de pobreza y exclusión social** y el **papel de la droga** han sido elementos vinculantes de la comisión del delito. El Código Penal español contempla un atenuante ordinario en la pena en caso de que la comisión del delito haya estado orientada por la adicción a sustancias o la persona se encontrase bajo la influencia de un síndrome de abstinencia a causa de su dependencia (Art. 21 del Código Penal, modificación introducida en el año 2010. La consideración de esta circunstancia como un motivo de reconsideración de la condena desprende cierta conciencia por parte del sistema penal de que la adicción es un elemento central que gobierna sus vidas.

Si analizamos los últimos datos publicados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2021) situaba la media de población reclusa en 47.431 internos. Por sexo, la población

“ P: ¿Cómo recuerdas tu etapa en la Barceloneta?

R: Pues muy mal. Mucha droga. Mucho. Entonces en el aquel tiempo eran lo de los picos. La gente no me acuerdo porque yo soy del setenta y seis [...]. Yo sí me he drogado, pero yo nunca en mis venas ha corrido nada. Nunca, le he tenido respeto. No al VIH porque no al VIH, hombre, al VIH también, pero que yo le he tenido respeto porque cuando salió el sida, porque yo, date cuenta que nací en el setenta y cinco, en el ochenta tenía yo seis o siete años. Entonces claro, yo veía todo eso, el sida, esto, lo otro y siempre me he tenido miedo cuando eso he tenido muy respeto a la aguja (Mercedes, Andalucía, 420, Mujer gitana, 45 años).

masculina, era en diciembre de ese mismo año de 42.663 internos. Mientras que la población femenina se contabiliza en la misma fecha 3.300 mujeres internas. El informe apuntaba que nueve de cada diez internos son hombres (92,8 %). Ahora bien, si analizamos el tipo delictivo por sexo encontramos que son las mujeres quienes cometen delitos relacionados con las drogas, tanto en el Estado español como en Europa (ONUDD-Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2005), un rasgo que no es tan pronunciado en el caso de los hombres presos, quienes tienen perfil delincuenciales más variados (Calvo, 2015: 3). Así, las mujeres se encuentran encarceladas por delitos contra la salud pública (50 %) o por delitos contra la propiedad (24,4 %) en su mayoría motivados por la adicción a las drogas (SGIP, 2012).

Un estudio de Estibaliz (2016) dibujaba el perfil más habitual de presa usuaria de drogas «mujer joven-adulta hasta los cuarenta años, madre, gitana o paya autóctona, con patrones de consumo de heroína o cocaína, frecuentemente combinado con otras drogas» (De Miguel Calvo, E., 2016: 531). Muchas de ellas tienen antecedentes de consumo en la familia de origen. Un porcentaje muy elevado presenta malos tratos, violencia de género de diverso tipo por parte de sus parejas u otras figuras masculinas a lo largo de sus vidas. El perfil se caracteriza, por lo tanto, por la **marginalidad y una marcada estigmatización**. Barañi (2001) describe el proceso de exclusión social y estigmatización del pueblo gitano, y cómo ello impacta en el encarcelamiento de mujeres presas. Concretamente, en lo que respecta a las oportunidades de subsistencia, la exclusión del mercado laboral, junto con una creciente formalización de la economía, llevaron al pueblo gitano a una reducción drástica de sus posibilidades. Por otra parte, el fenómeno de la heroína en los años ochenta tuvo gran impacto en los barrios pobres donde se situaban grandes contingentes de población gitana. Allí, el tráfico de droga se convirtió en fuente de ingresos para algunas familias, al tiempo que el consumo se extendía entre ellos (Estibaliz, 2016: 536).

Asimismo, la población de mujeres que hemos entrevistado que no formaban parte de minorías étnicas señalaban que, alcanzado un nivel de adicción, los ingresos generados por trabajos formalizados resultan insuficientes y se ven obligadas a recurrir a la comisión de pequeños hurtos en establecimientos. En la siguiente cita literal podemos hacernos una idea del gasto diario que representa la adicción que ni siquiera los ingresos generados por trabajos formales como la hostelería o las ventas resultan suficientes:

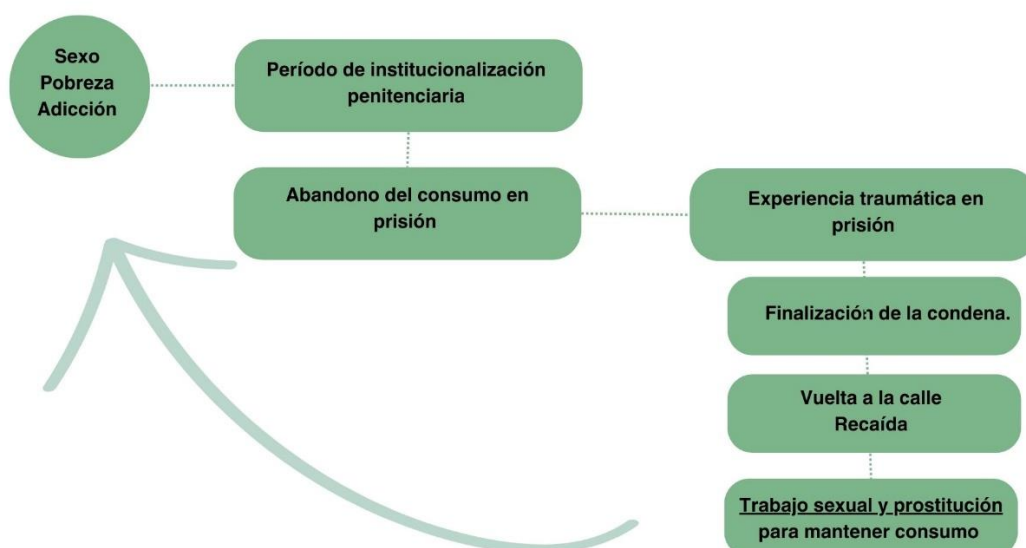
“ He trabajado en hostelería, he trabajado en Correos, he trabajado en ventas. He trabajado toda la vida, desde los dieciséis años hasta los treinta y tantos. A los treinta y tantos empecé a robar en las tiendas, para venderlo, porque si no, no puedes pagar el consumo. Ya llega un momento que trabajando no se sostiene, no se sostiene. Es imposible (Sara, Catalunya, Trabajadora sexual, 54 años).

No obstante, uno de los aspectos que queremos subrayar contribuye a la desestigmatización de las **Mujeres gitanas**. En primer lugar, existe un relato alrededor de la mujer gitana que se dibujan en el imaginario social como perfiles sociales de algún modo «profesionalizadas» en la comisión de

delitos y hurtos. No obstante, esta circunstancia se hace extensiva a toda la población drogodependiente que por cuestiones de necesidad y pobreza se ha visto obligada en alguna ocasión a cometer este tipo de delitos. La especial preocupación que se desprende de las **Mujeres gitanas** usuarias de drogas es que, tras su salida de prisión, experimenten el abandono y rechazo social por haber quebrantado las leyes de su comunidad.

En general, el imaginario acerca de las mujeres está habitualmente conectado con la esfera sexual, por la cual las mujeres usuarias de drogas son consideradas «mujeres caídas» y, por tanto, «malas mujeres». Particularmente, la consideración de «mala madres» en el marco de la comunidad gitana adquiere una especial relevancia en tanto que su posición social y se construye en base a su rol de madre. Otro de los aspectos que hemos identificado a lo largo de las entrevistas es el tránsito que se produce entre el paso por la prisión hacia el trabajo sexual o prostitución una vez se concede la libertad.

Ilustración 1. Representación del tránsito de la comisión de delitos al trabajo sexual en calle



Para algunas de nuestras participantes, el paso por la cárcel y la privación de libertad ha supuesto una experiencia traumática. Las mujeres procuran no delinquir y muchas prefieren optar por la prostitución para financiar su consumo. El testimonio de Sara ofrece claves que evidencian el fracaso de la política de reinserción y por supuesto, la situación de pobreza cristalizada en la que se en-

“ **P:** ¿Cómo mantienes el consumo?

R: Pidiendo. También pedía a la gente cuando he vivido en la calle, pedía y ahora pido y a veces me prostituyo. Yo me prostituyo porque consumo *crack*, sino no me prostituiría. Desde que dejé robar...yo no he vuelto a tocar nada que no sea mío.

P: ¿Te han detenido alguna vez?

R: Claro, he pagado cárcel y ya no vuelvo a pisar una cárcel (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

cuentra.

Una vez cumple condena, sus condiciones materiales no han cambiado y el destino que les espera con su vuelta a la calle se mantiene intacto. Sara nos relató que tras la prisión volvió al consumo de *crack*, incluso lo aumentó. El paso por la cárcel contribuye a construir una posición social aún más compleja y estigmatizada. El fracaso de los programas de integración a la salida de la institución penitenciaria se evidencia en que sus condicionantes sociales se mantienen intactos, lo que impide introducir cambios en sus estilos de vida. Sin embargo, ante el temor a volver a ser detenida opta por vender servicios sexuales ocasionalmente, en situaciones de gran necesidad. De modo que la prostitución y trabajo sexual se dibujan como la única vía para generar ingresos y mantener su consumo. Tal como se desprenden de sus palabras, lo percibe como una experiencia, en cambio, se ve obligada a ello cuando la abstinencia es demasiado dolorosa. La opción de abandonar el consumo hasta el momento no entra en sus planes; su estilo de vida está anclado en la adicción: «¿Mis expectativas? Salir viva y dejar de vivir en la calle también, pero primero tengo que resolver... Ya te digo, si sigo con el tema de los fumaderos es inviable» (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

Los perfiles mayoritarios de estas mujeres se caracterizan por múltiples ejes de desigualdad social, así como de experiencias de discriminación y opresión de género. A pesar de que los estudios en este campo vienen aplicando una cierta perspectiva interseccional, es necesario profundizar en las posibilidades que este enfoque proporciona para una mejor comprensión del encarcelamiento de mujeres, especialmente de aquellas consumidoras de drogas (De Miguel Calvo, 2016: 5).

Recomendamos superar los programas con enfoques biomédicos y dar paso a aquellos que planteen intervenciones que contemplen la variabilidad de los condicionantes sociales que atraviesan las vidas de las personas entrevistadas. La perspectiva de género en los programas desarrollados en entornos penitenciarios revela con especial crudeza la situación de las mujeres, quienes recurren al trabajo sexual en la calle para mantener su nivel de consumo o, en algunos casos, se ven involucradas en la comisión de delitos como medio para garantizar su supervivencia. Concluimos que la entrada a prisión en ningún caso sirve como medida correctora, sino como una especie de barbecho que detiene temporalmente su consumo, pero que cuando adquieren la libertad este vuelve bajo unas condiciones materiales considerablemente empeoradas.

7.3 LA MIGRACIÓN Y LA PRECARIEDAD COMO PUENTES AL TRABAJO SEXUAL

Los proyectos migratorios que tienen lugar en la vida adulta presentan múltiples impactos psicológicos que requieren de un trabajo personal que, en la mayoría de las ocasiones, sucede en soledad. Este camino, denominado **duelo migratorio** consiste en un complejo proceso emocional de reorganización de la personalidad al que debe hacer frente el ser humano para adaptarse al cambio migratorio. (Achotegui, 2008: 12). Las consecuencias directas sobre las personas migrantes son la aparición de lo que en la psicología social se conoce como «Síndrome de Ulises» caracterizado por la presencia de unos determinados estresores o duelos –soledad forzada, tristeza, indefensión, miedo, etc.– de modo crónico y sin apoyo social, y también por la aparición de un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental, en el límite de la psicopatología (Achotegui, 2008: 18).

La irregularidad administrativa es la barrera principal que se interpone en las trayectorias vitales de las personas migradas. La situación de incertidumbre y el limbo administrativo en el que se encuentran llega incluso a afectar a la capacidad de agencia. Es decir, la situación irregular imposibilita desarrollar su personalidad e identidad, así como priorizar su decisión personal. Mestre i Mestre propuso en 2005 respecto a **las mujeres migrantes que «no sufren una doble o triple exclusión resultante de sumarle ejes de opresión – el género, la extranjería, la drogodependencia, el trabajo sexual etc., – sino una particular subordinación resultado del cruce de los sistemas» (Mestre y Mestre, 2005: 218)**. De modo que no hay una mujer estándar a la que añadirle la extranjería ni un extranjero estándar al que añadirle el género.

Las mujeres extranjeras en condición irregular enfrentan una mayor exposición a la violencia debido a su estatus ilegal, ya que, temiendo ser deportadas, se ven imposibilitadas de presentar denuncias por temor a las consecuencias. Estos episodios pueden derivar en consumo de alcohol, medicación o drogas ilegales. Estas mujeres también pueden encontrar barreras adicionales de acceso al tratamiento, debido a dificultades de idioma, aspectos del tratamiento que son incompatibles con sus prácticas religiosas o culturales, el racismo y la discriminación percibida o real que pueden sentir o padecer.

La perspectiva que hemos adoptado para el análisis del impacto del proceso migratorio en el desarrollo de la adicción pone especial énfasis en las **condiciones de precariedad y aislamiento que impone el sistema a las personas migrantes**, así como en las múltiples barreras administrativas y rechazo social a las que deben enfrentarse como, por ejemplo, la imposibilidad de acceder a un alquiler de vivienda o a un trabajo formal. Estas condiciones funcionan como factores de riesgo hacia el trabajo sexual, como medio de supervivencia plausible. La aparición en escena de los primeros consumos suele darse una vez llegan a la península. Entre los motivos por los cuales se iniciaron en la adicción, manifestaron los siguientes:

- Por la necesidad de evasión

- Para hacer el trabajo sexual más llevadero
- Para aguantar las largas horas de trabajo en los clubes de alterne.

Estos elementos prueban que, en las circunstancias de las mujeres migradas, el primer contacto que se establece con las sustancias no presenta un valor simbólico de placer, sino que se relaciona con escenarios de marginalidad repletos de connotaciones negativas.

Uno de los temas que han emergido y sobre los cuáles existe controversia y desconocimiento es **la cuestión de la trata sexual**. Es común encontrar que el discurso hegemónico establece una relación directa entre la migración y la trata con fines de explotación sexual. La trata generalmente afecta a personas migrantes vulnerables con motivaciones económicas, quienes se ven obligadas a contraer deudas con los traficantes para poder realizar el viaje. Muchas de estas mujeres han manifestado ser engañadas por el contrabandista y han visto culminada su ruta migratoria en clubes nocturnos trabajando para pagar una deuda inasumible (Mac y Smith, 2020: 75).

Sin embargo, sin ánimo de negar un fenómeno existente, que ciertamente afecta a un sector de la población y que debe ser remediado, queremos enfatizar que los discursos que tratan de individualizar el problema y reducirlo únicamente a la explotación sexual de *chulos* y contrabandistas de este terrible fenómeno no son más que una estrategia que apuesta por endurecer, aún más si cabe, las políticas migratorias y favorecer el cierre de fronteras. Debemos recalcar que la criminalización de la migración indocumentada ha potenciado un mercado para el contrabando de personas. Desde nuestra perspectiva, la manera de acabar con la grave problemática de la trata es favoreciendo canales y rutas de migración seguras que permitan que las mujeres puedan migrar legalmente sin necesidad de acudir a agentes externos desconocidos

La cuestión de la trata merece un tratamiento diferenciado al fenómeno de prostitución al que desde el equipo investigador hacemos referencia, puesto que el papel de las drogas y la adicción sucede *a posteriori*, una vez las mujeres migrantes se encuentran en la península ejerciendo el trabajo sexual. Pero si afinamos la mirada, encontramos que la cuestión de la trata conecta con una **Ley de Extranjería 10/2000¹⁶** que condena a las mujeres migrantes a la precariedad. Esta problemática, respaldada por múltiples estudios, sitúa la **LO 10/2000** como **la causa y detonante de la precariedad laboral de las personas migrantes y especialmente de las mujeres**.

Muchas de estas mujeres migradas no se han visto obligadas a ejercer el trabajo sexual directamente por ningún hombre, sino que han contemplado esta actividad como forma de generar ingresos. La situación irregular con la que llegan a la península potencia que, en contextos de necesidad económica, el ejercicio de la prostitución sea la única salida para garantizar su subsistencia y la de menores a su cargo. En otros casos, muchas mujeres migrantes, con estudios secundarios

¹⁶ Ley Orgánica 10/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

e incluso universitarios en sus países de origen, se ven abocadas al trabajo de cuidados, inestables y estacionales como consecuencia de la dificultad de regularizar su situación administrativa. Un trabajo especialmente precarizado e invisibilizado para la mujer migrante que la condena a la precariedad. De este modo, el trabajo sexual se convierte en la única solución viable para aumentar los ingresos que el libre mercado puede ofrecerle.

En cuanto a los lugares donde frecuentemente las mujeres migradas entran en contacto por primer vez con las sustancias son los clubes nocturnos.

“ P: ¿Vivías en el club?

R: Si vivía ahí, no salía, no salía. Recogí el dinero y al mes y medio mandé dinero a mi país. Le dije a mi madre lo que estaba haciendo... «me tocó [hacer] esto, esto, esto». Recogí dinero y le mandé para que mi hermana se venga. Ya vino mi hermana. Yo le dije dónde iba a llegar al club. Yo le mandé un video (Samantha, Murcia, 423, Trabajadora sexual, 42 años).

El desarrollo del ejercicio del trabajo sexual se ha relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, entre las que incluimos el tabaco, alcohol, la cocaína o el *crack*. El inicio a la adicción derivó de la necesidad de estar bajo un estado de evasión. Es decir, **las sustancias funcionan como elementos facilitadores del sexo** (Cepeda, 2006; Cusick, 1998), aunque también como forma de afrontar las consecuencias negativas generadas por el ejercicio de la prostitución en estas circunstancias de necesidad (Meneses, 2008; Philpot *et al.*, 1989) como el trauma o la despersonalización.

La migración, el desarraigo y la precariedad son también factores relevantes de riesgo que, acorde con Casero (2019) y Percy-Fernández (2016), se encuentran en un gran porcentaje de la

“ Todo lo que tiene que ver con el desarraigo. De repente te encuentras en un escenario en un país donde a lo mejor todavía no tienes una red social, tienes soporte y desde ahí es mucho más fácil entrar en la comunidad gay por todo lo que tiene que ver con el sexo, ¿no? Y ahí es también donde está presente el tema de las drogas. Entonces, si quieres sentir que perteneces o te quieres crear una red de apoyo. También puede ser que el tema de participar en él puede ser un factor (Psicólogo, Stop, Catalunya, 304).

población de hombres del colectivo LGTBIQ+. Los hombres que practican *chemsex* son hombres que han migrado a España desde países latinoamericanos y del medio oriente, escapando de contextos sociales y familiares altamente represivos y conservadores. La llegada de estas personas a España en muchas ocasiones es en situación de asilo o bien de manera irregular, con dificultades para encontrar trabajo y establecer vínculos sociales o amistades. Esto aumenta la sensación de soledad, de no pertenencia y arraigo, sensaciones y emociones que son evadidas con sustancias. Resultó verdaderamente esclarecedora la declaración de una de las personas profesionales especializadas en *chemsex* que fueron entrevistadas:

A modo de símil, en el estudio precedente a este, «Procesos de empoderamiento y acceso a derechos en poblaciones (semi) ocultas drogodependientes» (Episteme, 2022), observamos que la población de Jóvenes Extutelados abandonaban sus países motivados por la «promesa de una vida mejor» o «el sueño europeo». Promesas e idealizaciones que pronto se desmoronan cuando llegan a Europa y se enfrentan a numerosas barreras administrativas, racismo y todo tipo de barreras. El duelo migratorio simboliza un importante factor de riesgo para caer en el consumo. Tanto el análisis de la literatura (Gallardo Esclapez, 2023; Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016)) como de las entrevistas han mostrado esta misma trayectoria en la población LGTBIQ+ migrada. La construcción histórica del colectivo LGTBIQ+ a través del mercado ha ensalzado al grupo europeo, blanco y privilegiado como símbolo y aspiración de todo el colectivo. Esta imagen empezó a construirse en Estados Unidos a finales de los años setenta, cuando comenzaron las campañas de márketing. La primera de ellas fue la de la marca de vodka Absolut bajo el título de *In an Absolut world* que trataba de hacerse un hueco en el mercado captando a esta población diana (Castaño y Hernández, 2019).

En esta línea, las personas trans son uno de los colectivos que más dificultades encuentran a la hora de lograr un empleo, según el estudio¹⁷ sobre la inserción laboral del Ministerio de Igualdad (2023: 11). Esta investigación descubrió que el cuarenta y seis por ciento de este grupo poblacional está en situación de paro. El testimonio de una de las trabajadoras sexuales miembro del colectivo LGTBIQ+ entrevistada en Barcelona resulta especialmente ilustrativo. Brígida pre-

“ Cuando ya tuve un poco más de libertad para irme, me fui de Buenos Aires y ya... Ya empecé a hacer mi vida de transexual. Bueno antes de venir aquí, había viajado [...] a Italia, a París. Porque en Argentina [...] había una que vino hace muchos años y empezó a llevar a chicas para allá para Italia [...]. Se veía como que ganaban muchísimo más dinero que nosotras, las que estábamos allí. Entonces la idea surge de venirnos, empezar a emigrar [...] Ya que vamos a hacer este trabajo [sexual] toda nuestra puta vida, porque no tenemos otra opción [...]. Costaba mucho sacrificio y tendríamos que haber nacido en una familia acomodada (Brígida, Catalunya, 35, Trabajadora sexual, 43 años).

senta varias características; se autoidentifica como una mujer transexual, se dedica al trabajo sexual y es de origen argentino. A lo largo de su vida había realizado numerosas migraciones en países europeos buscando mejorar sus condiciones de vida allá donde los marcos legislativos se lo permitiesen.

En línea con numerosos autores (Castaño y Hernández, 2019; Caudevilla, 2013; Gallardo Esclapez, 2023) Es una construcción comercial basada en la idea ficticia de que las personas LGTBIQ+ tienen unos hábitos de consumo radicalmente distintos del resto de la sociedad. Lo cierto es que el colectivo LGTBIQ+ sufre la precarización promovida por el neoliberalismo contemporáneo

¹⁷ Estudio exploratorio sobre la inserción sociolaboral de las personas trans. Ministerio de Igualdad. Dirección General de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI (2022).

de formas específicas, pero en ningún caso en menor medida que el resto de la población. (Castaño y Hernández, 2019:5)

En definitiva, entre los hallazgos más importantes derivados del trabajo de campo realizado y el análisis de la literatura apuntamos que **las condiciones en las que se desarrolla la migración y su relación con el consumo y adicción de sustancias difieren en función de tres variables, el sexo, el nivel socioeconómico y el apoyo social.**

A través de las lentes de la necesidad económica, las razones por las cuales ejercer el trabajo sexual se erigen en viables, como una estrategia racional. El trabajo sexual de supervivencia puede situar a las personas en situaciones expuestas a múltiples riesgos como hemos visto en el caso de las migrantes que ejercen en clubes. No obstante, la penalización o el cierre de estos espacios bajo ningún concepto se convierte en la solución pues no hace más que criminalizar y expulsar a las mujeres a otros espacios que perciben como peores e inseguros, como la calle o los narcopisos. En el siguiente subapartado tendremos la oportunidad de profundizar sobre esta cuestión

7.4 EL TRABAJO SEXUAL COMO COMO FACILITADOR DEL CONSUMO

La confusión que hay en el debate político entre los diferentes términos y legislaciones del trabajo sexual tienen consecuencias inmediatas en la desprotección de las personas que se dedican al mismo, ya sea de manera «profesionalizada» o por su adicción a las drogas. Es posible identificar tres sistemas o marcos legislativos que abordan esta cuestión: el sistema prohibicionista, el sistema reglamentarista y el sistema abolicionista. El sistema prohibicionista penaliza y sanciona con la prisión o con medidas reeducadoras por quien ejerce, organiza o promueve el trabajo sexual. El segundo sistema, el reglamentarista, es el más popularizado en Europa. Este regula administrativamente el ejercicio de la prostitución mediante sistemas de ficheros, controles sanitarios y aplicación de tasas. Y, por último, el sistema abolicionista que se muestra en contraposición a la regulación no sanciona la venta de prestaciones sexuales ni condena al cliente, pero prohíbe el ejercicio de la prostitución y el acto que induce a la prostitución.

España carece de una normativa específica de la prostitución, lo cual produce una gran inseguridad jurídica. Se trata de una materia que se encuentra diseminada entre el código penal, la ley de extranjería y la ley de enjuiciamiento criminal. En cuanto a la normativa penal, la ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, por la cual se aprueba el Código Penal, no penaliza el ejercicio de la prostitución por parte de la persona que ejerce, pero sí la explotación derivada de este ejercicio cuando intervengan determinados factores, o se mantenga antes de una determinada edad.

Las víctimas de la explotación y de la trata con fines sexuales son una preocupación clave de muchas posturas feministas. Hay mujeres en relaciones de pareja abusivas que han sido obligadas a prostituirse por parte de su pareja. Hay personas trabajando en la prostitución que han sido obligadas a ello por personas que las prometieron un trabajo diferente y hay quienes pagan parte de sus ingresos para saldar la deuda que contrajeron al cruzar la frontera (Mac y Smith, 2020).

Los mayores daños del trabajo sexual se acumulan sobre las mujeres adictas, las enfermas mentales y las mujeres migradas. Todas ellas, en condiciones de pobreza y marginalidad, asumirán numerosas situaciones de riesgo para conseguir dinero y así cubrir sus necesidades. Numerosos estudios han demostrado que «no hay una causalidad entre una mayor penalización del trabajo sexual y una reducción de la oferta»; (Abel y Armstrong, 2022; Mac y Smith, 2020; Pisani, 2011), sino que estas políticas que complican la vida de las mujeres que venden servicios sexuales las condenan a una mayor exposición al riesgo.

Nuestro posicionamiento con respecto al trabajo sexual no se alinea con el derecho penal que persigue y criminaliza a las mujeres. Sino que señalamos las condiciones de pobreza y el papel de la droga como los principales determinantes que las empuja a esa realidad. No tratamos de victimizar su situación, sino de reivindicar su posición social como sujeto político que desarrolla estrategias de supervivencia y seguridad. La influencia del enfoque de la reducción de riesgos sobre la cuestión del trabajo sexual es garantizar una red de seguridad social inclusiva, es decir, que no

condicione el ejercicio de derechos al abandono del trabajo sexual o de la adicción. Esto pasa por facilitar el acceso a recursos, asegurar las vías de migración seguras, políticas de inclusión y derechos laborales.

En estudios realizados anteriormente por Episteme, concretamente «Procesos de empoderamiento en poblacio-

“ Todas las mujeres en el mundo de las drogas, salvo que roben, acaban ejerciendo [trabajo sexual] de una manera o de otra (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años).

nes y acceso a derechos en las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes» (Episteme, 2022), abordamos superficialmente la cuestión del trabajo sexual. En esta investigación, en cambio, el ejercicio del trabajo sexual adopta una posición central porque se vehicula a través de dos variables: la adicción y la pobreza. Tal como veremos más adelante, hemos observado que el ejercicio de la prostitución está estrechamente relacionado con el consumo de base y *crack* por vía fumada. La dependencia que genera el consumo de estas sustancias obliga a una constante necesidad por consumir que no siempre es sostenible por los ingresos disponibles. Ello obliga a desarrollar estrategias para ganar dinero de forma rápida. La prostitución y el trabajo sexual es una de ellas.

La población implicada en la prostitución en España es heterogénea y la ecología del riesgo y del consumo de drogas puede variar considerablemente dependiendo del entorno de ejercicio del trabajo sexual. En este sentido encontraremos ambivalencias entre la autoeficacia y el autoestigma en el que se presenta el trabajo sexual ejercido por hombres y por mujeres. Estas ambivalencias se fundamentan en dos cuestiones: La primera, la **mayor sanción social** que reciben las mujeres por una misma conducta. La segunda, la **mayor situación de pobreza** que las sitúa en situaciones de mayor necesidad y, por lo tanto, reduce su capacidad negociadora frente a los hombres que se dedican al trabajo sexual. Como veremos, ambas cuestiones repercuten en la construcción de la propia subjetividad y condiciona en mayor medida su capacidad de agencia.

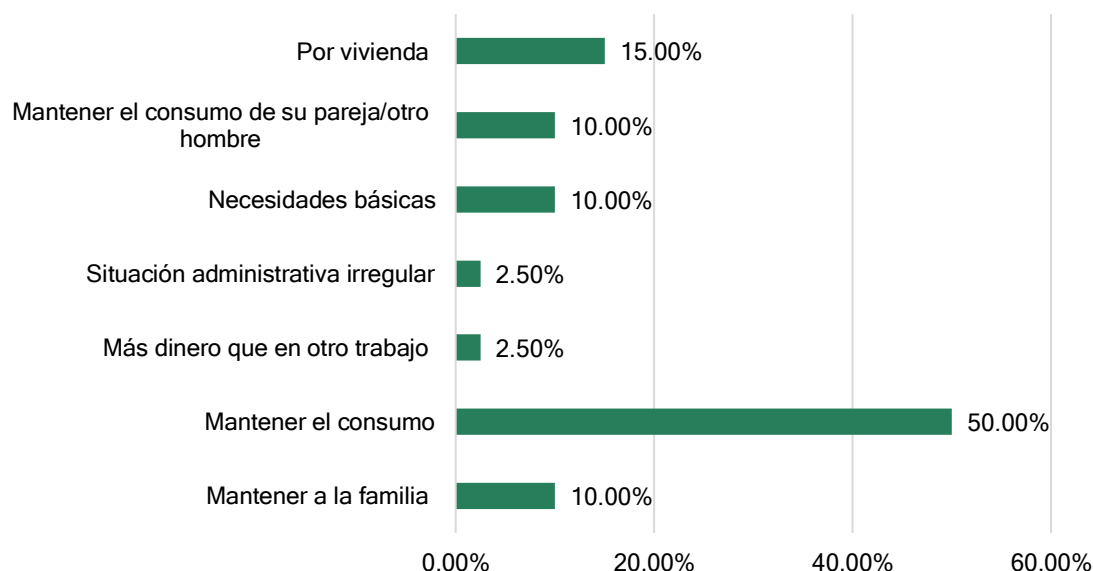
A lo largo de las entrevistas hemos tenido que superar el sesgo de deseabilidad social (Marlowe-Crowne, 1961), es decir, la falta de sinceridad a la hora de responder a los instrumentos de evaluación psicológica. La relación existente entre la adicción a las drogas y la necesidad del trabajo sexual para mantener el consumo está atravesada a su vez por una serie de cuestiones: la **seguridad**, el **espacio público**, el **estigma**, la **enfermedad**.

Las mujeres con adicciones que constituyen nuestra población recurren, esporádica o sistemáticamente, al ejercicio del trabajo sexual o prostitución como principal mecanismo para conseguir dinero que mantenga su adicción. Esta mayor o menor frecuencia define los riesgos a los que se enfrentan. Es decir, cuando la decisión se toma en momentos de necesidad, la posibilidad de cotar con los elementos de protección, como los preservativos, en ese momento se hace más improbable.

“ Pero no diariamente, porque es una cosa que no me gusta, me da mucho asco. Entonces a veces lo hago obligadamente porque no tengo para consumir. Me veo apurada y entonces... Pues... [...] A veces me he podido sacar muchísimo dinero, porque a veces he cogido un cliente que ha tenido mucho dinero o han llegado a comprarme hasta cuatro gramos o cinco y he pasado la noche con él sin hacer nada. Simplemente compañía. Muchos quieren compañía, no quieren sexo ni nada, compañía. Entonces me compran lo mío y luego me dan dinero para venirme (Paloma, Murcia, 426, Mujer gitana, 43 años).

A partir de los datos recopilados durante el trabajo de campo y sistematizados en la base de datos de Episteme se observa que, dentro de la muestra total, el cincuenta por ciento de las mujeres que actualmente se dedican al trabajo sexual lo hacen para cubrir sus necesidades de consumo, el quince por ciento lo realiza por motivos de supervivencia general y el ocho por ciento lo lleva a cabo con el objetivo de satisfacer su necesidad de vivienda.

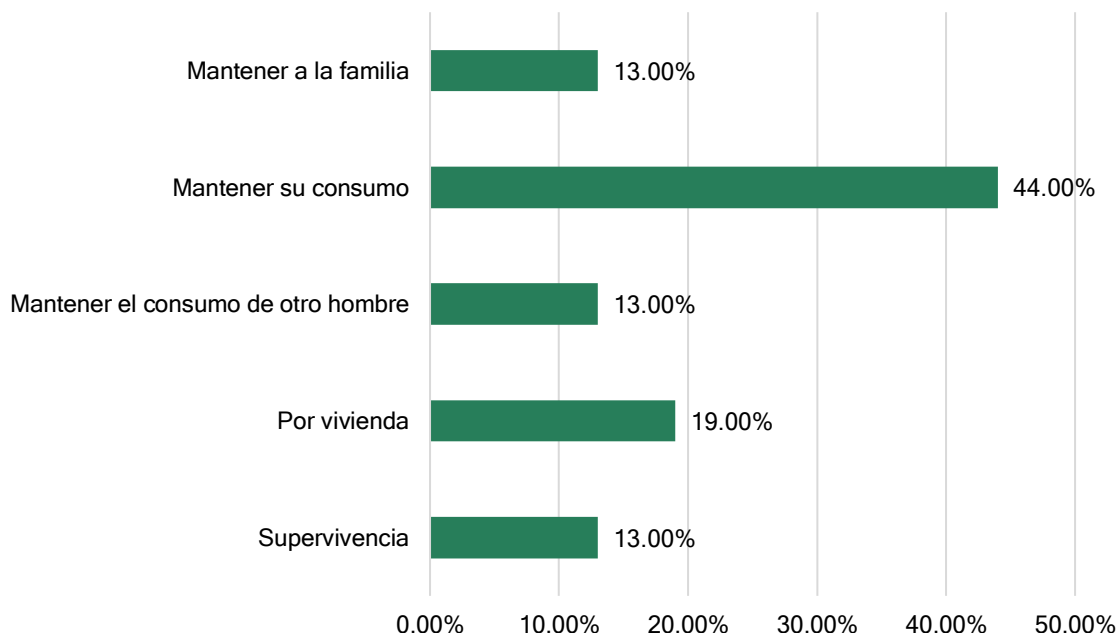
Gráfico 8. Motivos de ejercicio de trabajo sexual representado en porcentaje (%)



Otro de los motivos que emergió de las entrevistas, particularmente de las realizadas a **Mujeres gitanas**, fue el trabajo sexual para mantener el consumo de su pareja o de otro hombre. Al desglosar los datos por perfil social, se observa que las mujeres gitanas con problemas de adicción presentan

como motivos más prevalentes la necesidad de vivienda (diecinueve por ciento) y la sostenibilidad del consumo de otro hombre (trece por ciento).

Gráfico 9. Motivos por los que ejercen trabajo sexual las Mujeres gitanas (%)



Este tipo de explotación sexual se encuentra muy invisibilizada porque sucede en el ámbito privado del hogar. Los valores y costumbres asociados a la institución matrimonial en el marco de la comunidad gitana presentan unos roles de género muy marcados. En el siguiente fragmento, Patricia nos trasladó que se encontraba «bajo el dominio» de un hombre que la explotaba sexualmente para mantener el consumo de «la gente». Acude a fórmulas indeterminadas, sin ofrecer muchos datos, como un mecanismo de autoprotección interiorizado. Ya que, en la comunidad gitana no está bien vistas las acusaciones.

“ **R:** Para mantener a la gente por la droga.

P: Por la droga. ¿Era para mantener el consumo, ¿no? ¿Cuántos años estuviste haciéndolo?

R: Pues llevo dos años sin hacerlo ya. Ahora pido, pido, pido. Pues tuve bastante y me sentía mal.

P: ¿Dos años?

R: Sí, mi familia no sabe nada.

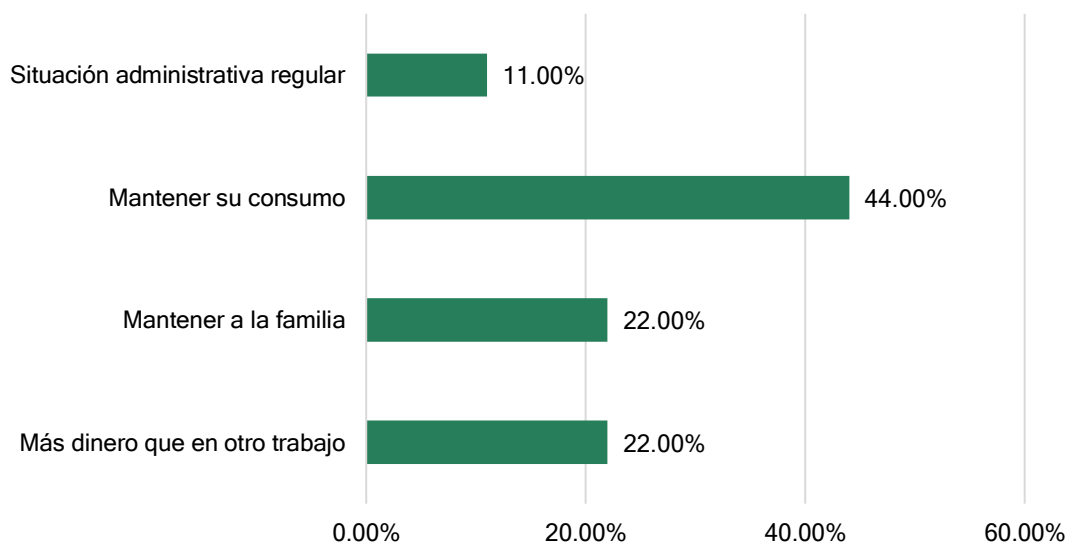
P: Y... ¿Cómo es que lo dejaste?

R: Porque no tengo que mantener a nadie. Si pido, pido dinero con la mano. Pido para mí. No pido para nadie más (Patricia, 413, Aragón, Mujer gitana, 44 años).

En su liberación está su acto de reivindicación personal («para mí») en el que subraya su propia autonomía. Autónoma en su propia pobreza y responsable de su supervivencia. Si desagregamos los datos por origen en el total de nuestra población, un treinta y cuatro por ciento de las mujeres

drogodependientes que ejercen trabajo sexual son Mujeres migrantes. Entre los motivos por los cuales ellas acuden a la venta de servicios sexuales aparecen otras variables que visibilizan vulnerabilidades concretas: la precariedad material y la cuestión administrativa.

Gráfico 10. Motivos por los que ejercen trabajo sexual las Mujeres migradas



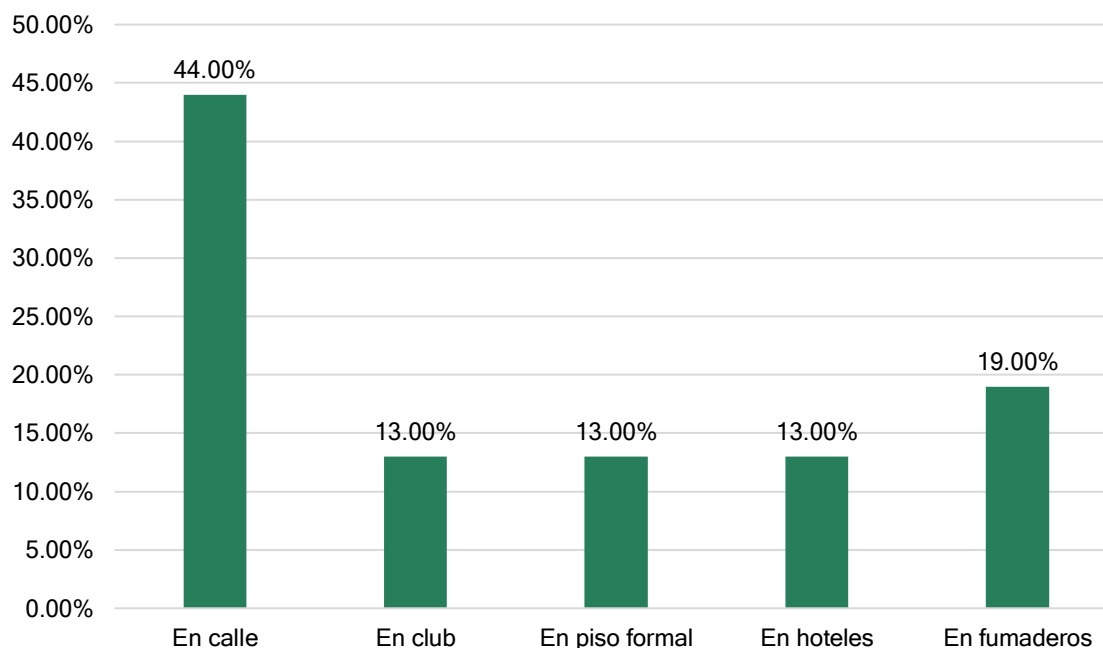
Por otro lado, el ejercicio de la prostitución obliga a estas personas a aceptar **prácticas sexuales de riesgo** con sus clientes, exponiéndolas a sufrir diversas enfermedades y episodios violentos que cristalizan en traumas psicológicos. También resulta frecuente, en particular entre mujeres que abusan del uso de cocaína, observar cómo son obligadas a mantener relaciones sexuales con hombres que las invitan a una dosis. Se trata de una forma sutil de prostitución, basada en el intercambio de favores sexuales por drogas, que con frecuencia no es reconocida como tal por quienes la practican y que ilustra las desigualdades de género que aún hoy persisten en nuestra sociedad.

El **lugar y las condiciones** donde se ejerce el trabajo sexual está fuertemente atravesado por el sexo de la persona que ejerce. Aquí identificamos un contrapunto significativo, dado que, si bien las mujeres con dependencia a sustancias mayormente trabajan en la calle para eludir el control de un proxeneta y buscar autonomía, al mismo tiempo, se enfrentan a agresiones físicas y verbales por parte tanto de la comunidad como de los propios clientes.

“

Hay bastantes diferencias entre ejercer la prostitución en pisos o casas y en la calle. Bastantes. Primero, hay otra manera de hablar de las personas. Segundo, es mucho más discreto, limpio y claro. Mucho, mucho mejor. Pero no hay dinero para alquilar (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 34 años).

Gráfico 11. Porcentaje de mujeres que ejercen trabajo sexual según lugar



Seguidamente a la calle como lugar para la prostitución encontramos **los fumadores** (diecinueve por ciento) en los cuales ellas deben pagar un precio por el alquiler de la habitación. Estos lugares no sólo carecen de condiciones de salubridad, sino que son extremadamente inseguros.

La construcción del discurso desde la eficacia o desde el estigma guarda relación con el nivel de necesidad en el que se encuentren. La capacidad negociadora y la interposición de límites son herramientas que algunas de ellas emplean para garantizar su protección y seguridad (Abel y Armstrong, 2022; Mac y Smith, 2020; Pisani, 2011). A continuación, presentamos la experiencia compartida por Mar, una joven asturiana que enfrenta múltiples formas de exclusión: es una mujer trans que ha vivido una infancia marcada por abusos, proviene de una familia con raíces gitanas-búlgaras y musulmanas, y se dedica al trabajo sexual.

“

Siempre he elegido yo mis clientes [...] porque quedaba con ellos por internet y antes de tener nada con algún cliente tenía que estar hablando varios días con ellos por llamada tal y ver cómo eran. Porque lo máximo que he ganado yo en una noche fueron cerca de tres mil euros porque ¡ja claro! me metieron en no sé qué de lujo, de

Mar articula su relato desde la perspectiva de la eficacia al recordar épocas en las que obtenía ingresos significativos. Sin embargo, su situación actual contrasta drásticamente con aquellos tiempos de prosperidad. En la actualidad, se ve obligada a vivir en la calle y recurre de manera esporádica a los recursos asistenciales. En lo que tiene que ver con su consumo, este se ha visto reducido porque ya no vende servicios sexuales. Por otro lado, **la edad es una variable importante que permite comprender la posición social desde la cual construye su identidad y su discurso.**

“ Yo nunca me he tirado un viejo. Siempre los elegía por una aplicación que se llama «Badoo». En una semana tuve más de doscientos mil seguidores. La misma cuenta me dio una cuenta premium (Mar, Asturias, 408, Trabajadora sexual y minoría étnica, 18 años).

Identificamos varias cuestiones. Por un lado, Mar se integra en la denominada «Generación Z» nacida a finales de los noventa y principios de los dos mil. Socializada al amparo de las nuevas tecnologías y la búsqueda de la validación por redes sociales, esta generación también se caracteriza por un mayor nivel de aceptabilidad de la diversidad sexual.

El análisis del discurso de nuestras participantes nos ha llevado a la conclusión de que a medida que aumenta el nivel de pobreza y el síndrome de abstinencia, disminuyen sus recursos de protección, y están más dispuestas a asumir mayores riesgos con el fin de satisfacer sus necesidades. Unas necesidades que están compuestas por un complejo entramado entre el dinero, la droga, la vivienda o una deuda. Carla, consumidora habitual de *crack* y heroína por vía fumada señala lo siguiente: «Pero bueno, a veces por el dinero te aguantas un poco» (Carla, Catalunya, 428, Trabajadora sexual, 48 años). La entrevistada acepta las condiciones impuestas por los clientes porque, en caso de no hacerlo, se arriesga a no reunir la cantidad suficiente y, por lo tanto, no poder asegurar su consumo. Condiciones que van desde prácticas sexuales que la violentan o prescindir de preservativo. Concluimos observando que las mujeres con mayores riesgos y, por ende, mayores probabilidades de sufrir daños como enfermedades de transmisión o agresiones sexuales, son aquellas trabajadoras sexuales drogodependientes que ejercen en situación de calle.

Hemos visto que en este amplio grupo hay poblaciones más ocultas y agraviadas que otras, como las disidencias heteronormativas y las migrantes. En cuanto a las primeras, la literatura apunta que la discriminación y el rechazo por la orientación sexual lleva a muchas personas a vivir su sexualidad desde la represión, el miedo, la culpa o la vergüenza, encontrando en las drogas un potente desinhibidor lo que les hace vulnerable a desarrollar un consumo problemático (Casero, 2019). Si atendemos a los datos más recientes de la encuesta Estado LGTBIQ+ en el año 2023, elaborada por 40dB para la Federación Estatal LGTBIQ+ revelaba lo siguiente:

- En los últimos cinco años, una de cada tres personas LGTBIQ+ ha sufrido algún acto de odio.
- Casi tres de cada diez personas LGTBIQ+ han sido acosadas y/o discriminadas.
- Casi una de cada diez ha sufrido, al menos, una agresión física o sexual.

La investigación a la que hemos hecho referencia también pone de manifiesto que son las personas trans y las mujeres quienes sufren con mayor frecuencia este tipo de discriminaciones. Asimismo, muestra que las personas jóvenes y quienes disponen de menos recursos tienen mayor riesgo de sufrir incidentes de odio. Estos datos demuestran que la LGTBIQfobia tiene un impacto directo en la salud mental (FELGTLBIQ, 2023).

El trauma del rechazo social de la orientación sexual, vivido de manera sostenida en el tiempo, puede conllevar a una grave distorsión de la autopercepción y autoaceptación de la propia identidad. Como consecuencia la homofobia interiorizada (Martin, 2020: 57) se transforma en un grave problema de autoestima, facilitando patologías depresivas, trastornos de la personalidad, disociación, dependencia y otras patologías afectivas.

Nuestra entrevistada, Mar, imputa la causa por la cual se inició en el trabajo sexual a los catorce años a una postura autodestructiva y la necesidad de acabar con el sufrimiento emocional que arrastra desde hace años.

“ P: ¿Cuál era el motivo por el que empezaste en la prostitución?

R: No lo hacía por el dinero. Lo hacía porque a ver si encontraba a uno que me pegase un palo en la cabeza y que me dejase en el sitio.

P: ¿Y alguien te llevó a esto? ¿o fuiste tú sola?

R: Fue la depresión. Porque tengo depresión por ser transexual. ¿Me entiendes? Porque siempre mis padres siempre me dijeron que era una enferma mental, que, si nunca me iba a llegar nada en la vida, que estoy loca, que demasiado maltrato psicológico durante doce años y medio que he estado con ellos (Mar, Asturias, 408, Trabajadora sexual y minoría étnica, 18 años).

En la construcción de su discurso, la protagonista presenta una baja autoestima, menciona el trauma por haber sido víctima de violación a los dieciséis años y haber carecido de respaldo familiar. Además, adopta una posición autodestructiva que se proyecta en su policonsumo y en la manera en la que construye la imagen de sus relaciones sexuales. Por un lado, conoce el riesgo, pero por otro, decide asumirlo. Según la literatura, (Kopetz *et al.*, 2015) los «comportamientos autodestructivos» representan medios hacia las metas de los individuos en los que la intención voluntaria no interviene a pesar de conocerse todos aquellos riesgos que intervienen en la acción, como las consecuencias sanitarias, legales o de salud mental. También, Martínez Oró apunta que:

“ En el marco de la Sociedad de Consumo, una minoría realiza consumos altamente intensivos sin que les importe desarrollar problemas. Es más, algunos los buscan explícitamente. Generalmente presentan desencanto, malestar, desorientación vital, e incluso, poco interés para continuar con vida. Además, permanecen fascinados por la transgresión, la marginalidad o cualquier otro aspecto alejado del discurso de la normalización. En ocasiones, persiguen el objetivo de convertirse en víctimas fatales de un entorno hostil. Las drogas se convierten en el arma perfecta para alcanzar la autodestrucción, pero también se podrían utilizar otras vías (Martínez, Oró; 2015: 95).

Otra realidad que no debemos pasar por alto es la cuestión del **trabajo sexual masculino**. En nuestra muestra hemos contado con los testimonios de dos **Hombres Chemsex** con experiencia en la venta de servicios sexuales por motivos semejantes a los mencionados por las mujeres drogodependientes trabajadoras sexuales. Para ello, hemos optado por enfrentar los discursos de dos

de nuestros participantes para encontrar semejanzas y contradicciones en los relatos. De un lado, contamos con el relato de Esteban, un varón de Barcelona con una amplia experiencia en el *chemsex* y con problemas de adicción a la metanfetamina que actualmente se encuentra en situación de calle. De otro lado, la experiencia de Yulia, una trabajadora sexual que fue entrevistada en Murcia cuyo principal consumo es de *crack* y heroína.

Tanto Yulia como Esteban guardan un perfil socioeconómico similar en la actualidad, ambos se encuentran en situación de calle, presentan un problema de adicción muy cronificado y se dedican al trabajo sexual por supervivencia y necesidad de mantener el consumo. Sin embargo, los beneficios que obtiene Esteban son superiores a lo que obtiene Yulia. Cuando hablamos de las diferencias existentes entre el trabajo sexual femenino y masculino, la primera tiene que ver con **las condiciones y el lugar** donde que este se ejerce. La segunda categoría que plantea diferentes aproximaciones se asocia con la imagen social que se presenta de la persona que ejerce trabajo sexual. A continuación, presentamos una matriz de análisis que analiza categorías que han emergido a lo largo de la entrevista, pero en cambio, la construcción que se hace de cada una de ellas es diferente.

Tabla 8. Matriz de análisis discursos y posiciones sociales en el Trabajo sexual (Lugar físico)

Matriz de análisis discursos y posiciones sociales en el Trabajo sexual	
Categoría	Lugar físico de ejercicio del Trabajo sexual.
Verbatims de sentido subjetivo	A ver, normalmente en saunas está muy mal porque está todo muy controlado. Normalmente. O lo hago en hotel o lo hago en casa de las personas, normalmente al cliente lo que busca es una privacidad, o sea yo cuando estoy trabajando de <i>scort</i> hace un par de años, un año y medio lo que hacía era pagar el hostel o el hotel, hoteles habitación doble con baño privado, sobre todo. Compran la bebida, compran los <i>chemsex</i> que se dice, «chefs» a las drogas variadas (Esteban, Catalunya, 94, <i>Chemsex</i>, 44 años). P: ¿Qué diferencia hay entre ejercer la prostitución en este tipo de pisos o casas y hacerlo en la calle? R: Bastante. Primero está otra manera de hablar está otras personas. Es mucho más discreto, limpio y claro. Mucho, mucho mejor. Pero no hay dinero para alquilar (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 34 años).
Análisis	La posición entorno a la «seguridad y el control» muestra ambivalencias por sexo.

En ambas citas la diferencia es muy expresiva y evidente: la reivindicación del control y seguridad que le otorga un piso o una habitación frente al obstáculo que supone para él en tanto que no puede ejercer con libertad. En contraste, Yulia se enfrenta a una precariedad material en la que el dinero obtenido por el encuentro sexual resulta insuficiente para poder administrarlo en el mantenimiento del consumo y el alquiler de una habitación para poder ejercer en condiciones de seguridad. El

trabajo sexual femenino se manifiesta en diversas formas, ya sea en la calle, en pisos dirigidos por una *madamme* o un *chulo*, en clubes de alterne o en fumaderos. Sin embargo, la mayoría de estas actividades se desenvuelven en la clandestinidad. Es precisamente este carácter clandestino lo que criminaliza a las mujeres y las expone a mayores niveles de inseguridad.

Tabla 9. Matriz de análisis discursos y posiciones sociales en el Trabajo sexual (Imagen social)

Matriz de análisis discursos y posiciones sociales en el Trabajo sexual	
Categoría	Imagen social
Verbatims de sentido subjetivo	Ahora son amigos, o sea más que clientes, a ver. El año pasado me hice una pequeña clientela de diez o doce personas, que las mantuve. Y ganaba bastante bien, ganaba cuatro mil euros al mes. Me paga la fiesta y encima, bueno. Aunque no sea de tu agrado y la persona no sea de tu gusto, pero bueno, siempre soy de la opinión que todo el mundo tiene algo que dar y <i>pa</i> eso estamos, ser profesional del sexo (Esteban, Catalunya, 94, <i>Chemsex</i>, 44 años). R: Mis clientes son gente de la calle. Antes en piso mejor porque ahí pagaban una media hora, mínimo cincuenta y te pagan sin problema. Te dan cincuenta y tú los guardas. P: Ya no hay clientes buenos. R: Ahora qué va. Cuando me dicen «vámonos, tres euros» yo les digo «¡qué!» ¡Qué asco!» (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 34 años).
Análisis El mayor valor social sobre el trabajo sexual masculino y el trabajo sexual femenino.	

La necesidad, el sacrificio y el **desagrado** que produce el ejercicio del trabajo sexual en ocasiones es otra de las cuestiones que han emergido durante las entrevistas sobre las cuales hay coincidencia en las posiciones sociales de ambos perfiles. El participante presenta una autopercepción de sí mismo revalidada en base a los servicios sexuales que ofrece, llegando a considerar a sus clientes como amigos que lo invitan a participar en «la fiesta», es decir, en el consumo de sustancias durante extensas sesiones de actividad sexual. En todo momento, Esteban dirige el sentido de su intervención tratando de desmarcarse del trabajo sexual por necesidad.

Tabla 10. Matriz de análisis discursos y posiciones sociales frente en el Trabajo sexual (Capacidad de negociación)

Matriz de análisis discursos y posiciones sociales frente en el Trabajo sexual	
Categoría	Capacidad de negociación
Verbatims de sentido subjetivo	Estuve trabajando de <i>scort</i>. Me fue bien, si es un trabajo duro, o sea que está con personas que no te agradan y encima, mantenerlas. Es duro. (Esteban, Catalunya, 94, <i>Chemsex</i>, 44 años). P: ¿Si te piden hacer cosas que tú no quieres hacer? R: Algunas veces sí, yo hago.

	P: Si pagan más o no puedes negociarlo. R: Si pagan más o sí, si pagan. Sabes algunos momentos es ya. Tú tienes que hacer para solo coger dinero. (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 34 años).
Análisis Existe relación entre una mayor situación de necesidad y una menor capacidad negociadora a la hora de establecer límites en las prácticas sexuales.	

El reconocimiento del sacrificio inherente a estar permanentemente disponible para satisfacer a los clientes y, por ende, garantizar ingresos estables a lo largo del tiempo, evidencia el papel crucial que la necesidad desempeña en la práctica del trabajo sexual. Desde su perspectiva, Esteban le atribuye un carácter profesional, mientras que, desde otra, Yulia lo considera su única opción posible. Una mayor situación de pobreza motivada por la necesidad del consumo aumentará la presión sobre las mujeres adictas a aceptar clientes o prácticas, como el sexo sin preservativo, que en otras circunstancias materiales rechazarían.

08.

CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TENDENCIAS EN LAS POBLACIONES OCULTAS.

8.1 El género de las drogas: entre el estigma y la normalización

8.2 Marginalidad y trabajo sexual de calle en consumidoras de *crack*

8.3 La heroína y la metadona en las mujeres gitanas

8.4 Policonsumo. Metanfetamina, mefedrona, alfa, GHHB en contextos de *chemsex*.

8. CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TENDENCIAS EN LAS POBLACIONES OCULTAS.

El objetivo de este capítulo es abordar el consumo de sustancias desde una perspectiva multidimensional, considerando los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en este comportamiento. Una de las grandes aportaciones que se desprenden parte de la desfragmentación de cada uno de los perfiles y su clasificación en función de las sustancias de consumo, las prácticas de riesgo asociadas al contexto y a la situación de pobreza, así como a las pautas de autocuidado que llevan a cabo. Este análisis parte de comprender de qué forma es posible insertar cada uno de los subgrupos en las diferentes fases históricas de la historia de las sustancias.

Esto favorecer la práctica preventiva para los recursos sociosanitarios por tres razones:

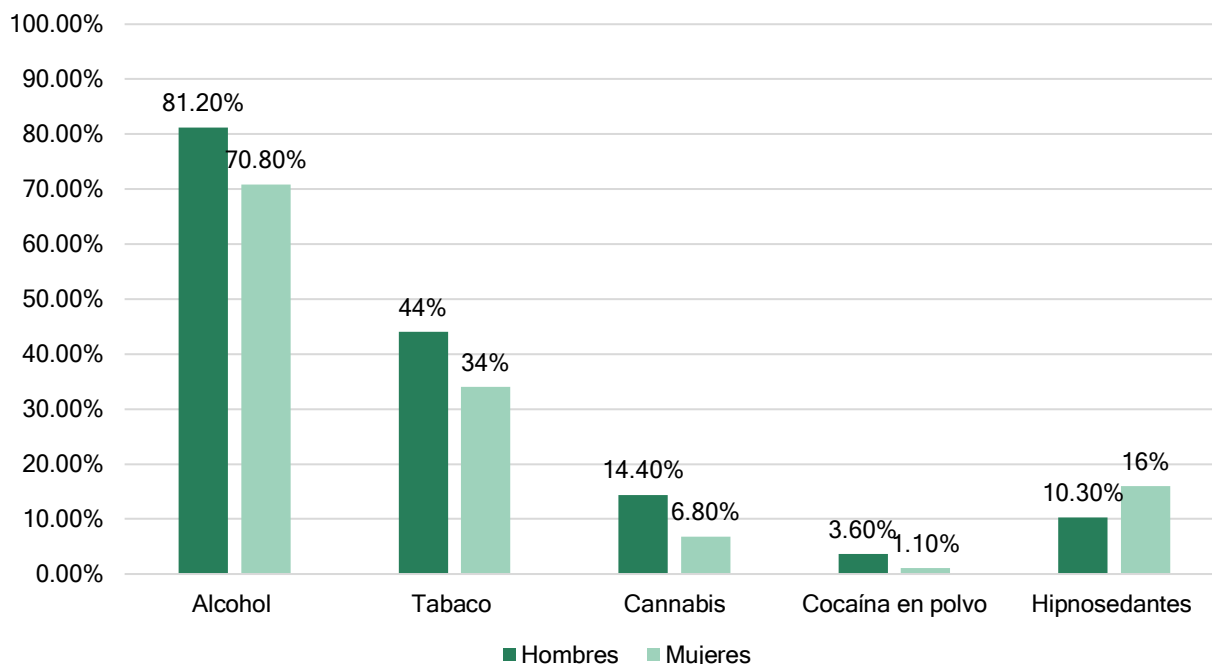
- En primer lugar, porque permite ubicar a cada uno de los perfiles.
- En segundo lugar, permite detectar cuáles son sus necesidades, qué vacíos completan por medio del consumo
- En tercer lugar, qué tipo de itinerario se ha de implementar en función de las particularidades de cada uno de los perfiles. Es decir, reconocer qué debemos activar en las personas adictas para mejorar su calidad de vida.

Tan solo conociendo con detalle las trayectorias de las **Mujeres drogodependientes que ejercen trabajo sexual**, las **Mujeres gitanas** en situación de precariedad y los **Hombres gais y hombres que practican sexo con hombres en contextos de chemsex** son diferentes y están atravesadas por factores de vulnerabilidad individual, factores de riesgo y factores de protección. A continuación, a partir del análisis de los datos recogidos durante el trabajo de campo, indagaremos en los motivos que empujan a la adicción a cada uno de ellos, las representaciones sociales que realizan y la percepción social que se deriva de sus consumos.

8.1 EL GÉNERO DE LAS DROGAS: ENTRE EL ESTIGMA Y LA NORMALIZACIÓN

Cada año, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) hace públicos sus informes EDADES y ESTUDES, basados en estadísticas, que aportan datos sobre el consumo de sustancias en España en población adulta, (mayor de dieciocho años) en el primer caso, y en población de joven en el segundo (de catorce a dieciocho años). De acuerdo con esos informes, **el consumo de sustancias psicoactivas en España en 2022 está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con la excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides.**

Gráfico 12. Consumo de sustancias según (EDADES, 2022)



En este marco temporal, el consumo es mayor en hombres que en mujeres en lo que respecta al consumo de alguna bebida alcohólica (82,1 % vs. 70,8 %), al consumo de tabaco (44 % vs. 34 %), al consumo de cannabis (14,4 % de los hombres, frente al 6,8 % de las mujeres, esto es 7,8 puntos de diferencia) y al consumo de cocaína en polvo (3,6% vs. 1,1%). Por el contrario, la prevalencia de consumo de hipnosedantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres (16 % vs.10,3 %).

El consumo de hipnosedantes bajo prescripción médica en las mujeres es una cuestión que preocupa porque se ha detectado como **una estrategia de afrontamiento de tipo evitativa** (Miller, 1987) ante episodios de ansiedad, traumas y estrés. En el caso de las sustancias ilegales, según Martínez-Redondo y Arostegui (2022: 29), el 27,6% del total de **mujeres** de dieciséis a sesenta y cuatro años que han sufrido violencia física, sexual, emocional o miedo (VFSEM) de alguna pareja o expareja, afirma que consumieron medicamentos, alcohol u otras drogas para afrontar los episodios de violencia. Lo que indica que la prevalencia de las dos problemáticas no es algo excepcional.

Generalmente, la forma de aproximarnos al tema de los consumos de las mujeres ha sido desde su consideración de víctimas de violencia de género. Acertadamente, es un factor común

que se detecta en gran parte de las historias de adicción de las mujeres. No obstante, no es el único. Si adoptamos este enfoque corremos el riesgo de victimizar y reducir a las mujeres en su rol de parejas, negando así otra serie de factores de riesgo que también tienen lugar. Encontramos la misma semejanza a la hora de justificar los consumos de riesgo en el colectivo LGTBIQ+ en contextos de **chemsex** como estrategia de afrontamiento ante la homofobia interiorizada, es decir, el autorechazo de la orientación sexual.

No obstante, debemos remarcar que **ni el género, ni la orientación sexual ni la identidad cultural son factores de riesgo en sí mismos asociados al consumo. Estos condicionantes no predisponen genéticamente hacia las adicciones ni protegen de ellas, pero la respuesta social, la aceptación o el rechazo, la naturalización o el desprecio que se genera hacia determinadas identidades sí que suponen un factor de riesgo hacia las conductas adictivas.**

Los contextos sociales determinan los usos de drogas tanto en los hombres como en mujeres. Al igual que otras investigaciones que han tratado de visibilizar el género en contextos de uso de drogas (Haines *et al.*, 2009)., nuestro análisis sugiere que el género está implícito y es performativo en las acciones de las personas.

La importancia del diálogo durante las entrevistas ha permitido al equipo investigador conocer el valor simbólico que atribuyen al consumo: qué hace una sustancia preferible ante otra, por qué vía consume, en qué contextos, qué prácticas conlleva, cómo¹⁸ es el espacio físico donde se consume, qué estrategias de cuidado adoptan o qué factores de riesgo asumen. Conocer estas cuestiones, a menudo invisibilizadas permite adecuar los recursos de prevención de daños y reducción de riesgo desde una perspectiva de género.

A lo largo de este capítulo analizaremos los diferentes sentidos y significados que se le asigna a cada sustancia, así como con el perfil social que la consume predominantemente. También veremos de qué forma la clase social o estar más insertado en el sistema sirve como excusa para diferenciar entre buenos y malos consumidores problemáticos, estando representados los primeros por personas de clases favorecidas.

¹⁸ De acuerdo con lo que señala Llorit Suárez, (2018: 58) la descripción de los espacios será una parte fundamental para comprender cómo las relaciones que se generan en ellos moldean sus experiencias y las condiciones de riesgo en los que se realizan estos consumos.

Tabla 11. Clasificación tipo de sustancia consumida según perfil social¹⁹

	Trabajadoras sexuales	(%)	Mujeres gitanas	(%)	Chemsex	(%)
Base	14	42,4	7	25,9	-	-
Cocaína fumada	2	6,06	2	7,4	-	-
Heroína y cocaína inyectada	5	15,1	6	22,2	-	-
Heroína y crack	3	9,09	-		-	-
Heroína fumada	1	3,03	-		-	-
Heroína y metadona	-	-	2	7,4	-	-
Metanfetamina	-	-	-		2	40
GHB	-	-	-			
No	8	24,2	9	33,3	3	60
Total	33	100%	27	100%	5	100%

Observamos una clara distinción entre el perfil social y la sustancia consumida, así como también la vía por la cual se administra. A continuación, desarrollaremos cómo se presentan las sustancias en los discursos de quienes las consumen.

¹⁹ Los resultados que muestra la Tabla 11 contemplan también los datos recogidos de nuestra investigación «Procesos de empoderamiento y acceso a derechos de las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes» con la finalidad de contar con una muestra más amplia que nos ofrezca una mejor panorámica del fenómeno

8.2 MARGINALIDAD Y TRABAJO SEXUAL DE CALLE EN CONSUMIDORAS DE CRACK

Las encuestas mencionadas anteriormente (EDADES y ESTUDES) presentan el consumo de sustancias en base al sexo para visibilizar las diferencias y similitudes. Si bien es cierto que una segregación de los datos por sexo es necesaria, es insuficiente para explicar las razones que hay detrás del consumo y no responde al «por qué». Es necesario descubrir las motivaciones que hay detrás para conocer la realidad y el estado de la cuestión. La comprensión del «por qué» nos lo darán los relatos y discursos emitidos por nuestras participantes.

El *crack* se produce fácilmente a partir del polvo de la cocaína común y se hierve con bicarbonato o amoníaco. Suele fumarse, pero también puede disolverse para su administración por vía parenteral. En cuanto a los efectos del *crack* son, a diferencia de la vía esnifada, mucho más intensos, breves y de rápida aparición, y conllevan, paralelamente, mayores riesgos por lo que respecta a la capacidad de generar adicción y otras problemáticas de salud. Por todas estas razones, es una forma de consumo altamente tóxica y adictiva. Tiene un fuerte efecto estimulante del sistema nervioso central, al tiempo que produce sensación de placer. Genera mucha ansiedad y compulsión en el consumo, y la posterior dependencia, sobre todo psicológica (Farrús, 2013: 320).

El [Informe del Observatorio español de las drogas y las adicciones de 2022](#) refleja que la evolución de la prevalencia de consumo de la cocaína (bien sea en polvo o base), muestra que los niveles de consumo de esta sustancia siguen bajando progresivamente, registrando así el menor dato desde 1996 en la mayoría de los periodos temporales contemplados.

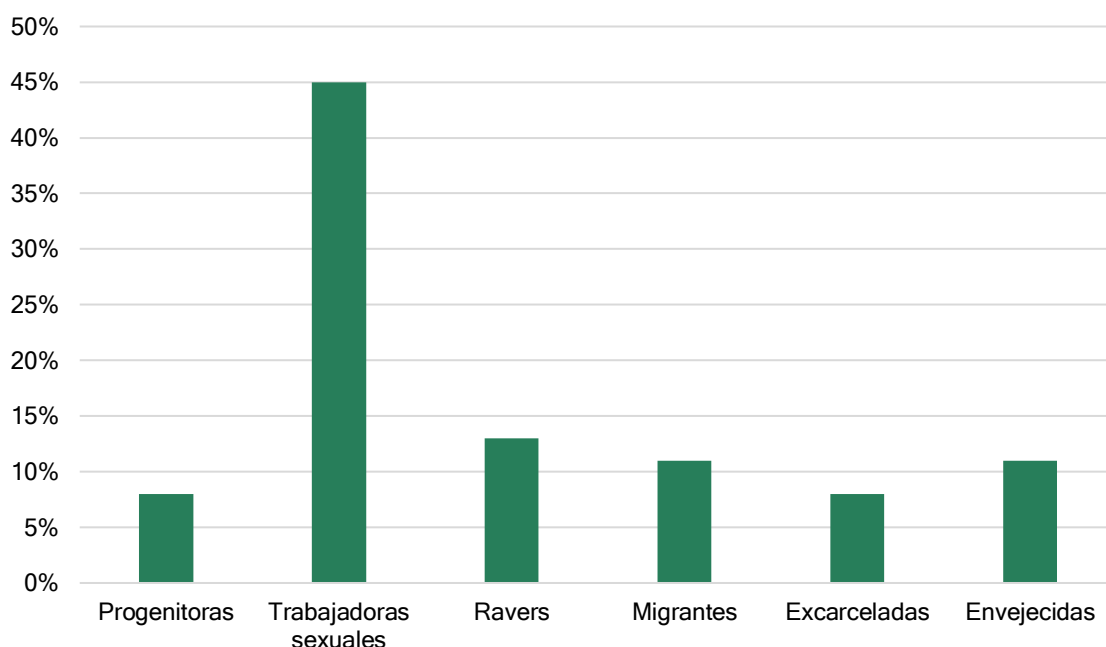
“ Sobre esa droga, la tienen como muy tirada, como de gente muy drogadicta. En cambio, la coca la tienen como a la orden del día, hacerse una rayita... ¿sabes? Que eso no está mal, sin embargo la base la tienen como la heroína, como gente que está ya muy tirada (Lidia, Comunidad Valenciana, 108, Trabajadora sexual, 41 años).

No obstante, el [Informe Europeo sobre Drogas de 2022](#), titulado «Tendencias y novedades», apuntó que el consumo de *crack* se observa principalmente en grupos vulnerables y marginados, muchos de los cuales tienen otros problemas de consumo indebido de sustancias, incluidos problemas relacionados con los opioides (EMCDDA, 2022: 13). Existen importantes diferencias en la imagen social de las personas drogodependientes en función del tipo de sustancia generadora del problema de consumo.

Introduciéndonos en nuestra población objeto de estudio, en el Gráfico 14 representamos el consumo de *crack* y combinación de heroína en función de los diferentes perfiles que componen

nuestra base de datos de poblaciones ocultas²⁰ y que, además, ejercen o han ejercido trabajo sexual por supervivencia. El porcentaje de las mujeres de perfil Trabajadoras sexuales destacan por encima de resto con un cuarenta y cinco por ciento.

Gráfico 13. Consumo de crack y heroína en mujeres que realizan trabajo sexual según perfil (%)²¹



Las sustancias, concretamente la heroína, el *crack* y la cocaína base –y las vías (inyectada, fumada en papel de aluminio o pipa de vidrio) remiten a enfermedad y adicción. Esto es así debido al recuerdo instalado en el imaginario colectivo de lo que fue la «Crisis de la Heroína» en los años ochenta.

Al adentrarnos en nuestra población objeto de estudio, hemos detectado una prevalencia de estos consumos en las mujeres drogodependientes que realizan trabajo sexual. El vínculo entre la prostitución, la cocaína base y el *crack* ha sido explorado por otros estudios que hemos tomado como referencia a la hora de aproximarnos al objeto de estudio. El estudio realizado en 2015 por Kopetz, Collado y Lejuez, nos resultó especialmente interesante por los términos en los que planteaba el objeto de estudio ya que exploraba la idea de que, «aunque estas mujeres conocen y comprenden las consecuencias de tal comportamiento, les resulta difícil resistirse a él cuando el

²⁰ Esta base de datos cuenta con un total de trescientas veinte dos registros de entrevistas a poblaciones ocultas.

²¹ La metodología de cálculo de este porcentaje parte de total de personas de la población objeto de estudio que reunía la condición de hacer trabajo sexual, consumidora de *crack* y/o combinación de heroína y *crack*.

objetivo de obtener droga les resulta accesible» (Collado, 2015: 40; Kopetz, *et. al*, 2015) Señalaban también que «cuando se aumenta experimentalmente la accesibilidad de dicho objetivo, las participantes para las que el intercambio sexual representa un medio instrumental para la obtención de drogas se acercan más rápidamente a los objetivos de intercambio sexual a pesar de sus intenciones autodeclaradas de evitar dicho comportamiento (Kopetz *et al.*, 2015). A la hora de caracterizar este perfil observamos que la media de edad de las mujeres se sitúa en torno a los cuarenta años.

El *crack* y la base, al contrario que la cocaína en polvo, reúne conceptos estigmatizantes ya que se vincula a personas consumidoras en situación de calle y muy desmejoradas físicamente. El género desempeña un papel fundamental en relación con los consumos. Tomamos el ejemplo de Yulia quien construye su discurso con un componente de culpa y autosanación:

“P: ¿Y cómo es que ahora estás en la calle?

R: Porque estoy con base allí.

P: ¿Allí no se podía?

R: Sí, pero yo no podía. Después no podía trabajar sin droga, no podía hacer casi una mierda. La droga estaba ocupando todo mi tiempo y todo mi dinero. Después dinero no hay y ya (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 38 años).

Yulia, como muchas otras mujeres que comparten adicción a esta sustancia, han sido separadas de su descendencia. A ojos de la sociedad, esto representa un fracaso en su rol y responsabilidad reproductiva y de cuidados asociada a la feminidad. Esto, en un marco de condiciones de pobreza material, agravan esta situación e interpone barreras ante cualquier tipo de mejora.

La totalidad de las entrevistadas que presentan este consumo **realizan trabajo sexual de calle** o en contextos de marginalidad, como en los fumaderos. La situación de necesidad y dependencia que presentan las introduce en una espiral y un estilo de vida anclada al consumo. Son sobradamente conocidos los efectos que el ejercicio de la prostitución tiene sobre las mujeres, su imagen social, su salud bio-psico-social o sus vidas. Mujer, drogodependiente y prostituta son tres etiquetas que no hacen sino provocar estigma social y un devastador proceso de exclusión social del que es muy complicado recuperarse. Puede que la prostitución sea la forma más rápida de obtener la sustancia, pero no la más fácil (Cantos Vicent *et al.*, 2016: 115).

Las mujeres que componen este grupo también presentan adicción a sustancias legales, como el tabaco y las benzodiacepinas bajo receta médica. En cuanto a los aspectos relacionados con la salud muestran una actitud decaída, sin fuerzas para seguir adelante. En cuanto al uso de los recursos hemos detectado que algunas de ellas sí que acuden a aquellos espacios de reducción de daños o entidades de base comunitaria, en cambio, las visitas al médico de atención primaria

“ Porque estás buscándote la vida. Entonces ya, hasta que tú no encuentras lo que necesitas, no... ya no te haces cargo ni de ti misma (Mar, Catalunya, 184, Mujer transexual, Trabajadora sexual, 42 años).

son menos comunes. En momentos en los que se encuentran en un pico de consumo, **la dejadez personal y el abandono de prácticas de autocuidado** empeora su estado de salud, tanto físico como emocional.

A raíz de la cita anterior, introducimos aquí una mirada interseccional para prestar atención a las particularidades que presentan las **Mujeres transexuales con problemas de adicción y ejercen trabajo sexual**. En el conjunto de nuestra base de datos, contamos con dos entrevistadas, ambas de dieciocho años, nacidas en 2004 de modo que su consumo se caracteriza por hacer uso de una combinación de sustancias: ketamina, GHB, *speed*, cocaína. El rechazo hacia su identidad sexual por parte de sus familiares a una edad tan temprana presenta un impacto directo con su relación con la adicción, al mismo tiempo que se encuentran en una relación de conflicto con respecto a su identidad. Una situación que no sería tan dolorosa si se contase con apoyo y respaldo familiar o del contexto. Sobre las mujeres transexuales recae la imagen estereotipada de «consumidoras de drogas», «sexualizadas» y «portadoras de VIH». Estas asunciones producen imágenes negativizadas que se interiorizan e incluso se asumen. De modo que, construir la propia identidad a partir atributos negativos e imágenes deformadas, tiene como resultado personalidades e identidades agraviadas y con una baja autoestima. Es la sociedad, aun anclada en valores culturales patriarcales, la responsable de situar a estas personas en una posición social segregada y castigada.

8.3 LA HEROÍNA Y LA METADONA EN LAS MUJERES GITANAS

Tal y como hemos apuntado en anteriores ocasiones, las mujeres de minorías étnicas consumidoras de drogas, especialmente aquellas de etnia gitana, presentan una imagen social negativa, tanto en el interior de su comunidad como hacia el exterior. En el seno de la comunidad gitana, el hecho de que una mujer consuma es motivo de sanción, segregación y castigo. La mujer desempeña un rol muy marcado por los mandatos de género en el seno de su comunidad. La mujer gitana es la representación de la maternidad y la cohesión del grupo. De modo que, la realización de acciones que puedan poner en peligro dicha cohesión, son sancionadas incluso motivo de expulsión. El excesivo control al que se ven sometidas no solo viene de parte del marido, sino que también se hace extensivo al resto de miradas del grupo. **Esto explica que la adicción sea una parte de su vida que llevan de manera oculta.** A la hora de categorizar los consumos de este perfil social hemos detectado en nuestra población estudiada que:

- **Mujeres gitanas envejecidas de consumo crónico. Aquellas que están en tratamiento de metadona, combinan metadona y heroína o consumen heroína se sitúan en torno a los sesenta años.** De modo que situamos sus inicios en el consumo de heroína por vía parenteral en la etapa de principios de los años ochenta, fase denominada «crisis de la heroína» entre el año 1979 y el 1992. Actualmente, todas ellas han abandonaron el consumo por vía intravenosa y cambiaron a la vía fumada. Observamos que esta generación de mujeres no ha realizado trabajo sexual y aquellos que lo hicieron (un cuarenta por ciento que representa un total de dos mujeres de cinco) el motivo que manifestaron fue por mantener el consumo de otro hombre.

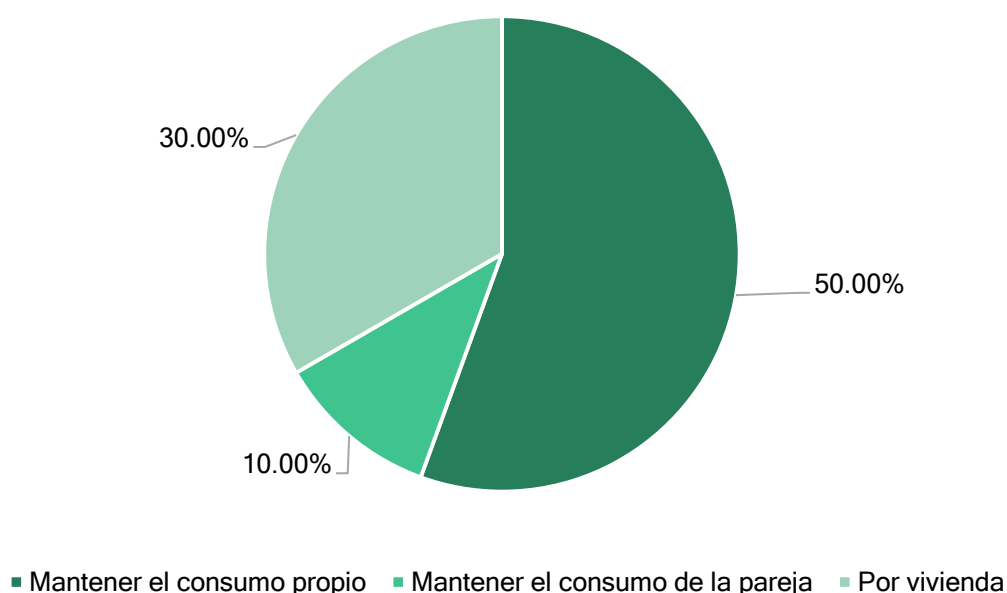
En cuanto a otras sustancias, el consumo de benzodiazepinas en estas mujeres no resulta tan común, no fuman tabaco y el consumo de alcohol es muy marginal. En cuanto a temas de salud, contabilizamos en nuestra base de datos que el cincuenta por ciento de estas mujeres tienen VIH/sida en tratamiento y todas ellas han tenido Hepatitis C en algún momento, para la cual ya han recibido tratamiento. Además, padecen otras enfermedades asociadas a la edad (dolencias óseas) y derivadas del consumo (problemas pulmonares).

- **Mujeres gitanas marginalizadas.** Se sitúan en torno a los cuarenta años, de modo que situamos esta generación en la tercera fase de la historia de la heroína se sitúa en el periodo entre crisis desde el año 1993 hasta el 2008. Es la denominada etapa de la marginalización. Las podemos dividir por la sustancia de consumo: aquellas que fuman base y cocaína y por otro lado, aquellas que combinan la heroína y la cocaína, tanto por la vía fumada como por la vía parenteral.
 - Las mujeres que componen el primer perfil de **mujeres que fuman base y cocaína** hemos obtenido los siguientes resultados. En primer lugar, hemos contabilizado en nuestra base de datos que todas ellas ejercen la prostitución. Entre los motivos destacan: el

cincuenta por ciento por «mantener su consumo», el diez por ciento por «mantener el consumo de otro hombre», cuarenta por ciento «por vivienda».

Acudimos al testimonio de Paloma, una mujer gitana que realiza trabajo sexual de cuarenta y tres años: «[la prostitución] es una cosa que no me gusta, me da mucho asco. Entonces a veces lo hago obligadamente porque no tengo para consumir. Me veo apurada y entonces...» (Paloma, Murcia, 426, Mujer gitana y trabajadora sexual, 43 años). Paloma se ubica en etapa generacional cuya juventud vivió en los años noventa, ha sido consumidora de heroína por vía fumada toda la vida y actualmente consume base a diario. «Hombre, los payos siempre han sido los que me han ayudado y los que más arropada estábamos, porque lo que no han hecho en mi familia pues me la han hecho otras personas. Siempre me han ayudado más. ¿Me entiendes?» (Paloma, Murcia, 426, Mujer gitana y trabajadora sexual, 43 años).

Gráfico 14. Motivos de Trabajo sexual en Mujeres gitanas consumidoras de base



En relación con otras sustancias, la totalidad de estas mujeres consumen benzodiazepinas diariamente y fuman tabaco, el sesenta y seis por ciento consume cánnabis de forma más o menos habitual. Por lo que hace a los temas de salud, tan solo una de ellas tiene diagnosticado VIH y no se encuentra en tratamiento.

- En cuanto a las mujeres gitanas que **combinan el consumo de heroína y cocaína**, destacamos su estado de especial marginalidad. Reúnen una serie de características que las sitúa en una posición social especialmente agraviada. En primer lugar, todas se encuentran en situación de calle crónica (de uno a diez años), motivo que repercute en su estado de salud: problemas de insomnio, malnutrición y enfermedades pulmonares.

La situación de desarraigo viene motivada por la representación social que tienen ambas sustancias asociadas a la idea de la destrucción familiar y de la comunidad (Rengel Morales, 2005: 8). Este perfil de mujeres acude a los recursos de atención sociosanitaria de forma habitual, ya sea para recoger material estéril o cobertura de necesidades básicas.

La situación de invisibilidad en la que se encuentran estas mujeres ha sido señalada por las profesionales de los recursos de reducción de daños que hemos entrevistado. Las trabajadoras sociales del centro REDAN de La Mina (Barcelona) señalaban que las usuarias de etnia gitana que acudían a su recurso o bien venían de otros barrios de la ciudad o bien lo ocultaban al resto de la comunidad; «tenemos un caso muy significativo de una de ellas: cuando acude manifiesta que viene a hacer otra cosa y nosotras la acompañamos» (Trabajadora social, Catalunya, 38, Redan La Mina).

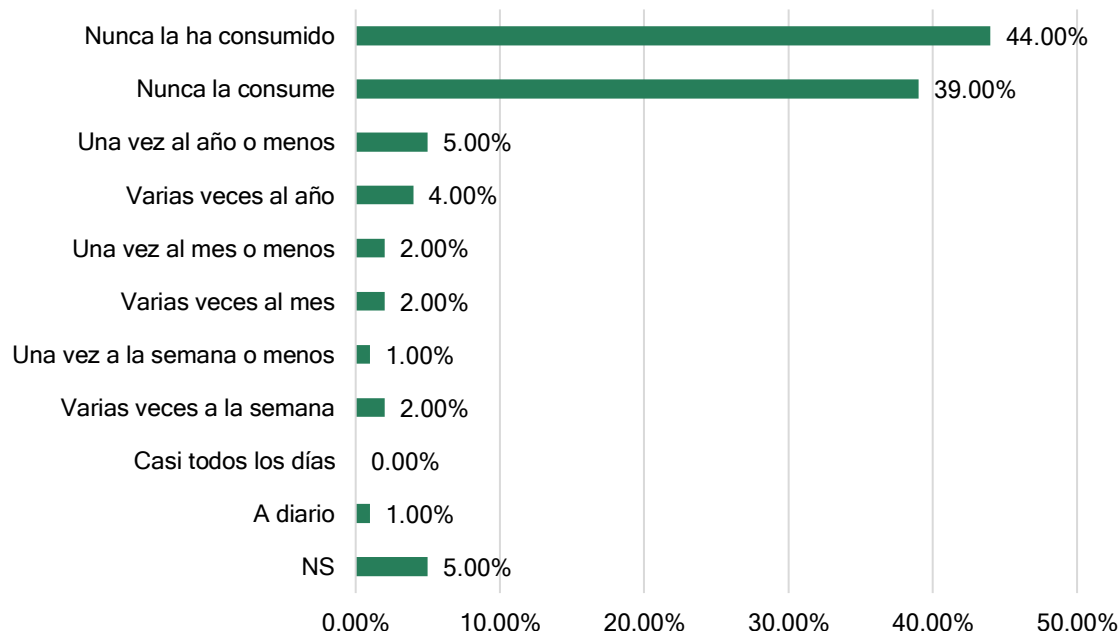
La imagen social negativa hacia las mujeres gitanas con adicciones las sitúa en posiciones desafiantes con las funciones sociales asignadas y los roles de género en el marco de su comunidad. Una acción considerada irresponsable en tanto que hace tambalear el trabajo reproductivo necesario y contradice los roles de madre, esposa o compañera.

8.4 POLICONSUMO. METANFETAMINA, MEFEDRONA, ALFA, GHB EN CONTEXTOS DE CHEMSEX

Un primer rasgo que caracteriza a las personas que realizan *chemsex* es la prevalencia del policonsumo. El Ministerio de Sanidad realizó durante el año 2020 un [Estudio teórico dirigido a abordar el fenómeno del *chemsex* en el marco de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida](#). En él se apuntaba que las drogas más consumidas vía inyectada son metanfetamina y mefedrona, aunque hay algunos hombres que se inyectan también con otras drogas solubles como cocaína, MDMA, mefedrona o ketamina, o incluso que también pueden hacerlo con una mezcla de drogas (MS, 2020: 39). El aumento progresivo al consumo de metanfetamina es una cuestión que ha alarmado a las autoridades. Esta sustancia, también conocida como «tina», «cristal meth» o «shabú»²², entre otros, presenta efectos de subida y de bajada. Por un lado, aumenta la sensación de energía, excitación y aumenta el deseo sexual. A los días de haberla consumido, se experimentan sensaciones de «bajada» que algunos de los entrevistados calificaban de problemáticos, como por ejemplo tristeza, apatía o irritabilidad.

El número de personas que realizan uso de metanfetamina es bajo, pero observamos una tendencia de aumento sostenido. Los mayores consumos se han detectado en Barcelona, esto se corresponde con los datos recogidos en nuestra población objeto de estudio.

Gráfico 15. Nivel de consumo de metanfetamina en la población objeto de estudio (Total/N=383)



²² El término «shabú» se emplea mayoritariamente al consumo de metanfetamina que realiza la población filipina de Barcelona.

El *chemsex* es un fenómeno emergente y como tal, las sustancias asociadas a esta práctica van cambiando, dependiendo de su situación legal, facilidad de adquisición etc. En función de factores como el precio, accesibilidad, estatus legal o zona geográfica, se han descrito mayores o menores prevalencias de una u otra sustancia. Por ejemplo, a raíz de las entrevistas a las profesionales de los recursos sociosanitarios hemos identificado que en la ciudad de Madrid es más prevalente el consumo de metedrona en contexto de *chemsex* mientras que en Barcelona se observó mayor consumo de metanfetamina que de metedrona. Los hombres que ejercen *chemsex* que han participado en el estudio, todos de Barcelona, usaban la metanfetamina y el GHB, principalmente, aunque el consumo se combinaba.

La metanfetamina es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Presenta un gran potencial adictivo y múltiples secuelas, una de las mayores preocupaciones que emergen en el ámbito de la atención sociosanitaria gira en torno a las prácticas de riesgo que tienen lugar durante los encuentros sexuales (Sola *et al.*, 2021). Por su parte, el GHB es una sustancia recreativa que puede encontrarse en polvo, o con mayor frecuencia como líquido incoloro. Habitualmente se consume disuelto con alcohol. En cuanto a los efectos, se alcanza un estado de euforia, bienestar y desinhibición en contextos de ocio. Si bien el consumo de metanfetamina está aumentando en el norte europeo, en el estado español aun es muy residual y se encuentra muy localizado.

Ambas sustancias presentan una **dimensión subcultural** en la medida que se vincula a determinados perfiles sociales y contextos, como el colectivo homosexual en contextos de *chemsex*. La cita que mostramos a continuación pertenece a Braulio, un varón brasileño que nos relata secuencialmente cómo vivió la transformación social en el seno de la subcultura LGTBQ+ asociada al ocio. Sitúa el año 2008 como el punto de inflexión en el que las sustancias comenzaron a introducirse en el ambiente gay y esto supuso el inicio de su adicción.

“ Yo fui de los veteranos yo entré en la droga en la metaanfetamina hace una década que fue un periodo más eufórico. Yo aquí en Barcelona viví la época de *Salvation* y luego cambió de nombre, o sea desde la *Salvation* a *Look Me Don't Touch* ha cambiado de todo Yo puedo decir que hoy en día ha empezado un nuevo siglo de personas y por ahí alrededor del año 2008, sí creo que 2008 con la peña de after fue el principio cuando empecé a tomar drogas. Empecé con la cocaína y luego también probé el éxtasis primero socialmente y luego relacionado con el sexo. Al final del tiempo yo me quedé enganchado y tenía una vida muy buena porque yo me dedicaba al porno. Fui el pionero del porno gay en España. Relacionado con las drogas, son etapas muy importantes: «la salvación» tú estás debajo de la montaña, te caes, y no pasa nada porque están en el llano y «la perversión» es cuando va de montaña abajo, es cuando empiezas a hacer cosas que tu no harías en un estado normal. (Braulio, Catalunya, 93, *Chemsex*, 45 años)

Los términos que escoge para la construcción, enfrentando «la salvación» asociado al momento de control y «la perversión», vinculado al momento en el que el *chemsex* comienza a perturbar el control de sus actos.

Nos fijamos, a continuación, en el discurso de Sixto, quien apunta a los códigos y simbología asociada al *chemsex*. El imaginario colectivo de referencias sexuales, códigos, morbos y fantasías actúan como engranaje y soporte de las prácticas del *chemsex*. Esto provoca que el uso de sustan-

“ Yo aprendí muchos códigos y prácticas sexuales que yo no había practicado hasta entonces como, por ejemplo, el *fisting*. Y fue...estuvo muy bien, fue muy interesante mi experiencia en Ámsterdam, fue muy, muy interesante. Ya te digo, yo creo que la sexualidad en Centroeuropa es un poquito más técnica, igual menos impulsiva o instintiva, como la que tenemos aquí en el sur de Europa y un poquito más racional (Sixto, Catalunya, 95, *Chemsex*, 43 años).

cias no sea visto como un problema, sino como parte de sus relaciones sexoafectivas, forman parte de su liberación social e identificación con el grupo de iguales. La expansión de este fenómeno no podría entenderse sin el papel de algunos elementos facilitadores, como la eclosión del circuito de los grandes eventos internacionales de ocio gay, y la incorporación progresiva de los hombres GBHSH al uso de herramientas y tecnologías de comunicación (*smartphones*, WhatsApp, App de contactos...) que facilitan enormemente la búsqueda de parejas sexuales y la adquisición de sustancias para uso individual o compartido, entre otros.

Llama la atención la cantidad de terminología, símbolos y conceptos que manejan, muchos ellos en inglés lo cual conecta con los orígenes del término. Conceptos como *slamming*, ‘inyectarse droga’ o *fisting*, ‘mantener relaciones sexuales con prácticas extrema’ o «sesiones de *chill*», ‘sesiones de largas horas en las que se hace un policonsumo y se mantienen relaciones sexuales entre las personas que participan en la sesión’.

La integración de conceptos y tecnicismos en el lenguaje de los entrevistados reporta una voluntad por construir su subjetividad desde la pertenencia a un grupo. Es decir, hay una intencionalidad por desmarcarse socialmente de la imagen social de la «persona drogadicta inyectora» sobre la cual recae un poderoso estigma. En la cita literal que mostramos a continuación hemos podido capturar este rechazo social hacia el «*slamming*» o la inyección —aunque, en la práctica ambos conceptos apelan a la misma acción— el significado que se desprende es diferente.

“ Hay gente que se inyecta mucho, y meta encima, pero es que a mí me sienta muy, muy, muy mal. Cada vez que me inyecto prefiero no hacerlo. Y bueno, es un punto final, que le doy a esto de la meta inyectada, paso a paso, me ha costado un año a aprender a inyectarme meta. Yo tenía fobia a las agujas, pero es una droga que es tan fuerte que bueno. A mí no me sienta bien. Hay gente que le sentará bien, no tengo nada en contra de ello. Soy consumidor habitual de meta fumada. O sea, que no (Esteban, Catalunya, 94, *Chemsex*, 44 años).

El **saber consumir, implica conocer límites propios y ajenos**. Implica conocer cómo funciona el organismo, los efectos de las drogas sobre él y reconocer los momentos oportunos de consumo (Sánchez Antelo y Mendes Diz, 2015: 375). Detectamos en el participante conocimiento y autocontrol sobre sus prácticas. Por un lado, a pesar de manifestar un interés por consumir metanfetamina por la vía intravenosa, finalmente decide decantarse por el placer autocontrolado frente a la necesidad. Por otro lado, atribuye importancia a la imagen y significados que se desprenden de las personas inyectoras y trata de desmarcarse de la imagen social. En ningún momento hace referencia a la posibilidad de asumir riesgos, sino que elabora su discurso con una marcada capacidad de agencia en cuanto a sus decisiones. En otras palabras, decide el consumo, asume riesgos, pero prioriza el disfrute.

La mayoría de los discursos de nuestros entrevistados están formulados desde la autoeficacia y la autoestima. Las subjetividades de los participantes y las formas en las que se construyen están vinculadas al plano de las identidades. La comunidad de hombres que realizan *chemsex* se trata de un colectivo con una identidad colectiva fuerte que sirve de apoyo y referencia. Las relaciones sociales y de las acciones concretas que se dan en el interior de esa comunidad presentan unos significados concretos que les dan sentido. Podemos decir, que la fortaleza identitaria de la comunidad es un factor de protección ya que, ante conductas y acciones que se salen de los límites estipulados se produce una sanción y un rechazo por parte del colectivo.

A ojos de la sociedad, la problemática que se le trata de imputar a estas prácticas desprende un juicio moral y una homofobia hacia otras formas de experimentar la sexualidad. Prácticas asociadas al «vicio» con una potente carga moral y estigmatizante. Esta óptica occidental de la sexualidad (Rubin 1989:14) como algo que puede resultar patológico, produce una visión generalizada del sexo como algo peligroso. Nuestra postura se aleja totalmente de una concepción moral y trasciende a aplicar una perspectiva desde la reducción de daños. Por lo tanto, lo interesante aquí es atender a dos cuestiones:

- ¿Cuáles son los riesgos que suceden en los contextos de *chemsex* que sea necesario abordar desde la prevención del riesgo?
- ¿Qué perfiles podemos identificar entre los hombres gais que realizan *chemsex* según su nivel de vulnerabilidad o protección?

En cuanto al primer planteamiento sobre qué riesgos suceden en los contextos de *chemsex* que sea necesario prevenir, la **falta de imposición de medios de prevención** ha sido uno de los principales riesgos que se ha identificado y sobre el cual se depositan todas las alarmas a raíz de haberse identificado un aumento de casos de VIH y enfermedades de transmisión sexual. La epidemiología ha avanzado mucho en la identificación de patrones de transmisión, señalando que el VIH se transmite cuando la carga viral es alta. La identificación de este acontecimiento como un escenario de riesgo es muy importante por dos razones:

- La primera, porque se desconozca el diagnóstico y la persona sigue manteniendo prácticas de riesgo. Esto significa que la mayoría de la gente que pasa el VIH sexualmente lo hace cuando hace poco que se ha infectado, a menudo, durante los seis primeros meses (Pisani, 2012).
- La segunda, apoyada por numerosos profesionales que participaron en la elaboración del [Documento técnico sobre abordaje del fenómeno del chemsex de 2020](#), porque el diagnóstico de VIH puede tender a una aceleración e incremento de la práctica de *chemsex* y el consumo de sustancias.

Esto sucede inmediatamente después de ser infectado, un momento en el que es bastante probable en el que se sigan manteniendo las prácticas de riesgo. La visión desde la epidemiología apunta que el virus se extenderá con mayor velocidad en situaciones donde la gente recibe las atenciones de muchos compañeros sexuales, porque serán capaces de contagiar el virus a todos ellos en los meses altamente más infecciosos. Si a todo esto le añades numerosas ITS no tratadas que generan picos de carga viral y abren puertas para los fluidos genitales, se acelera el proceso de traspaso. El virus se propaga mejor por redes de parejas que por cadenas.

Es muy importante conocer esta realidad porque los hombres VIH-positivos que tienen sexo con otros hombres son un grupo muy olvidado por la prevención ya que apenas hay intervenciones que entren en lo que se considera **prevención positiva**, la cual incluye la detección de necesidades básicas y psicosociales. En segundo lugar, la **importancia de desfragmentar el perfil de hombres gais** que realizan *chemsex* según su nivel de vulnerabilidad. Podemos encontrar tres tipos:

- El **perfil invisibilizado**. Estos se mueven en entornos de marginalidad, viven en situación de calle fruto del repudio familiar ocasionado por la intolerancia a su identidad y orientación sexual. En nuestra población objeto de estudio hemos contado con el testimonio de uno de estos hombres que, además, realiza trabajo sexual por supervivencia. No obstante, a pesar de su situación de vulnerabilidad no sólo demandaba altas cuotas, sino que además se encontraba bastante integrado en el circuito asistencial de necesidades básicas.
- Perfiles **migrantes en soledad**. En este caso, el duelo migratorio, el desarraigo y la soledad son factores de riesgo que catalizan el consumo. La búsqueda de apoyo en la comunidad gay que ejerce *chemsex* no siempre funciona como un factor de protección ya que la necesidad de pertenencia vehiculará sus decisiones y no la autogestión del riesgo por el placer seguro. Además, muchos pueden comenzar a vender servicios sexuales, incluso recibiendo menos dinero por encontrarse en mayor situación de necesidad y, por lo tanto, menor capacidad negociadora.
- El **perfil salvaguardado**. Son aquellos que han mostrado una elevada capacidad de gestión del riesgo, tiene vidas normalizadas, trabajo fijo y una pareja sentimental junto con la cual

practica *chemsex* y con la que se regula. En algunos casos, la pareja no consumidora es el motivo por el cual algunos abandonan o reducen la práctica hasta algo anecdótico. Este perfil suele contar con mayores factores de protección que de exposición al riesgo, entre otras cosas porque no parte de una situación de pobreza y precariedad. Sino que cuenta con un entorno social sobre el cual apoyarse y un conocimiento de los recursos y servicios existentes en términos de prevención de riesgos.

Por último, es necesario identificar las prácticas de riesgo que muchos hombres se aventuran a llevar a cabo en busca de aumentar el placer y proponer cambios en la conducta desde un punto de vista positivo y propositivo. Es decir, reduciendo riesgos sin renunciar al placer. Por ejemplo, el uso de la metanfetamina por vía oral en lugar de fumada. Las vías de administración son factores relevantes a la hora de prevenir riesgos sociales. La vía fumada es contraproducente porque, además, no se aprovecha satisfactoriamente la sustancia lo que puede llegar a convertir el consumo en compulsivo.

Concluimos que el uso de sustancias como la metanfetamina, el GHB (éxtasis líquido), mefedrona, Popper u otras sustancias sintéticas está normalizada y ampliamente aceptada entre los consumidores debido a los contextos y tiempos de consumo resultan aceptables incluso positivos para sus relaciones sexoafectivas. El *chemsex* es un fenómeno que, en gran parte, emerge como un producto de factores socioculturales: la cultura gay, las nuevas tecnologías o la pornografía. El alto consumo de drogas entre los hombres gais, bisexuales y otros hombres que mantienen sexo con hombres, no es sólo una conducta individual, es también un asunto colectivo porque se asienta en determinadas características de la cultura gay para la cual actualmente hay mucha oferta de ocio con un tinte *pink-market* que, en favor de un aumento de beneficios, no aplica las medidas preventivas necesarias para velar por la seguridad y la salud de sus usuarios.

09.

CONTEXTOS Y PATRONES DE CONSUMO. IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y PREVENCION DE RIESGOS

9.1 Los fumaderos y la calle

9.2 Las saunas, las fiestas y los
eventos de *chill*

9. CONTEXTOS Y PATRONES DE CONSUMO. IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

Un lugar no es peligroso en sí mismo, sino que lo son el conjunto de situaciones de riesgo que una persona que se encuentre muy vulnerabilizada sea capaz de gestionar. Los lugares como los fumaderos o la calle concentran riesgos que se experimentan según el género. Los fumaderos, por ejemplo, son un espacio clandestino muy masculinizado con sus propias dinámicas mientras que para las mujeres son espacio de concentración de violencias y roles de poder.

El término «fumadero» hace referencia a todo espacio privado donde se produce la compra y la venta de sustancias en su interior y a veces también se permite el consumo. Se encuentran generalmente en las grandes ciudades, en barrios y áreas urbanas especialmente degradadas que se consideran estratégicas debido a que el tránsito de personas consumidoras es frecuente

9.1 LOS FUMADEROS Y LA CALLE

La mayoría estudios que se han aproximado al fenómeno de las adicciones han adoptado como valor de referencia, tanto estadística como teórica, las diná-

“ Alguno en la calle te ve con mala mirada y te insultan, te llaman yonqui, drogadicta, con perdón, eres una puta, drogadicta, yonqui (Filomena, Madrid, 227, Migrante, 50 años).

micas del consumo masculino. El predominio de la perspectiva androcentrista en el análisis de las adicciones ha hecho que el consumo de las mujeres sea considerado como algo residual que ha situado a la mujer consumidora como «la otredad». Un concepto acuñado por Simone de Beauvoir (1949) que apunta a la construcción de la Humanidad desde el androcentrismo, es decir, el hombre define a la mujer no en sí misma, sino con relación a él, no la considera como un ser autónomo, ella es lo Otro.

Ahora bien, la evidencia científica es clara: las mujeres consumen drogas ilegales, lo que ocurre es que estas se encuentran alejadas del circuito asistencial, y cuando llegan, lo hacen en peor estado y más agraviadas.

El análisis del discurso de las mujeres entrevistadas pone de manifiesto la interiorización de la culpa por la realización de acciones socialmente consideradas «desviadas»: el consumo de drogas y el trabajo sexual. Acciones hegemonícamente no asignadas a su sexo porque llevan aparejadas connotaciones de riesgo, un atributo asumido por la conducta masculina, que en el caso de las mujeres se premia, sino que se penaliza. Esta penalización social e imagen degradada se hace explícita no sólo en los discursos de los hombres consumidores, sino también en la comunidad en general. Numerosos estudios – (Farapi Antropología Aplikatua, 2007; Maneses Falcón, 2006; Rojas, 2016; Romo-Avilés y Camarotti, 2015)— han apuntado acertadamente que, en el momento en el

que comienzan a adquirir visibilidad los consumos problemáticos de heroína en las mujeres, éstas son presentadas por medio de discursos estigmatizadores.

Discursos en los que las alusiones a la «promiscuidad», «el vicio», «ser yonqui», «madre irresponsable» o «la asociación con la prostitución» son reiterativas y presentan a estas mujeres atravesadas por una importante carga moral. Comparativamente, las **Mujeres de minorías étnicas**, principalmente las **Mujeres Gitanas** y **Mujeres Migrantes** han mostrado una posición social más agravada que el resto de las mujeres de otros perfiles sociales.

Desde los recursos asistenciales, las percepciones de los profesionales varían en función del territorio donde se ubiquen, o lo que es lo mismo, la disponibilidad y acceso a la sustancia en función del contexto.

“ P: ¿Ahora cuando consumes, donde lo haces?

R: Pues igual lo hago ahí debajo del puente. Yo no me quiero meter en el centro, ni en la cafetería ni meterme en problemas

P: ¿Siempre es en la calle?

R: Si yo intento que sea en sitios que no se pueda ver. En una esquina o alguien que estamos abajo que no se grite para que no miren desde arriba. ¿Me entiendes? No me gusta llamar la atención cuando estoy consumiendo quiero estar en un sitio donde no me molesta ni molesta tampoco (María, Asturias, 403, Gitana, 49 años)

Por ejemplo, el trabajador social del CAID de un barrio deprimido de la Comunidad de Madrid nos comentaba la incidencia de nuevos consumos y sustancias. La escasa percepción del riesgo en el consumo de cannabis se extiende en términos generales, tanto en hombres como mujeres, puede ser fruto de la normalización hacia la que caminamos.

“ Últimamente estos años el porcentaje de mujeres está aumentando. Siempre ha sido setenta por ciento hombres, treinta por ciento mujeres. Hay de todo, pero principalmente siguen siendo los estimulantes, o sea cocaína, metanfetamina y cosas así. También nos está viniendo episodios con temas de cannabis y primeros episodios psicóticos, que eso también es importante, porque, aunque parezca mentira, el cannabis es quizá la droga que más episodios nuevos psicóticos aparecen, al contrario, a lo que a lo mejor podamos pensar que pueda ser la cocaína, por ejemplo (Trabajador social, 430, Madrid, CAID).

Unas trabajadoras del Centro REDAN de La Mina, en Barcelona, nos confirmaban la acentuada brecha que hay en el acceso de mujeres gitanas al centro:

“ Al estar en el barrio de la Mina donde hay mucha población gitana tenemos pocas usuarias que sean del barrio. Al estar tan estigmatizado entre esta población el consumo de sustancias seguramente no llega todas las mujeres que están en consumo activo porque reciben mucha presión de su propia etnia entonces está muy mal visto y si esto sucede pueden repudiarlas y tienen que buscarse otros lugares, de hecho, las pocas que llegan así lo han expresado (Trabajadora social, 438, Barcelona, REDAN).

Así como entre hombres de etnia gitana se da una cierta complicidad, cuando acude una mujer esto es denunciado y expuesto a la familia y a la comunidad. Esta denuncia social puede desencadenar consecuencias terribles para las mujeres. De este modo, la estrategia que adoptan consiste en acudir a otros centros fuera de su barrio y lejos de su comunidad local. La problemática que se desprende es que, impide realizar desde los recursos sociosanitarios una intervención con la red familiar y el círculo cercano.

Otro aspecto sobre el que debemos indagar debido a que se trata de un fenómeno muy mediatizado es la cuestión de los «narcopisos» y los fumaderos. **Barcelona** cuenta con un gran número de fumaderos ubicados en la zona céntrica en el barrio del Raval mientras que en la **Comunidad de Madrid** estos se encuentran más repartidos, principalmente a lo largo del cinturón sur, donde también hay presencia de zonas de prostitución y mujeres consumidoras, así como en el barrio de Lavapiés ubicado en el corazón de la ciudad.

La presencia de los fumaderos obedece a los procesos de gentrificación y expulsión de la población autóctona de los barrios y con la degradación del precio de la vivienda y del suelo que ha dejado numerosas viviendas vacías en bloques plurifamiliares en propiedad de fondos de inversión. Los fumaderos operan de forma particular en función de las ciudades donde se encuentren. En estos espacios se reproducen los roles de género en los que hay un reparto de funciones, las mujeres vigilan mientras que los hombres se ocupan de la venta y ellas pueden comprar sustancias a cambio de sexo, lo cual las expone a agresiones sexuales. Según las mujeres entrevistadas estos espacios los perciben como inseguros y hostiles, según han manifestado las participantes en estos espacios es posible mantener relaciones sexuales a cambio de una aportación económica.

Son espacios escasamente dotados e insalubres, lo que aumenta la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas. La situación de necesidad motivada por la abstinencia y la pobreza material en la que se encuentran las personas que acuden, fomenta la realización de prácticas de riesgo y rebajar los niveles de protección, exponiéndose a la infratilización de preservativos durante las relaciones sexuales o bien compartir parafernalia de consumo. La inseguridad en estos lugares también se manifiesta en que, con frecuencia, se producen hurtos entre las personas consumidoras lo que aumenta los niveles de desconfianza y aislamiento. «La calle exactamente no, pero los sitios donde se consume droga, en los fumaderos, o en los sitios donde ejerce la prostitución te puede pasar (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años). Uno de los factores de

peligrosidad que se desprenden de estos lugares y resulta preocupante resulta el riesgo de sufrir una sobredosis sin obtener la asistencia adecuada. Debemos ser conscientes de los riesgos que el aislamiento social produce en las personas drogodependientes. El estigma las categoriza como personas indeseables y las aparta hacia los márgenes de la sociedad, donde solo se les permite habitar lugares que les empujan aún más hacia la marginalidad y la vulnerabilidad.

La razón por la cual las mujeres acuden a estos lugares y no lo hacen, por ejemplo, a las zonas de consumo supervisado, responde a una voluntad de no ser vistas, ni controladas y, en consecuencia, juzgadas o penalizadas por el consumo. Acudir a los recursos de atención significa enfrentar una situación de exposición social y a una sanción por haber quebrantado las expectativas hacia lo que se espera de una mujer. No obstante, existen otros elementos como el excesivo control e intervención y disciplinariedad en la práctica sanitaria. Esta percepción fue indicada por Sara, quien manifestó su insatisfacción por el tipo de trato que recibía en los recursos. «Claro, porque empiezan con el tema sanitario [...] no sé, no me gusta nada. Yo he estado como seis años consumiendo, vía intravenosa y alguna vez he ido porque yo no me lo sabía poner o algo. Pero es que mientras estás consumiendo empiezan a controlar. Te hablan o te miran (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 54 años)».

A modo de conclusión, conocer las dinámicas internas que se producen en estos lugares es central para el diseño de las estrategias de reducción de riesgos. Algunas prácticas que se han impulsado desde el ámbito sociosanitario es la provisión de naloxona para socorrer o recibir socorro, la dispensación de jeringuillas y material estéril o garantizar preservativos con la finalidad de proteger su salud. Estos lugares entrañan múltiples riesgos que no dependen únicamente de contar o no con el material adecuado, sino que esta realidad encuentra su origen en los procesos de gentrificación y especulativos de las ciudades, así como en la falta de recursos sanitarios ajustados a las necesidades de estas personas. Especialmente de las mujeres, quienes rehúsan de los recursos públicos y ponen su vida en riesgo debido a una escasa sensibilización y entendimiento por parte de quienes les dan trato en los recursos de atención.

9.2 LAS SAUNAS, LAS FIESTAS Y LOS EVENTOS DE CHILL.

La práctica del *chemsex* tiene una importante carga clandestina. Las personas lo suelen practicar en espacios tales como las fiestas privadas en viviendas —con una persona o en grupo (sesiones de *chill*)— o en locales comerciales como saunas o *sex-clubs*. Las **sesiones de chill** en viviendas privadas consiste en una reunión generalmente convocada por aplicaciones o canales internos como Grindr o Telegram a los que no todo el mundo tiene acceso. En el caso de las **saunas**, el sexo se sitúa como elemento central y generalmente el consumo o la venta de drogas no es admitido.

La clandestinidad, es un elemento fundamental para la creación del morbo en el escenario de encuentro de *chemsex*. No obstante, tal y como hemos comentado anteriormente, el ejercicio de determinadas prácticas sexuales y de consumo de drogas en un lugar clandestino pueden resultar en riesgos y daños cuando se es una persona vulnerabilizada.

La experiencia del *chemsex* en ambos escenarios es muy distinta. Resulta pertinente poner sobre la mesa los posibles riesgos que pueden producirse para conocer cómo reducirlos o evitarlos.

En primer lugar, mientras que en los lugares comerciales como en los clubs, las saunas o los cuartos oscuros existe una limitación de horarios, los riesgos inmediatamente asociados a estos lugares es que, si no se tiene precaución a la hora de imponer métodos de prevención es posible contraer infecciones de transmisión sexual.

En cambio, **en las sesiones de chill el tiempo es ilimitado**. El consumo y el sexo puede durar días de forma ininterrumpida. Los principales riesgos físicos que se detectan son: deshidratación, demasiadas horas sin dormir o lesiones. Sin embargo, la problemática puede llegar a presentar un mayor alcance en el momento en el que estos problemas se manifiestan en la dimensión social o psicológica. Por un lado, la pérdida de noción del tiempo como resultado del consumo y el estado de disociación puede provocar ausencias en el trabajo o a eventos sociales. Las consecuencias directas de basar las relaciones sociales en el marco del *chemsex* puede derivar en aislamiento y rechazo, dando pie a una espiral de la que es complejo salir.

En segundo lugar, los **canales online** pueden ser un riesgo para las personas que no tienen ningún tipo de conocimiento de qué esperar de estas sesiones. El uso de códigos e iconografía concreta puede resultar ajeno para algunas personas. De modo que acudir, a estas sesiones puede suponer un riesgo si se consume una sustancia por primera vez y no hay conocimiento acerca de la dosis o de las sensaciones. También, los canales online son un riesgo para aquellas personas que necesariamente estén atravesando programas de deshabituación, porque la accesibilidad de estos canales suponen una tentación.

En tercer lugar, aparecen otro tipo de riesgos como la pérdida del control debido y una bajada de los niveles de alerta ante posibles riesgos, por ejemplo, la no utilización de preservativo, el consentimiento y la falta de exposición de límites con personas desconocidas

Generalmente se tiende a homogeneizar a la población que practica *chemsex* bajo unos mismos atributos: alto nivel de formación, posición económica acomodada, trabajo normalizado o apoyo social. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan profundizado en la población precarizada y marginal que practica *chemsex* y para quienes los significados adoptan otro carácter. Tal y como hemos visto, en el marco de nuestra población objeto de estudio encontramos un subgrupo especialmente invisibilizado.

La siguiente cita que mostramos a continuación pertenece a Esteban, un hombre que se aleja radicalmente de esta imagen social hegemónica y mercantilizada. Para él, las saunas no son espacios que individualmente le interesen porque el conjunto de normas suponen un obstáculo para consumir a cambio de vender servicios sexuales. Prefiere así la intimidad del hotel o de la vivienda del cliente.

A ver, normalmente en saunas está muy mal porque está todo muy controlado. Normalmente o lo hago en hotel o lo hago en casa de las personas, normalmente al cliente lo que busca es una privacidad. O sea, yo cuando estoy trabajando de *scort* hace un año y medio lo que hacía era pagar el hostel o el hotel, hoteles habitación doble con baño privado, sobre todo. Compraba la bebida, compraba los *chemsex* que se dice, *chefs* a las drogas variadas. Pero yo normalmente al cliente no le cobro servicio. Entonces, lo que tiene que pagarse son los gastos: Hotel, Chemsex y bebida, es la manera de yo camelarme al cliente sin cobrar, es una manera de convencer al cliente para decir, mira, por lo menos no pago por sexo, pero sí realmente lo estás pagando porque estás pagando la droga, el hotel y la bebida. Normalmente con eso ya tengo, o sea, lo que no cobro por un lado lo cobre por el otro (Esteban, Catalunya, 94, *Chemsex*, 44 años).

Esteban presenta un historial de adicciones y procesos penitenciarios muy complejos, su situación tan precarizada le impide en ocasiones consumir de modo que en ocasiones

10.

LA ESPIRAL DE LA ESTIGMATIZACIÓN: GÉNERO, IDENTIDAD, SEXUALIDAD Y DROGAS EN CONTEXTOS DE POBREZA MATERIAL

10.1 Estado de salud y enfermedad como resultado de la situación de pobreza.

10.2 Posiciones sociales en torno al VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual.

10.3 Factores ocultos tras la adicción: identidad y soledad como oportunidades para la intervención.

10. LA ESPIRAL DE LA ESTIGMATIZACIÓN: GÉNERO, IDENTIDAD, SEXUALIDAD Y DROGAS EN CONTEXTOS DE POBREZA MATERIAL

Aunque resulte incómodo reconocerlo, las ciudades son un nicho del desorden, de la heterogeneidad y la diversidad de perfiles: las personas drogadictas, trabajadoras del sexo, personas sin hogar. Así, la calle es el lugar donde cohabita la «disidencia» con la «normalidad», conceptos cuyo significado ha sido formulado interesadamente por las clases dominantes, en un intento (y en ocasiones, exitosamente) de expulsar a estas personas hacia los márgenes.

Sin embargo, la prostitución, las drogas, la lujuria, el vicio o el juego forman parte de una realidad latente que se contempla desde el rechazo y se trata de mantener oculta como estrategia de autoprotección. Estos atributos han contribuido a la producción simbólica de determinados barrios. Las políticas higienistas que han intervenido en determinados barrios de las grandes ciudades ocultaban esta finalidad detrás de «las buenas intenciones» que garantizaban una calidad de vida mejor. No obstante, son entre muchas otras causas, generadoras de estigmas y marginalidad. Una muestra de incomprensión hacia otros estilos de vida posibles, castigándolos hacia los márgenes.

Ni el género, ni la identidad sexual ni la pertenencia a una comunidad étnica son factores en sí mismos que predispongan hacia las adicciones o a las enfermedades. Sin embargo, históricamente el imaginario social ha tendido a asociar determinados grupos sociales considerados «diferentes o desviados» con ciertos estereotipos. En el caso de las adicciones y el VIH, Romaní apunta lo siguiente:

“ En aquellos colectivos vistos como excluidos, peligrosos y desviados de las normas comunes, especialmente homosexuales, heroinómanos y prostitutas, y su carácter de enfermedad transmitida por unas determinadas prácticas de riesgo (relaciones sexuales y uso compartido de materiales inyectables) hace que se cree el mito del castigo (Romaní, 1991: 68-69 citado en Rengel Morales, 2005: 11).

La tendencia de asociar las enfermedades de las personas drogodependientes única y exclusivamente al consumo de sustancias parte de una lógica acrítica y estigmatizada que no tiene en cuenta el conjunto de condiciones orgánicas y psicológicas que atraviesan. Como cualquier otro ciudadano o ciudadana, las personas drogodependientes se construyen a sí mismas en base a las relaciones sociales y los eventos que han tenido presencia en su vida. Son producto tanto de sus condiciones preexistentes, como especialmente del estilo de vida, las condiciones y las relaciones sociales que mantienen.

Sin embargo, **es la propia sociedad la que define su condición marginal fruto de su proceso de «desviación»**. Los mecanismos de control social más extendidos y eficaces en el cumplimiento de estos mandatos sociales, son la culpa y la vergüenza social. Las personas, ante el incumplimiento de los mandatos de género, sienten culpa y vergüenza; tienen a la familia, la comunidad, o la sociedad en general como juez principal de estos sentimientos. De esta forma, las personas que transgredan los mandatos de su género recibirán castigo y presión social por ello. En el caso de los hombres, la vergüenza es el principal mecanismo, mientras que para las mujeres el más efectivo es la culpa. Por eso, la culpa tiene consecuencias inmediatas sobre la autoestima de hombres y mujeres, sin embargo, se manifiesta de diferente forma en unos y en otras (Cantos Vicent et al., 2016: 32).

La utilidad de los capítulos anteriores ha sido precisamente desgranar las prácticas, los ritmos y los símbolos que dan forma al estilo de vida que desarrolla la población drogodependiente. Un estilo de vida marcado por la soledad y el rechazo social que aboca a un ciclo y a una espiral de pobreza, marginalidad y malestar emocional. Como hemos visto, el género es un factor determinante que, unido a los valores culturales con un gran arraigo patriarcal, delimitan la acción. En el caso de las mujeres, **el sentimiento de culpa impuesto socialmente es el primer obstáculo al que se les debe acompañar a superar para capacitarlas en su autonomía y mejora de calidad de vida**. En definitiva, vidas discontinuas y fragmentadas en las que no hay ningún compromiso, ni interno ni externo, que les dé sentido. Las condiciones de pobreza material y los mandatos de género no hacen más que agravar esta situación e interponer barreras ante cualquier tipo de mejora.

En ningún caso la pertenencia a una minoría étnica, la identidad, el género o la orientación sexual son un factor de riesgo y un trampolín directo a la adicción. Es la estigmatización social la que favorece este proceso

Ante este escenario, hemos identificado que las participantes desarrollan **estrategias de supervivencia para cubrir sus necesidades básicas**, dentro de las cuales, mantener el consumo ocupa un papel central. Prácticas en las que el cuerpo y la sexualidad han sido tomados como moneda de cambio.

El trabajo sexual y la prostitución son prácticas que, históricamente, se han leído desde una moral estigmatizante y una voluntad paternalista. Esta perspectiva las condena a vivir en la marginalidad, lejos del circuito asistencial y, por ende, mayormente invisibilizadas. En los próximos subapartados analizaremos las tres cuestiones clave que desde nuestra perspectiva contribuyen a dar forma a la construcción de la identidad: el género, la sexualidad y la adicción en contextos de pobreza.

Veremos como muchas de las enfermedades que padecen, así como un estado de salud mental deteriorada están directamente relacionadas con su estilo de vida y no únicamente el consumo. Por otro lado, en relación con la salud sexual y reproductiva nos aproximaremos a las diferentes posiciones sociales para comprobar los discursos en torno al VIH/SIDA, una cuestión atravesada por un complejo entramado en el que la clase y la posición social dibujan una identidad más o menos deteriorada.

10.1 ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDADES COMO RESULTADO DE LA SITUACIÓN DE POBREZA

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación (Borrell *et al.*, 2004).

“ P: El VIH ¿Lo tienes controlado? ¿Tomas tu medicación?

R: Ahora no.

P: ¿Y eso?

R: No hay motivo. Estoy perdida (Yulia, Murcia, 424, Trabajadora sexual, 34 años).

El concepto de «**desigualdad en salud**» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos. El concepto de la Organización Mundial de la Salud del término «desigualdad» (*inequity*) se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye una dimensión moral o ética.

El ámbito de la salud es también crucial, ya que tiene una clara incidencia en las situaciones de exclusión social. Las diversas desventajas acumuladas en los diferentes ámbitos (laboral, económico, social y del estado de bienestar) repercuten de forma clara en la salud de las personas, puesto que «hay una relación directa entre la salud y el estatus socioeconómico» (Red2Red, 2018: 19).

El estudio realizado por el SIIS (2019) coincide en que la salud tiene una estrecha relación con el género, siendo la percepción que tienen las mujeres respecto a su salud más negativa que entre los hombres. Así lo expresan también Carrasco Fernández *et al.*, (2019) exponiendo que, **entre las personas sin hogar, son las mujeres las que presentan mayor grado de exclusión y mayor nivel de deterioro en el ámbito de la salud.** Las causas principales de la peor salud del

“ Las personas con las que nosotras trabajamos, que son personas en situación de sin hogar y exclusión residencial, es decir, que no tienen un alojamiento estable donde poder llevar a cabo esa fase de deshabitación previa a entrar en una comunidad terapéutica. Entonces todo se complica porque encontrarte a un recurso de baja exigencia como puede ser un centro nocturno o un albergue para personas sin hogar y tratar de no consumir cuando tienes una adicción grande, pues bueno, es no casa muy bien, es un poco inherente (Trabajadora social, Asturias 431, Mar de Niebla).

“ Entonces todo se complica porque encontrarte a un recurso de baja exigencia como puede ser un centro nocturno o un albergue para personas sin hogar y tratar de no consumir cuando tienes una adicción grande, pues bueno, es no casa muy bien, es un poco inherente (Trabajadora social, Asturias 431, Mar de Niebla).

colectivo son socioeconómicas y relacionadas con el hábitat, en un sentido físico y también simbólico.

A raíz de las entrevistas con las profesionales de los recursos sociosanitarios, una de ellas apuntó a la problemática del sinhogarismo como una barrera para el inicio de cualquier tratamiento. En otras palabras, las personas en situación de calle están condenadas a un empeoramiento de su salud y un espiral entorno al consumo. En una de las entrevistas realizadas con las trabajadoras sociales del recurso de reducción de daños REDAN (La Mina, Barcelona) apuntaban que desde el entorno médico y hospitalario aún persiste una mentalidad que infantiliza y desconfía de las usuarias. Esta incomprensión de sus estilos de vida llega incluso a materializarse en vulneraciones de derechos, como la expulsión de programas de tratamiento. La entrevistada denunciaba lo siguiente

“ Primero hay que solucionar las necesidades básicas, tú no sabes si a esa mujer la ha pegado su marido, si ha dormido o ha comido. Primero hay que tratar eso, luego ya vendrá el consumo. Al final los recursos básicos no entienden el trabajo que hay detrás. El trabajo que realizamos nosotras. No saben por lo que pasa esa persona. Muchos de los acompañamientos que se hacen a las personas no es porque no tengan habilidades, sino por el trato que reciben (Trabajadora social, Catalunya, 38, REDAN La Mina).

La cuestión de **la falta de vivienda estable** es una cuestión que preocupa de forma específica. La posibilidad de disponer de un sitio estable, seguro, privado e higiénico permite llevar con continuidad los tratamientos y prácticas de autocuidado. Para obtener una mirada más amplia de esta relación, hemos contabilizado de nuestra población objeto de estudio un total de ciento once casos que se encuentran en situación de calle, habitan una infravivienda o una vivienda ocupada sin suministros. Cuando a estas personas se les ha preguntado sobre su estado de salud, las enfermedades orgánicas que padecían demuestran que derivan directamente de su situación.

Las carencias en vivienda, educación o los consumos de drogas influyen de manera importante sobre la salud, siendo factores esenciales que determinan el estado de bienestar y calidad de vida de una población en un entorno determinado. Los procesos de exclusión y marginación social limitan el acceso o la utilización que las personas hacen de los servicios sanitarios. En este sentido, los grupos socioeconómicos más desfavorecidos presentan características que los hacen susceptibles de una salud deficitaria. Otras variables como el género, la edad, la etnia, la clase social o el área geográfica pueden actuar como factores de riesgo sobre la salud.

Estar apartados o ser menos ciudadanos y ciudadanas es en sí mismo un grave problema para la salud. Pero, como se ha visto, el factor cultural en relación con la propia salud tiene también

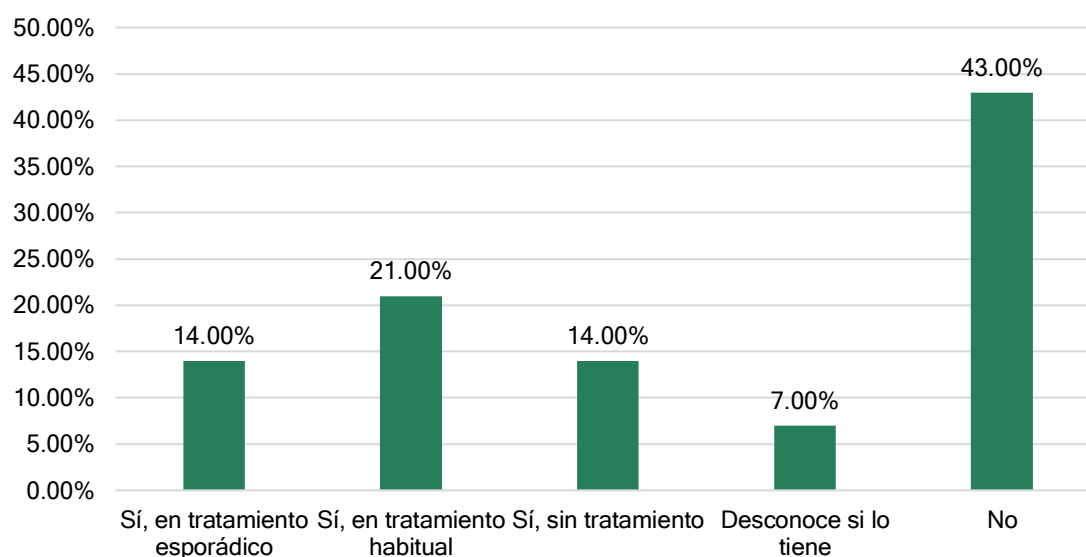
un impacto importante (Ayala Rubio, 2008). **El componente cultural** es clave a la hora de comprender la percepción de la salud. Tal como indica Cristina García en un Informe de la Fundación Secretariado Gitano (2008: 25) «la salud y la enfermedad son conceptos socialmente construidos definidos y tipificados por cada cultura. Por ejemplo, en algunos sectores de la comunidad gitana, la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias. Por delante de ella, la vivienda, la situación económica o el trabajo, ocupan los primeros puestos entre las necesidades percibidas por este colectivo» (FSG, 2005). Cada cultura crea sus alternativas terapéuticas, así como procedimientos para recuperar la salud. Por ello, hay que considerar la enfermedad como expresión, un componente biológico y otro cultural. Independientemente de su contenido biológico, siempre es una forma de expresión cultural y para que sea considerada como enfermedad, es necesario que la sociedad lo estime como tal.

Las **Mujeres gitanas** tienen mayores tasas de **embarazos no planificados, abortos e infecciones de transmisión sexual que el resto de la población**. Factores individuales, como el género, la edad y la pertenencia a un grupo étnico, en interacción con determinantes sociales tales como marcados roles de género, acceso limitado a información, condiciones de pobreza y segregación, condicionan su salud sexual y reproductiva y les impide disfrutar de las oportunidades que ofrece el sistema de salud. En aparente paradoja, la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana de 2014 ha mostrado un aumento de las visitas ginecológicas respecto a la anterior de 2013.

Aunque estos datos hay que tomarlos con cautela debido a las limitaciones metodológicas que los autores señalan, algunos estudios muestran que las mujeres gitanas asimilan pautas estándar de planificación familiar tardíamente y con escaso impacto en su propia salud sexual y reproductiva. De hecho, la evaluación de la Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana (ENIPG), realizada en 2014 por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), subraya que la limitada sensibilidad de los servicios de salud hace difícil que los avances en el acceso fructifiquen en la efectiva superación de estas inequidades.

Otra de las cuestiones que hemos detectado y preocupa en términos de salud pública es el **aumento de detección de VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual**. En España se mantiene una tendencia creciente del número de casos de gonorrea desde el inicio de la década de 2000. En cuanto a la sífilis, en el año 2019 se han notificado 5.822 casos nuevos, con una tendencia ascendente, tras un periodo de estabilización (periodo 2011-2016). Por un lado, la presencia de enfermedades infecciosas (hepatitis, VIH/Sida, enfermedades de transmisión sexual, etc.) entre las personas que abusan de las drogas o que tienen problemas de adicción es muy elevada, lo que incrementa el riesgo de transmisión de estas por vía sexual según el Informe sobre infecciones del Centro Nacional de Epidemiología publicado en 2023.

Gráfico 16. Porcentaje de perfiles que ejercen trabajo sexual y son seropositivos



Del total de perfiles que realizan trabajo sexual, siete de catorce son **Mujeres gitanas** y dos hombres que realizan **chemsex**, el resto son **Mujeres** —una de ellas es **Mujer transgénero**—. Ninguna de ellas es inyectora, sino que consumen cocaína en base o por vía fumada, lo que permite concluir que el virus fue traspasado por vía sexual.

Por último, hemos encontrado diferencias de género en cuanto a la **autopercepción del estado de salud**. Por lo general, los hombres que realizan **chemsex** manifiestan realizar prácticas de autocuidado basadas en el «culto al cuerpo» y el tratamiento de antirretrovirales. La finalidad es mantenerse indetectable. En el contexto de consumo, las regulaciones que introducen las prácticas de cuidado estarán marcadas en el cuerpo por la pertenencia de clase, las sustancias utilizadas y las relaciones sociales con las que entran en vinculación, se trate de relaciones sexoafectivas o institucionales.

10.2 POSICIONES SOCIALES EN TORNO AL VIH/SIDA.

Todos juntos podemos parar el SIDA (Haring, 1989)

En 1989, Keith Haring, artista urbano neoyorquino eligió una plaza en el corazón de la ciudad de Barcelona, concretamente en el barrio del Raval —que entonces todavía se conocía como Barrio Chino y que estaba muy degradado—, para dejar una intervención artística con un mensaje muy claro: «todos juntos podemos parar el SIDA». Haring optó por una de las paredes donde cada mañana se encontraban más jeringuillas, en la plaza Salvador Seguí, entre la calle Robadors y la de Sant Pau (MACBA, 2014). Iniciamos el capítulo con esta referencia porque consideramos que es muy simbólica para el momento en el que se vivió.

El equipo investigador dedicó varias jornadas a la realización de observación participante en aquel lugar y sus alrededores. Ya no había rastro de las jeringuillas que vio Haring. El proceso de higienización urbana impuesto en el barrio del Raval es visible tanto por los perfiles sociales que transitan sus calles como en los modelos de negocio. En primer lugar, el equipo investigador observó que en la plaza en la que se halla el mural había una gran heterogeneidad de perfiles: jóvenes *skaters*, estudiantes de las facultades de Filosofía, Geografía e Historia que se encuentran a escasos metros, turistas y personas sin hogar que presentaban niveles de embriaguez y problemas de salud mental. El fenómeno de gentrificación derivado de las políticas higienistas también es perceptible en la transformación económica del barrio. Emergen en cada esquina establecimientos de hostelería dirigidos a personas de alto nivel socioeconómico o supermercados orientados al turismo que inundan el paisaje urbano. No obstante, una particularidad del barrio del Raval es que aún resiste población oculta, considerada socialmente «desviada» y, por lo tanto, muy estigmatizada. Un estigma que heredan y criminalizan los barrios y su población.

Las peores consecuencias del SIDA, tanto en los años ochenta como actualmente, se las llevan las personas en situación de pobreza. Ciertamente, la percepción social que existe alrededor del SIDA ha evolucionado a lo largo de los años y paulatinamente el estigma y el pánico social han ido cayendo en favor de una aceptación. Todo ello gracias a una lucha social muy comprometida encabezada principalmente por el colectivo LGTBIQ+ y las familias de personas inyectoras de drogas diagnosticadas de SIDA, que logró enormes avances en el reconocimiento de sus derechos y la lucha contra el estigma. **No obstante, identificamos desigualdades en torno a la percepción de esta realidad que está fuertemente atravesado por un componente de género y privilegios socioeconómicos.**

“ Hago mi deporte, hago mis cosas, mi ejercicio. No tanto como antes, pues ya tengo una edad que tengo cuarenta y cuatro años, pero sí intento comer todos los días, aunque vaya dopado de la medicación y tal y mantener pues más o menos una línea de estabilidad, o sea, por lo menos, por lo menos físicamente, no de salud. Porque no esté bien del todo, pero no estás jodido. Mantenerte es siempre una línea de estar siempre indetectable, intentar comer. Bueno que te pegas dos o tres días de fiesta, pero luego metido unos dos tres días de descanso, una semana de descanso y fuera. Incluso muchas veces lo que me pasa. Es que alguna vez me he inyectado y ahora me sienta fatal, y bueno, eso es una es una droga que te deshidrata un montón, la meta (Esteban, Catalunya, 94, *Chemsex*, 44 años).

En las próximas líneas, mostraremos los diferentes discursos que se articulan en torno al VIH/SIDA en función las diferentes posiciones sociales. Con ello tratamos de dar a conocer los elementos socioculturales que han intervenido para la construcción social de la imagen de la persona con diagnóstico seropositivo. Una construcción social que oscila entre «el atributo» y «la enfermedad».

A continuación, presentamos la Matriz de Análisis que hemos hecho servir para el análisis del discurso.

Tabla 12. Matriz de análisis de posiciones discursivas ante el SIDA/VIH

Matriz de análisis discursos y posiciones sociales frente al SIDA/VIH	
Categoría	Vía de contagio: sanguínea intravenosa
Verbatims de sentido subjetivo	Sé dónde lo contraje y cuándo y de quién porque me inyecté con la misma aguja. Yo le pregunté y bueno, me dijo que no. Porque no había jeringuillas y no había en ese momento, era por la noche. Y por sangre, me contagió eso y la hepatitis C. En ese momento era de noche... circunstancias. De todas maneras, da igual, compartes una jeringuilla y te la juegas. Porque ni lo tienes en cuenta. Pero en ese momento te puede más el [consumo]... (Sara, Catalunya, 429, Trabajadora sexual, 45 años). R: Yo por desgracia tenía que ser positiva, que por cierto yo no me pinchaba y estuve, se ve que estuve en una etapa de un par de meses o así, drogándome, pero pinchándome coca solo. O sea, no me pinchaba polvo. Coca. Y nada y esto te lo digo porque por culpa de esto se ve que cogería alguna jeringuilla que no era mía... P: ¿Para compartir, ¿no? R: No. No era por compartir, se ve que confundí. Luego mi compañero que sí que era positivo se ve que nos confundimos y la cambié sin darme cuenta. Hay gente que lo hace porque está desesperada ¿sabes?» (Aurora, Comunidad Valenciana, 402, Trabajadora sexual, 54 años).
Análisis La interposición de límites decae ante la necesidad de la dosis. La falta de medios y material en ese momento hacen que la participante asuma riesgos. En su discurso percibimos una elusión a verbalizar el virus/SIDA tras un pronombre demostrativo «eso».	

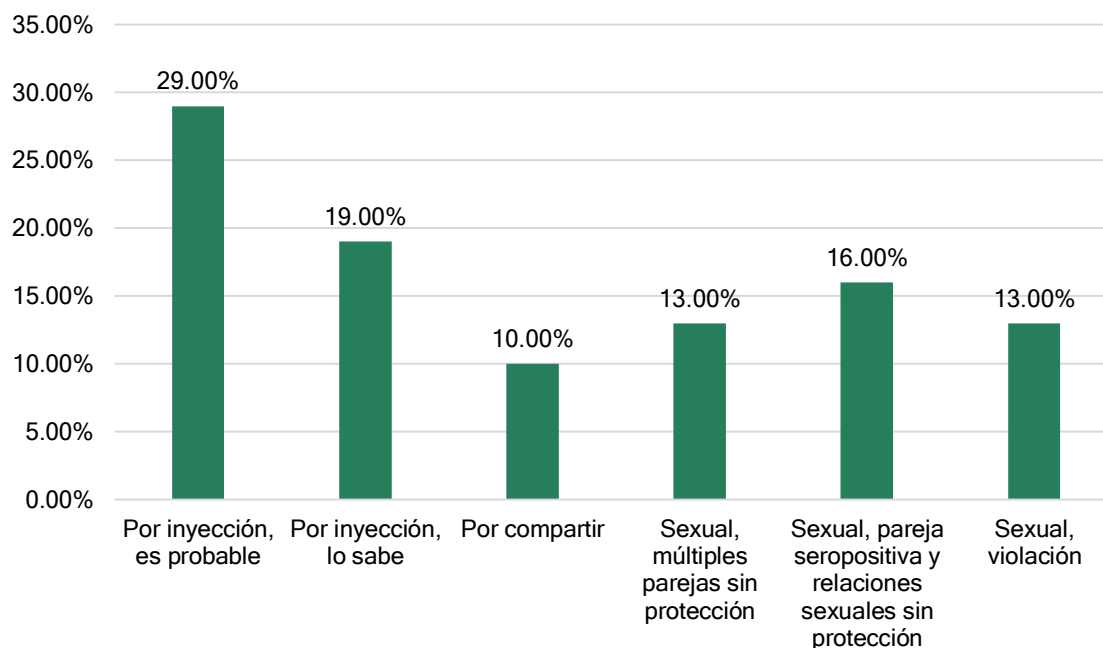
Categoría	Vía de contagio: sexual
-----------	-------------------------

Verbatims de sentido subjetivo	Entonces para mí fue muy tranquilizador y muy de vale, pues ya está, a partir de ahora ya está. Ya está, ya no me tengo que comer tanto la cabeza, de si sí, si no, si tengo que hacerme la prueba por qué ha pasado esto, porque no, porque el preservativo, porque no me gusta follar con preservativo, y entonces qué hago y ya (Sixto, Catalunya, 95, <i>Chemsex</i>, 43 años). Lo cogí a finales del 2017 este... nunca me voy a olvidar, porque me dijeron, esto es una cosa que no puedo olvidar, porque ni me hace gracia ni... ni, ni, ni, o sea nunca entenderé por qué. Me dijeron un grupo de chicas médicos: «tenemos dos noticias, una buena y una mala, ¿cuál quieres primero?» Y yo «bueno dime la que quieras». «La buena es que se te ha curado la hepatitis C sola y la mala es que tienes VIH». Y yo: «Ah okey, gracias». Ya está» (Ofelia, Catalunya, 34, Migrante y Trabajadora sexual, 40 años).
Análisis Los hombres gais que realizan <i>chemsex</i> se refieren al SIDA como un atributo normalizado y asumido por su comunidad. Solo quien tiene recursos económicos y sociales tiene la posibilidad de adoptar una postura de alivio. Subyace la situación de pobreza material y altos niveles de necesidad de consumo. Lleva a estas personas a realizar prácticas de riesgo fruto de la desesperación.	

Por otra parte, el momento de diagnóstico de VIH ha sido identificado como un factor de riesgo hacia la relación problemática con el *chemsex*. Algunas personas, cuando reciben el diagnóstico lo primero que les aborda es una sensación de soledad, el aislamiento y la idea de que no van a recibir cariño en ningún lugar. Esta sensación deriva en una vulnerabilidad que afecta a la autoestima. El *chemsex* se erige como herramienta para obtener ese cariño y esa atención.

A continuación, Esteban nos explica cómo a través de las relaciones construidas gracias al *chemsex* logró superar su sensación de soledad y salir del aislamiento: «yo solo por suerte no me siento. Desafortunado en el juego, afortunado en amores. Solo porque no esté acompañado de nadie ni tenga a alguien conmigo, no quiere decir que me sienta solo. Soy una persona....ahora soy más abierto que antes. Había tenido una época que prácticamente no me relacionaba con la gente y tal. Al tener el VIH me separé un poco de la gente». (Esteban, Catalunya, 94, *Chemsex*, 44 años)

Gráfico 17. Causa de contagio VIH/Seropositivo



Tomamos aquí la intervención de Alba, quien deja muy claro el estigma que hay asociado a un cuerpo de extrema delgadez con la enfermedad del SIDA: «sí, ya estoy mejor. Yo he llegado a pesar hasta treinta y seis kilos. Ahora estoy un poquito más gorda desde que estoy en el piso, pero estaba que me mirabas y decías «esta chica tiene el sida. De lo delgada que estaba, de desnutrida, de no comer, solo drogarme y prostituirme, de mal no dormir. Incluso en la calle me han llegado a pegar, me han llegado a violar, y me han maltratado, mi marido me ha tirado agua hirviendo...» (Alba, Catalunya, 185, Trabajadora sexual y Mujer gitana, 43 años). La representación social hegemónica que se hace del VIH/SIDA reúne adjetivos como «delgado» o «feo». Muchas veces las participantes han decidido esconderlo tras referencias indeterminadas: «pillé eso» como reflejo de la vergüenza con la que se vive. Rosario Otegui (2005) se aproximó al SIDA en el marco de la comunidad gitana española y evidenció que la sintomatología se refiere más directamente a la visibilidad de la infección en las formas físicas de manifestación del SIDA, en el caso de las mujeres por cumplir el rol de género. En definitiva, el SIDA es más que una enfermedad, es una cualidad que impregna a los sujetos que la padecen y, por consiguiente, los califica y separa. Por otra parte, las entrevistas realizadas a hombres del colectivo LGTBIQ+ ha aportado un rico conocimiento en torno a la construcción de la identidad desde una posición que adopta y acepta el SIDA como atributo y refuerzo positivo de su comunidad, una diferencia con respecto al resto, la «otredad», que son las personas heterosexuales.

Hemos detectado en la población de **Hombres Chemsex** un discurso en torno al VIH emancipador e incluso liberador repleto de connotaciones y significados que comporta pertenecer a una comunidad con una identidad muy fortalecida. El argumento teórico que hay detrás de esta sentencia evidencia la autoeficacia en el sentido de sus discursos. **Se manifiesta de manera acuciante**

la influencia del género y la desigualdad ante un mismo hecho: una misma casuística, como es padecer una enfermedad, la mirada social hacia las mujeres y su propia autopercepción resulta más punitiva, culpabilizadora y estigmatizada, mientras que los hombres *chemsex* refuerzan su identidad en una comunidad. El factor de pertenencia y fortalecimiento de su identidad resultaría un aspecto importante sobre el cual incidir desde la atención e intervención social. Una práctica invisibilizada en el entorno del *chemsex* es el **serosorting**, es decir, un comportamiento en el que una persona elige una pareja sexual que se sabe que tiene el mismo estado sero-

“ Se refiere a una situación en la que una relación social se establece por iniciativa propia, asumiendo lo que se puede derivar para cada persona de una asociación sostenida con otra y que se prosigue sólo en la medida en que se juzga por ambas partes que esta asociación produce la suficiente satisfacción para cada individuo (Giddens, 1998:37).

lógico frente al VIH, a menudo para tener relaciones sexuales sin protección.

En el pasado, fueron muchos los recursos y políticas dedicadas a la atención de las personas seropositivas, sin embargo, actualmente se ha observado una disminución injustificada de los recursos y el presupuesto de prestaciones sociales dedicadas a las personas afectadas. Sin embargo, estudios recientes han señalado la existencia de ciertos grupos que son particularmente vulnerables a estas infecciones, como inmigrantes, adolescentes, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y bisexuales. Concretamente, los hombres que practican sexo con hombres son un grupo de interés especial debido al aumento en la prevalencia del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en las últimas décadas (Sola Lara *et al.*, 2021).

En este sentido, la atención debe dirigirse hacia la minimización del riesgo personal y comunitario asociado con el consumo y las prácticas sexuales de riesgo asociadas al mismo. La forma más adecuada para aproximarse al fenómeno no es desde atributos socialmente estigmatizados, será necesario crear un espacio de reflexión en el que la persona tome conciencia de los riesgos. Algunos autores han apuntado a que, para que el *chemsex* resulte emancipador en estos términos, son necesarias unas prácticas seguras que reestructuren la intimidad, donde los sujetos sean capaces de mostrarse vulnerables y de establecer límites (Gallardo Esclapez, 2023: 45).

10.3 FACTORES OCULTOS TRAS LA ADICCIÓN: IDENTIDAD Y SOLEDAD COMO OPORTUNIDADES PARA LA INTERVENCIÓN

Tratar de comprender el estilo de vida de la población drogodependiente requiere de un ejercicio de distanciamiento de las prácticas sociales que consideramos normalizadas. Las actitudes de rechazo hacia esta población parte de la imputación de una responsabilidad, de la culpa. Es decir, la sociedad individualiza y responsabiliza a la persona con una adicción de las nefastas consecuencias de su situación, de su enfermedad, de su desgracia. Se considera que el estilo de vida y el sentido de la vida forman una unidad indisoluble. La construcción de un estilo de vida determinado está guiada por la concepción del mundo en que se condensan los valores y necesidades elaborados por las personas, siendo este tan único e irrepetible como la personalidad (Fariñas, 2005: 112).

A lo largo de las entrevistas, era habitual escuchar a las participantes identificarse con el sujeto de «yonqui» o «adicta». Este mecanismo de identificación en el lenguaje consiste en acudir al **sujeto de referencia social**²³. Ahora bien, detrás de esa identificación encontramos a un sujeto que construye su identidad a partir de la pertenencia a un grupo, a una comunidad. Es en ese momento cuando se manifiestan las intenciones de desvincularse del «otro» y comenzar a construir la identidad propia desde una posición social al margen.

Una forma de ser presentados ante la sociedad que condiciona la forma de presentarse a sí mismas. Una presentación social cargada de estigma, culpa+ y vergüenza que limita sus acciones. Una autopercepción degradada que asume las categorías negativas y estigmatizantes que les imputa la sociedad, provocando que se comporten así en consecuencia.

Todos los condicionantes sociales que hemos visto, — los valores culturales que organizan a la comunidad gitana, los roles de género asociados a lo femenino y a lo masculino o la heterosexualidad como sistema hegemónico de organización del deseo que se convierte en un eje de vul-

“ R: Somos como ciudadanos de segunda (Rosario, Asturias, 405, Gitana, 47 años).

“ R: Servicios sociales no me da una mierda siendo español. Bueno, sí. Te dan un albergue donde duermes con vagabundos y toxicómanos que no sé es peor. O irte al albergue ahí con la lacra de la gente o dormir en la calle por tu cuenta (Esteban, Catalunya, 94, Chemsex, 44 años).

neración hacia el colectivo LGTBIQ+ ,— influyen y moldean el estado de salud de las personas. Paulatinamente, los recursos de atención sociosanitaria han ido incorporando en sus programas esta mirada más holística y no tan asistencialista. Es indispensable impulsar conocimiento entre las profesiones y tener en cuenta estos elementos para comprender los estilos de vida, las barreras, las necesidades y los significados que atribuyen a sus prácticas.

²³ Este Sujeto de la Referencia Social es un «sujeto históricamente determinado por los ideales y la moral de una época» (Bodón, J. y Hurtado, G, 2001 citado en Rengel Morales, 2005: 14)

La principal razón que aleja a las personas con adicciones de acudir a un recurso es la posibilidad de sentirse juzgada y castigada por el/la profesional sanitaria o médica. Las mujeres que acuden sienten la culpa sobre sus hombros por no haber cumplido con los mandatos de género y las exigencias sociales. Adicionalmente, son las condiciones materiales y de pobreza severa en la que se encuentran y de la cual es un reto salir. Se encuentran perdidas en una espiral.

Por otra parte, la población de hombres homosexuales que realiza chemsex, encuentra en la comunidad LGTBIQ+ una comunidad de cobijo y apoyo donde poder volcar y experimentar sus inseguridades. Uno de los principales retos en estos ambientes es «ver el peligro». Las drogas están insertas en sus relaciones sociales y naturalizadas de modo que la percepción del riesgo se ve distorsionada por el hábito social, compartido entre los iguales.

En este sentido, una estrategia para mejorar los programas de atención en los recursos consiste en fortalecer la identidad para generar agencia. Es decir, fomentar la capacidad crítica de las personas drogodependientes, de modo que tomen conciencia de su situación personal en el medio social en el que se desenvuelven, facilitando la transformación de éste mediante la participación e implicación en su comunidad. En este sentido, la creación de espacios no mixtos en los que estas personas puedan acudir, compartir o conversar reducen la sensación de soledad y crean las condiciones para un fortalecimiento de las redes entre ellas y ellos.

11. ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

En este capítulo analizaremos en qué medida los recursos de atención sociosanitaria en el ámbito de drogodependencias implementan programas e intervenciones con criterios de calidad y evidencia que pueden ser candidatos para convertirse en una Buena Práctica reconocida.

“ R: Si yo necesito una atención psicológica o psiquiátrica, que esta mujer llegue como yo a la red pública, porque es la única forma en que podremos salvar lo público. Es la única forma en que todas las mujeres tengamos acceso a esos recursos y a esos servicios. Y es la mejor forma para poder combatir el estigma, que ella y yo entremos por la misma puerta» (Psicóloga, Zaragoza, 432, Centro Alba).

Con ello, damos respuesta al objetivo general que orienta la investigación y da sentido a «Diké». En este punto, han cobrado especial relevancia las entrevistas realizadas a profesionales de los recursos de atención sociosanitaria de las siete comunidades autónomas donde hemos ejecutado el estudio. La participación de las personas profesionales en la identificación de necesidades aporta un gran valor a la investigación puesto que se sitúan en la primera línea de la intervención, de modo que cuentan con un conocimiento basado en la experiencia y, por lo tanto, una percepción más certera de la realidad.

Sin embargo, no siempre resulta suficiente, en ocasiones las herramientas o metodologías de intervención o atención resultan insuficientes o no cuentan con un respaldo científico suficientemente robusto. Únicamente a partir del establecimiento de un proceso de seguimiento y control de calidad en los recursos y entidades de atención a las drogodependencias será posible identificar la eficacia y eficiencia de los programas.

La necesidad de un **marco de referencia** fue advertida desde instancias europeas con la finalidad de poder unificar los criterios de calidad y cerrar las brechas existentes entre la ciencia, la política y la práctica. El cumplimiento de tales criterios es lo que convierte un programa o una intervención en una buena práctica con estándares de calidad y escalabilidad. Nuestra intención es generar conocimiento basado en el análisis de la realidad existente partiendo de una aproximación situada al contexto y coyuntura de cada uno de los territorios donde ha tenido lugar la ejecución del programa, la pregunta que ha orientado nuestro análisis queda formulada de la siguiente manera:

¿Qué intervenciones o programas se están llevando a cabo desde la práctica profesional que son potenciales de considerarse una Buena Práctica avalada?

11.1 ¿QUÉ ES UNA BUENA PRÁCTICA EN DROGODEPENDENCIAS? APROXIMACIONES TEÓRICAS.

El concepto de «Buenas Prácticas» ha recibido multitud de acepciones a lo largo del tiempo. No obstante, no siempre aquello que se considera una buena práctica lo es verdaderamente. En este sentido es conveniente diferenciar entre las buenas prácticas desde un punto de vista científico y aquellas desde una perspectiva técnica. Las primeras a las que nos referimos son aquellas que cuentan con estudios científicos que evidencian su calidad, mientras que las segundas son aquellas intervenciones que implementan los profesionales de los recursos de una forma desinstitucionalizada, en una voluntad de innovar e introducir mejoras en el proyecto pero que no están comprobadas científicamente. De este modo, serán buenas prácticas aquellas acciones dirigidas a prevenir y a disminuir la presencia y los daños asociados a las adicciones que estén empíricamente contrastadas, científicamente fundadas y ser eficientes, persiguiendo resultados realistas y cuantificables que puedan ser evaluados. Cuando la evidencia no esté disponible, sea limitada o no sea suficiente, se deberán aplicar políticas eficaces que amplíen la base de conocimientos.

En una voluntad de generar conocimiento empírico, los profesionales también pueden estar interesados en la información sobre la evidencia generada de la práctica. Para ello, es necesario que las personas profesionales, de un lado, identifiquen adecuadamente las fortalezas y debilidades de sus recursos. De otro lado, sepan adaptarse desde la práctica profesional a un escenario en el que hay una demanda creciente de los servicios de atención y unos recursos sustantivamente limitados mediante la incorporación de prácticas no institucionalizadas, es decir, adaptadas a las necesidades identificadas en el contexto concreto.

Ilustración 2. Representación de la relación bidireccional entre la ciencia y la práctica



Por medio de la generación de este conocimiento y su utilidad social, «Diké» sigue la línea marcada por los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional puesto que pretendemos ofrecer una herramienta de análisis en torno a intervenciones o programas con elevadas capacidades de incluirse en una Buena Práctica. Con ello se pretende dar cumplimiento al **Objetivo 11.6** de la Estrategia Nacional que plantea «Establecer y difundir a través del portal web un catálogo de buenas prácticas

basado en programas acreditados por el PNSD, con el objetivo de que sean éstos los programas principalmente aplicados por las Administraciones Públicas». En definitiva, se pretende por medio de este análisis poner sobre la mesa cuestiones como las siguientes:

- Introducir a la reflexión en nuestra realidad actual.
- Superar la insatisfacción y deseos de mejora que se ven frustrados.
- Impulsar el debate y aportación de nuevas ideas.
- Identificar problemas y disfuncionalidades del modelo de intervención vigente.
- Aportar indicios y soluciones.
- Crear las condiciones para la transformación.
- Despejar incógnitas con respecto al planteamiento «¿cómo hacerlo?».

El estudio y análisis de la literatura existente en torno a las Buenas Prácticas nos ha permitido configurar un mapa de acepciones y conceptos que se manejan desde el ámbito académico. En primer lugar, para que un programa de intervención o atención pueda ser considerado como una buena práctica debe cumplir una serie de requisitos y, sobre todo, debe estar avalado científicamente. Una evidencia que se basa en el cumplimiento de una serie de estándares y criterios de calidad homologados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). El resultado de la evaluación de los programas los clasifica en cuatro niveles: alta evidencia, media evidencia, baja evidencia y evidencia insuficiente.

La actual [Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024](#) apunta la importancia de avanzar en la implementación de acciones dirigidas a prevenir y a disminuir la presencia y los daños asociados a las adicciones deben estar empíricamente contrastadas, científicamente fundadas y ser eficientes, persiguiendo resultados realistas y cuantificables que puedan ser evaluados, fomentando así las buenas prácticas. Además, hay que tener en cuenta que la evidencia está evolucionando constantemente, por lo que en base a esta evolución se establecerán prioridades y respuestas eficaces durante el periodo de vigencia de la ENA 2017-2024. Cuando la evidencia no esté disponible, sea limitada o no sea suficiente, se deberán aplicar políticas eficaces que amplíen la base de conocimientos. Entre las diferentes definiciones y conceptualizaciones de las «Buenas prácticas» hemos considerado destacar las siguientes:

- **El Manual de buena práctica para la atención a drogodependientes en los Centros de Emergencia** (2005) desarrollado por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España en 2005, entiende como Buena Práctica «aquella forma de hacer que introduce mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en los Centros

de Emergencia y que están orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida de los usuarios drogodependientes».

- El **Sistema Nacional de Salud (SNS)** considera dos criterios a la hora de considerar la ponderación de BBPP²⁴: la adecuación y la pertinencia. **La adecuación** se refiere a que lo sugerido en la Buena Práctica reportada se alinee con las estrategias recogidas en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 y la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas. **La pertinencia** hace referencia a que lo que se propone sea adecuado a la población diana a la que se dirige en cada caso.
- El **Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias realizado** por el Instituto de adicciones madrileño, el Proyecto Hogar y la UNAD (2007). Las define como la «experiencia práctica probada que, por comparación con otras, refleja mejores resultados que implican una transformación positiva a través de la introducción de elementos innovadores y cuya metodología es susceptible de ser reproducida, siempre que se adapte a cada ámbito y contexto». Tras una revisión bibliográfica, el manual conceptualiza las buenas prácticas basándose en cuatro niveles: relativas al propio sistema, al funcionamiento de centros y servicios, a los programas específicos y a la intervención con las personas

²⁴ Guía De Ayuda para Cumplimentación de la Memoria, 2017.

Tabla 13. Niveles de actuación de las buenas prácticas. Fuente: Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias.

Sistema	Centros y servicios	Programas	Intervención
Coordinación y complementariedad Equidad y subsidiariedad Combinación del trabajo en red	Centros y servicios autorizados Centros y servicios con equipos interdisciplinares Centros y servicios de fácil acceso	Programas de calidad con una oferta diversificada Programas adaptados a las necesidades, características y demandas Programas flexibles en el acceso y permanencia	Trabajo en equipo Objetivos terapéuticos individualizados Proceso integral Corresponsabilidad y participación activa Confidencialidad y voluntario.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ([OEDT](#)) recoge en su base de datos las últimas evidencias relacionadas con la intervención en drogas divididas en cinco áreas: temas emergentes, reducción del daño, prevención, reintegración social y tratamiento.

Ilustración 3. Representación de conceptos presentes en la conceptualización de Buena Práctica



Respecto a los **criterios de calidad y estándares europeos en los que se basa una Buena Práctica**, el [Manual para profesionales de prevención del año 2011](#) los define del siguiente modo: «son el conjunto de características de un programa que le confieren calidad científica, técnica, eficiencia y eficacia y que toman en consideración, con mucho esmero, el cumplimiento de los principios éticos y la satisfacción de los usuarios que son beneficiarios de dichos programas, así como también la satisfacción del equipo de profesionales que tiene la responsabilidad de llevar a cabo dichos programas». La definición de prevención que se emplea en el Manual se entiende como cualquier actividad que está dirigida a prevenir, retrasar o reducir el consumo de drogas, y/o sus consecuencias negativas en la población general o en subpoblaciones. Esto incluye: prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas, promover el cese del uso, reducir la frecuencia de consumo y/o la cantidad consumida, prevenir la progresión a patrones de consumo más peligrosos o dañinos, y/o prevenir o reducir las consecuencias negativas del consumo (2011:17).

Partimos del convencimiento de que la prevención más efectiva comienza por la erradicación de las condiciones de supervivencia de los sectores de la población más marginados. Sin embargo, esta misión resulta prácticamente utópica para los recursos y entidades que trabajan día a día con las personas drogodependientes de perfiles ocultos. No obstante, hemos detectado que algunos profesionales desarrollan estrategias, programas y técnicas que no se enmarcan en el concepto académico de «buena práctica», pero que, sin embargo, reportan grandes beneficios en la atención a las usuarias y la gestión de la calidad en la atención.

11.2 MAINSTREAMING DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE DROGAS.

Existen una serie de criterios básicos en el diseño de programas y proyectos que contemplen la introducción de la perspectiva de género. Erróneamente, se considera que basta con desagregar los datos entre hombres y mujeres. Si bien es cierto que esto visibiliza a las mujeres, es necesario que el análisis incluya un marco analítico y comprensivo más allá de la descripción de la realidad. La propuesta debe dirigirse a introducir un cambio en el sistema de atención e intervención que tenga en cuenta las teorías feministas y, por lo tanto, no se reproduzca el imaginario sexista ni los estereotipos de género. Resulta insuficiente disponer de espacios no mixtos únicamente para mujeres si en ellos se replican acciones y actitudes androcéntricas.

La introducción de la perspectiva de género no es un tema aparte del proyecto, sino que debe ser una estrategia integrada en el día a día del desarrollo del programa. En este sentido, el **mainstreaming de género** consiste en que las políticas de igualdad no pueden limitarse a políticas específicas dirigidas a paliar los efectos de la opresión y discriminación que sufren las mujeres, sino que tienen que actuar desde todas las políticas, se tiene que ir al origen de esa desigualdad, se tienen que cambiar las estructuras.

Una reflexión muy interesante la realiza Gómez Torralbo²⁵ (s.f), experta en perspectiva de género, cuando apunta que «el desarrollo de la transversalidad de género, de los principios citados de integración del principio de igualdad, se ha realizado básicamente a través de la elaboración y publicación de guías, manuales o ejemplos de Buenas Prácticas. En todos los niveles de la administración y en todos los territorios, se han publicado múltiples guías de aplicación. La regulación es una competencia de los poderes públicos, a través de la cual se pueden garantizar derechos, pero lo que han proliferado son propuestas metodológicas que orientan procesos técnicos de gestión. Cuando se detecta un incumplimiento de la ley de igualdad en alguno de sus mandatos, se tiende a destacar la dificultad técnica que puede suponer y se elabora una guía para facilitar su cumplimiento».

El *mainstream* de género se plantea en términos de una estrategia y eso pone el foco en el proceso. Además, no establece objetivos indicadores en ninguna de las situaciones y posiciones en las que las mujeres están en situación de desventaja frente a los hombres, esto hace muy compleja la tarea de la evaluación del impacto. Este tipo de evaluación ha sido empleada y respaldada por la Unión Europea como un instrumento para integrar la igualdad de género en las políticas. Con el propósito de que todas sus instancias directivas adoptaran esta herramienta, la Unión Europea publicó en 1999 la Guía para la evaluación del impacto en función del género». Este breve documento

²⁵ Se puede consultar su participación en el Foro de la Diputación de Guipúzcoa en el siguiente [enlace](#).

proporciona conceptos clave y ejemplos, presentándose como una ayuda para la toma de decisiones políticas. A partir de ese momento, el uso de la evaluación del impacto de género se ha generalizado y ha sido incorporado tanto en la normativa estatal como en la de las comunidades autónomas, alcanzando incluso el nivel estatutario.

Cuando hablamos de introducir transversalmente la perspectiva de género estamos apuntando a la necesidad de reconocer relaciones de poder, privilegios, discriminaciones y violencias asociadas.

- Considerar sistemáticamente las **diferentes condiciones y necesidades**.
- Identificar las **causas de las desigualdades** relacionándolas con los **estereotipos, roles y mandatos de género**.
- Implementar **acciones concretas dirigidas a la igualdad de género** y fomentar la **transversalidad**.
- Considerar la **interseccionalidad** con otros **ejes de opresión**.
- Visibilizar a las **mujeres y sus experiencias vividas**.
- Cuestionar la **heterosexualidad obligatoria** (heteronormatividad).
- **Poner en valor rasgos tradicionalmente asociados a la feminidad** que son imprescindibles para la vida (ej.: trabajos del hogar y de cuidados).
- Diseñar **programas, proyectos, actividades y acciones** dirigidas a **transformar la realidad social e individual** de las personas en un marco de igualdad de derechos y oportunidades.

Al tratarse de población oculta drogodependiente, las acciones de prevención deben estar dirigidas a **la reducción del daño desde una posición normalizadora**. Este marco teórico adopta una forma desprejuiciada y sin el sesgo que se desprende de lógicas prohibicionistas que han promovido modelos de abstinencia como única opción. Se trata de un enfoque humanitario y respetuoso con los principios de salud pública y de derechos humanos, que consideran a toda la población como personas de derecho y destinatarias de políticas de salud, indistintamente de si consumen o no drogas, y se muestran siempre contrarias a cualquier proceso discriminatorio y de estigmatización por su opción o condición de consumo de drogas, sean estas lícitas o ilícitas (RIOD, 2018: 11).

A menudo, se confunde la reducción de riesgos y la reducción del daño. La diferencia estriba en que la reducción del riesgo está más enfocada a las acciones preventivas, mientras que la reducción del daño parte de la constatación de que la persona ya presenta daños derivados del consumo. Esta perspectiva supone una ruptura con las posturas prohibicionistas en tanto que tiene como horizonte la normalización desde el cuidado y la protección del derecho a la salud. Cuando se aplica al consumo de sustancias, la reducción de daños acepta que un nivel continuo de consumo

de drogas en la sociedad es inevitable, y define los objetivos focalizándolos en la reducción de las consecuencias adversas. Desde este enfoque existe una priorización en la minimización de los impactos tanto en la salud como en las consecuencias sociales y económicas. Las estrategias de reducción de daños, por tanto, no pretenden la eliminación del uso de drogas, sino **favorecer por medio de estrategias planificadas y articuladas un uso de drogas que ocasione los mínimos daños posibles en el individuo y en la sociedad.**

La estrategia fundamental se apoya en la educación sanitaria, que se dirige a alcanzar la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos. En este sentido, la reducción de riesgos de filosofía normalizadora presenta una clara voluntad transformadora para alcanzar unas políticas de drogas respetuosas con los Derechos Humanos (Martínez Oró, 2019: 64).

Se trata de favorecer unas condiciones de vida dignas, garantizar la salud y el desarrollo de la identidad en las personas drogodependientes de poblaciones ocultas. Especialmente en aquellas atravesadas por numerosos ejes de exclusión que las sitúan en una posición especialmente devaluada y estigmatizada: por género, por etnia y por orientación sexual.

Una vez aclarada la posición teórica, a continuación, exponemos los diferentes hallazgos en torno a las estrategias desarrolladas en los territorios donde hemos ejecutado el estudio. **La finalidad es localizar potencialidades y debilidades, carencias y desigualdades interterritoriales y plantear una serie de recomendaciones ajustadas a cada realidad.**

11.3 ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LOS TERRITORIOS DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

En palabras de Patricia Martínez Redondo (2021), profesional del área de drogodependencias desde el año noventa y cinco, «las ciudades y las localidades se transforman de acuerdo con la configuración del mercado de la droga, así de cómo se organiza la población vulnerable».

“ Teniendo en cuenta el conjunto de sustancias en circulación, el grado de penalización, los diferentes ejes de discriminación que interseccionan sobre una misma persona, la existencia de un mercado concreto de droga en la ciudad, que haya una serie de derechos básicos que no se están garantizando por ser consumidora de sustancias y además una experiencia vital atravesada por traumas y violencias, todo esto está determinando qué sustancias se utilizan, por qué vía y en qué contextos las utiliza. Y en función de cómo a nivel poblacional se forma, cada ciudad tendrá unos servicios, unos programas y unos profesionales que se dedican a acompañar a las personas drogodependientes en el momento concreto» (Martínez Redondo, 2021).

En la segunda mitad de la década de los setenta se produjo, en España, una importantísima explosión del consumo de heroína, que Juan F. Gamella (1997; citado en Martínez Oró, 2013: 41) y otros autores denominaron «la crisis de la heroína». Este escenario generó una demanda asistencial imprevista, desencadenando respuestas más impulsadas por iniciativas individuales y el respaldo de algunos Ayuntamientos que por una planificación organizada y coordinada. Este enfoque conllevó numerosas carencias, errores e importantes disparidades entre distintas localidades, en lugar de establecer un sistema integral y equitativo.

Este estudio etnográfico se ha ejecutado en siete de las ciudades capitales con mayor densidad de población a nivel estatal. Tal como veremos, cada uno de los territorios cuenta con una realidad presupuestaria diferente y unos recursos más o menos especializados. Una primera conclusión nos apunta a que hay un cierto grado de desigualdad en cuanto a la disponibilidad de recursos de drogodependencias a nivel territorial, siendo las grandes ciudades y entornos urbanos densificados los que concentran la mayor oferta de recursos. No obstante, lo más reseñable tiene que ver con la dirección política asumida por la Administración. Una dirección que oscila entre planteamientos atravesados por presupuestos morales, estereotipos o prejuicios y resulta determinante en la protección o desprotección de las personas drogodependientes.

El presente capítulo lo dedicaremos a realizar un análisis territorial donde ha tenido lugar la ejecución del programa. El propósito ha consistido en analizar las buenas prácticas vigentes y detectar otras potenciales de serlo que entren dentro del marco de la definición de Buenas Prácticas.

Antes de profundizar en los programas ejecutados por los recursos de los que dispone cada territorio, la Federación Española de Municipios y Provincias pone a disposición de los territorios un catálogo de Buenas Prácticas para su implantación atendiendo a sus criterios de escalabilidad.

Tabla 14. Catálogo de Buenas Prácticas según CCAA. Fuente: Base de Datos de Buenas Prácticas.

Programa de Buenas Prácticas	Tema	Alcance
Programa FITJove	Prevención y reducción de riesgos	Cataluña
Programa DÉDALO	Prevención y reducción de riesgos	Castilla y León
Ludens	Prevención y reducción de riesgos	Estatal
¿QTJ? - ¿Qué te juegas?	Prevención y reducción de riesgos	Estatal
La Aventura de la Vida	Prevención y reducción de riesgos	Estatal
ChemSafe	Prevención y reducción de riesgos	Estatal (Andalucía, Islas Baleares, Cataluña y Madrid)
Construye tu Mundo	Prevención y reducción de riesgos	Comunidad de Madrid
Proyecto «Walk Your Power»	Prevención y reducción de riesgos	Comunidad de Madrid
Programa Prevención Comunitaria «Ciudades ante las drogas»	Prevención y reducción de riesgos	Andalucía
Programa Frida «Con ojos de mujer»	Asistencia y reducción de daños	Valladolid
Proyecto Mejora	Asistencia y reducción de daños	Isla de Gran Canaria
La Clara.Info	Prevención y reducción de riesgos	Barcelona
Let's Chat!	Prevención y reducción de riesgos	Barcelona - Girona
FERYA - Familias en red y activas	Prevención y reducción de riesgos	Estatal
Connecta amb els teus fills i filles	Prevención y reducción de riesgos	Cataluña

Análisis de buenas prácticas en Asturias

El Principado de Asturias cuenta con el [Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016](#), un documento que se encuentra notablemente desactualizado y que se prorroga anualmente. En este sentido, los municipios y las entidades locales son las instituciones sobre las cuales recae la voluntad política de desarrollar sus propios planes. El mayor o menor compromiso por abordar las tareas preventivas se demuestra en el número de Planes desarrollados en los últimos años. Actualmente tan solo cuatro municipios (El Franco, Gijón, Grado y Oviedo) cuentan con Planes de Prevención de Adicciones. Tal como hemos podido consultar en la [Guía de recursos en drogodependencias del Principado de Asturias](#) (2016), el territorio cuenta con una gran diversidad de recursos que ofrecen atención en adicciones.

La ciudad seleccionada para la ejecución del programa, — el trabajo de campo y las entrevistas a profesionales de los recursos, — fue Gijón. Esta ciudad cuenta con un Plan Municipal de Adicciones (2021-2024) que abarca también las adicciones sin sustancia. Hay que destacar que las entidades de base comunitaria desarrollan un importante papel como primera puerta de entrada de las personas con adicciones de poblaciones ocultas hacia el circuito asistencial. Las profesionales aun sienten que hay escasa empatía y sensibilización con estas personas cuando acuden a las consultas. Actualmente, hay cuatro organizaciones cuya actividad se dirige a esta población diana: El colectivo NACAI, Comité Ciudadano Antisida, La Fundación Siloé y Mar de Niebla.

La entrevista telefónica realizadas en el marco de «Diké» fue con una persona profesional de la entidad **Mar de Niebla**, situada en la ciudad de Gijón. El criterio en el cual nos basamos fue principalmente la relación directa que guardan con algunas de las mujeres de perfiles drogodependientes que entrevistamos. Las usuarias refirieron en varias ocasiones a la entidad como un lugar al que acudían para buscar apoyo integral donde encontraron un buen trato por parte de las profesionales. A raíz de la entrevista, surgieron dos cuestiones interesantes:

- La ausencia de recursos destinados a mujeres.
- La cuestión del sinhogarismo como impedimento para la deshabituación.

Un análisis de las buenas prácticas implementadas hasta el momento se relaciona con los elementos identificados por los profesionales. Por lo tanto, es posible observar que se está abordando eficazmente las necesidades identificadas de la población en situación de calle con problemas de adicciones.

Tabla 15. Intervenciones evaluadas como Buenas Prácticas en Gijón.

Intervenciones consideradas buenas prácticas	
Proyecto «Eslabón»	
Tipo de práctica	Acompañamiento integral
Descripción	El objetivo de Eslabón es acompañar a personas en situación de exclusión social en su proceso de vida hacia la inclusión, detectando y consensuando las necesidades e interviniendo para la mejora de las mismas, mediante la información, orientación y asesoramiento, acompañamientos y coordinación y derivación a otros recursos o agentes sociales.
Housing First	
Tipo de práctica	Vivienda
Descripción	Intervención temprana. Proporciona viviendas asequibles y permanentes a personas que vienen directamente desde la calle.
Programa socioeducativo para mujeres consumidoras, exconsumidoras o en riesgo de consumir drogas con menores a cargo	
Tipo de práctica	Acompañamiento integral
Descripción	El programa tiene como finalidad procurar el bienestar social de la mujer y los menores y/o adolescentes a su cargo, mediante la estimulación del desarrollo de su personalidad y de sus relaciones con el medio social, actuando en su ámbito familiar, institucional y comunitario para abordar las situaciones de riesgo.

El **Proyecto «Eslabón»**, ejecutado por Mar de Niebla, se lleva a cabo desde el año 2005 en colaboración con la Fundación Municipal de Servicios Sociales de Gijón, pasando por diferentes etapas evolutivas hasta llegar a la actualidad. En aquel entonces la situación socioeconómica era distinta a la actual, pero el objeto de intervención con el que nace el proyecto es el mismo: **estar en la calle, en los espacios de relación y convivencia de personas que viven situación de exclusión y vulnerabilidad**. Este proyecto resuelve una de las principales barreras a la que han de enfrentarse las mujeres consumidoras por el hecho de serlo.

“ Parece que las mujeres con las que trabajamos nunca encajan en Casa Malva, que es el recurso específico de primera entrada de acogida aquí a las mujeres que son víctimas de violencia de género. Hay consumos, hay una trayectoria de sinhogarismo, hay menores bajo tutela de consejería. No encajan. Cuando realmente sí deberían de encajar, porque habría de primar su condición de víctima de violencia de género por encima de todas esas otras cosas que llevan la mochila. Pero al final, la coetilla de «drogodependiente» como que se pone por delante. Al final como que hay una carencia en la integración de estas, de estas personas, en los recursos universales, que es totalmente (Trabajadora social, Asturias, 431, Mar de Niebla).

Resulta necesario continuar formando a las profesionales de otros recursos de atención en la sensibilización hacia las mujeres consumidoras de drogas. Además, hacer hincapié en el enfoque de derechos humanos. Aun predomina una mirada estigmatizante y culpabilizadora que vulnera el derecho a la salud de estos perfiles.

Por otra parte, queremos destacar el proyecto ***Housing First*** del Principado de Asturias. Este proyecto ha sido reconocido por el Observatorio de Vivienda Europeo como buena práctica en la lucha contra el sinhogarismo. Tradicionalmente, se ha abordado el fenómeno del sinhogarismo como una cuestión exclusiva de servicios sociales, buscándose soluciones a través de dispositivos especializados de alojamiento: albergues, pisos tutelados, pensiones y hostales. Tal como hemos visto, estos recursos están ampliamente masculinizados y gira entorno a ellos una imagen **de falta de intimidad e insalubridad** que aleja a los individuos de acceder:

- En el caso de las mujeres, la **falta de productos de higiene menstrual femenina o la presencia de su agresor** son motivos por los cuales las mujeres con adicciones no acuden y se ven obligadas a adoptar otras estrategias.
- En el caso de los hombres que realizan *chemsex*, el elemento que les desincentiva de acudir a estos espacios tiene que ver con que **no se identifican con la población drogodependiente** ya que los consumos que hacen de las sustancias se insertan en el marco de sus relaciones sexuales, de modo que no se sienten directamente interpelados al uso de estos espacios.

Por otra parte, en las entrevistas con las usuarias también han hecho hincapié en el «excesivo control» y los «horarios estrictos» totalmente incompatibles con su estilo de vida marcado por la adicción. Esta es una percepción compartida por los perfiles entrevistados, independientemente de su sexo y género.

En los últimos años ha ido creciendo la importancia del papel de la vivienda en la erradicación del sinhogarismo, siendo cada vez mayor la atención que se le está dando al modelo *Housing First* como solución a este problema. El modelo se basa en una **intervención temprana y proporciona viviendas asequibles y permanentes a personas que vienen directamente desde la calle**. Como elemento innovador, las viviendas en las que se ejecuta el programa son **viviendas públicas** y no privadas. Este proyecto solventa la estacionalidad de otros recursos como nos han comentado la profesional entrevistada.

Además, contribuye a salir de la espiral del estilo de vida al que condena la situación de sinhoga-



No es mixta. Además, el criterio es al azar. Pues ponte que de febrero a junio hayan estado llamando a hombres porque...es una habitación, es un espacio dentro del propio hospital, son dos camas en una habitación muy grande y bueno, con algún espacio compartido, lo que hace que no sea mixto desde el punto de vista médico hospitalario. Es decir, que hay un tiempo en que llaman a hombres, luego paran y vuelven a llamar a mujeres y luego vuelven con hombres (Trabajadora social, Asturias, 431, Mar de Niebla).

rismo y la adicción a sustancias. Proyectos de este tipo permiten a la persona salir del circuito de recursos y modificar sus prácticas individuales y grupales, favoreciendo la creación de las condiciones materiales para mejorar la calidad de vida.

Por último, el Observatorio sobre Drogas para Asturias realiza informes anualmente para diagnosticar el estado de la cuestión en los que se integra toda la información procedente de las fuentes disponibles en el territorio, tanto en el uso como en los distintos programas, oferta y control. En el [Informe del año 2008](#) se integró por primera vez un apartado dedicado a las Buenas Prácticas en Tratamiento y Rehabilitación. El documento contempla tres programas, dos de ellos orientados al trabajo con alcohol²⁶, y un tercero que incorpora la perspectiva de género en la atención. Nos interesa el tercero. Se trata de un **Programa socioeducativo para mujeres consumidoras, exconsumidoras o en riesgo de consumir drogas con menores a cargo**. El programa distingue seis tipos de perfiles en función de sus características que determina por medio de una evaluación:

- Madres jóvenes, madres monoparentales con escaso apoyo social, bajo nivel educativo y falta de habilidades sociales.
- Situaciones de negligencia física con el menor, estilos de vida desordenados y relaciones conflictivas con el entorno.
- Madres jóvenes con hijos/as preadolescentes.

²⁶ Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC). Proyecto Hombre Asturias y el Procedimiento de evaluación asociado al mismo proyecto.

- Mujeres participantes en el Salario Social Básico con hijos preadolescentes y autoconcepto.

El programa presenta un gran potencial para ser ejecutado con mujeres de minorías étnicas, especialmente mujeres gitanas con menores a su cargo, pero no exclusivamente. Tal como hemos podido comprobar en el informe, la maternidad temprana es una realidad con especial incidencia en la comunidad gitana. Consideramos pertinente realizar esta indicación y desarrollar estrategias de atención que tengan en cuenta sus prácticas y valores culturales.

En cuanto a los **programas de reducción de daños**, el Plan asturiano matiza en su introducción que el objetivo de estos no es plantear el abandono de la adicción sino los consumos dentro de los mejores parámetros posibles para la salud de la persona. A continuación, mostramos la Tabla 16 que recoge las buenas prácticas incorporadas en el [Plan de Adicciones 2010-2016](#).

Tabla 16. Buenas prácticas reconocidas en el Plan de Adicciones de Asturias 2010-2016

Buenas prácticas reconocidas en el Plan de Adicciones 2010-2016	
METABUS	
Destinado a pacientes con alta problemática socio sanitaria bajo el criterio de baja exigencia. En Asturias hay 3 dispositivos de este tipo que operan en 4 Áreas Sanitarias. En una de ellas el recurso cumple las funciones de UTT. En general los y las pacientes a tratamiento con metadona han ido creciendo desde 2003 a 2007. Esta situación no está contrastada con la evolución del número de personas tratadas en otros dispositivos, por lo que su significado es difícil de establecer.	
Oficinas de farmacia	
Dirigido a pacientes que son remitidos desde el SESPA a las farmacias acreditadas para el programa, consiguiendo así normalizar la situación de las personas en programas de mantenimiento con Metadona.	
Programas de mínima exigencia: Centros de Encuentro y Acogida (CEA); «Calor y Café»	
El objetivo es disminuir las consecuencias negativas para aquellas personas drogodependientes que están en situación de extrema marginalidad sin que su finalidad sea el tratamiento específico de la drogodependencia. En Asturias existen cuatro, en algún caso con deficiencias estructurales, aunque realizan tareas procedimentales y sobre colectivos con una desatención total.	
Distribución de «sanikits» de intercambio de jeringuillas.	
El marco general de trabajo de este Programa consiste en la creación de espacios de acogida y escucha donde se proporcione seguridad y tranquilidad, garantizando el anonimato y la confidencialidad para las personas drogodependientes. En este escenario y con estas premisas, se proporciona información específica sobre recursos y se entrega un material que garantice la efectividad del Programa general de Reducción de Riesgos. El material común distribuido en los puntos de atención que participan en el Programa es el Sanikit, preservativos y folletos informativos.	

A modo de síntesis podemos decir que Gijón cuenta con una red formada por entidades de base comunitaria muy sólida. Estas entidades han sabido coordinarse con el resto de los servicios municipales para dar respuesta a las necesidades que han emergido en cada momento. Sirven de ejemplo los programas de Buenas Prácticas operativos hasta el momento. Cobra importancia el debate entre la necesidad de recursos especializados para poblaciones ocultas drogodependientes o bien la defensa de la universalidad en los recursos y servicios públicos.

Análisis de buenas prácticas en Aragón

El [Plan de Adicciones de la comunidad autónoma de Aragón 2018-2024](#) actúa en coordinación con El Plan de Salud Mental 2017-2021. El objetivo es llevar a cabo una integración efectiva de los servicios de salud mental y adicciones en una red unificada, manteniendo aquellos servicios que deban preservarse de manera específica, como las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) y las Comunidades Terapéuticas. El Plan Autonómico sobre drogodependencias fortalecerá las buenas prácticas en prevención, aprovechando las iniciativas ya implementadas, al mismo tiempo que impulsará nuevas acciones conforme al análisis de la situación en cada momento y en cada ámbito territorial.

Siguiendo los criterios establecidos en el Plan, estas acciones se ajustarán a los principios de participación social, atención a los grupos más vulnerables, intersectorialidad, equidad, integridad y enfoque de género, tanto en la definición de la estrategia como en la implementación. Las iniciativas de prevención comunitaria deberán considerar, en todo momento, todas las acciones preventivas realizadas en el territorio, con el propósito de establecer sinergias necesarias, adoptar un enfoque homogéneo y lograr la convergencia temporal de las intervenciones.

El recurso de referencia con el que contactamos fue el **Centro Alba**, una entidad con casi treinta años de experiencia en la atención a mujeres con adicciones. A lo largo de su trayectoria, se ha especializado en brindar apoyo a mujeres y personas que se identifican como mujeres y que enfrentan problemas de adicciones, ya sea que hayan trabajado o estén trabajando en pisos, clubes o en la calle. En la siguiente cita literal, la profesional nos reflejó la estrategia que llevaban a cabo para generar adherencia al recurso:

“Aquí sobre todo es que nosotras estamos para el tema del sexo, de pago, de trabajo sexual y demás. Hacemos también prevención. Entonces hacemos reparto de material preventivo: preservativos masculinos, preservativos femeninos, lubricantes. Y de ahí derivamos a todo el tema del acompañamiento para tener tarjeta sanitaria, acompañamos en el proceso de empadronamiento, a las citas de extranjería, asilo. Todo lo que se puede derivar de las circunstancias de ser mujer consumidora y dedicarte a vender sexo (Psicóloga, Zaragoza, 432, Centro Alba).

Por medio de la información de los riesgos a las usuarias se lograba concienciarlas de la necesidad de interponer mecanismos de protección. Una vez se logra la interiorización de esta práctica y acudir al recurso se convierte en una práctica cotidiana, las profesionales ponen en marcha una maquinaria de acompañamiento individualizado en función de las necesidades personales. La finalidad es lograr un abordaje integral que alcance otras esferas de su vida, situando la adicción a las drogas como un aspecto colateral de segundo orden.

En cuanto a la integración de buenas prácticas, la entidad mostraba una continuidad con las estrategias de intervención clásicas: «tenemos el programa de intercambio de jeringuillas al que

también acuden hombres, pero es un programa que en este momento tampoco le estamos dando muchos medios. Son casi todas personas más cercanas al centro y del propio barrio, de las históricas y de los supervivientes de la heroína» (Psicóloga, Centro Alba, Zaragoza, 432).

“ Hay prácticas nuevas que con las que no estamos de acuerdo. Este centro que lleva abierto desde el año 93, de la mano de la Comisión Ciudadana Antisida de Aragón, pues significa que ya acertó en su momento, y ya está el recurso situado. Por ejemplo, nosotras no nos vamos a ir a los clubs a estar con la gente, a repartir ahí los preservativos. Nosotras particularmente no lo hacemos ni lo vamos a hacer porque entendemos que no es el espacio donde puedes hacer un programa de prevención. ¿Se considera eso nuevas prácticas? Puede que sí. Todo el tema de contactar por vía de WhatsApp de tal y de cual, pues no lo utilizamos porque es una locura. No llegamos a lo que puede ser una atención presencial. Esto es un recurso conocido. Pasan por aquí novecientas mujeres diferentes al año, se va corriendo de voz en voz. Tenemos el teléfono disponible. Las subvenciones no dan para que estés veinticuatro-siete, para que tengas un personal que sería lo necesario para implementar buenas nuevas prácticas. Las subvenciones no dan para que estés veinticuatro-siete, para que tengas un personal que sería lo necesario para implementar buenas nuevas práctica» (Psicóloga, Centro Alba, Zaragoza, 432).

Por un lado, la profesional entrevistada mostró cierta reactividad de incorporar prácticas nuevas, ya que ponía en valor la trayectoria y la experiencia de la entidad. Por otro lado, apuntaba a una falta de recursos económicos y humanos para poder desempeñar estas actuaciones. Un aspecto que nos resulta significativo por la ambivalencia que contiene es la posición con respecto a la creación de espacios diferenciados para mujeres y la defensa de la universalidad en la atención de la red sanitaria como una práctica activa de lucha contra el estigma.

Una de las conclusiones que podemos derivar del análisis de las buenas prácticas en vigor en Zaragoza es que no hay evidencia de una amplia implementación que vaya más allá de las prácticas convencionales de reducción de daños, como los programas de intercambio de jeringuillas o la provisión de material estéril en salud sexual.

“ En este momento los discursos de muchos dispositivos sociales y sanitarios en referencia a estas mujeres es más estigmatizador que liberador. Entonces nuestra principal práctica contra el estigma es la no creación de recursos específicos, sino el intento por todos los medios de la utilización de la red pública, que es para todas nosotras. Que, si yo tengo que ir al ginecólogo, sea en la red pública, pues que estas mujeres también accedan a ello. ¡No vamos a plantar aquí un consultorio ginecológico! Si yo necesito una atención psicológica o psiquiátrica, que esta mujer llegue como yo a la red pública, porque es la única forma en que podremos salvar lo público. Es la única forma en que todas las mujeres tengamos acceso a esos recursos y a esos servicios. Y es la mejor forma para poder combatir el estigma, que ella y yo entremos por la misma puerta (Psicóloga, Centro Alba, Zaragoza, 432).

Análisis de buenas prácticas en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid ha sido testigo de un proceso que pasó de la evolución de estos recursos al estancamiento hasta llegar incluso a la desaparición. Concretamente, los recursos de reducción de daños han sido los que se han visto más descapitalizados. El [Plan Estratégico vigente 2022-](#)

2024 contextualiza la situación actual mediante la introducción de dos ejemplos significativos. En 1991 se estableció el servicio conocido como «Isidrobus», que se dedicaba a distribuir jeringuillas estériles. Posteriormente, en el año 2000, la Consejería de Sanidad desarrolló el dispositivo asistencial de venopunción llamado «Narcosala», que fue pionero en España. Este dispositivo ha contribuido a reducir, durante las últimas dos décadas, las muertes por reacciones agudas, la prolongación de la vida mediante cuidados sanitarios y la disminución de enfermedades infectocontagiosas, especialmente el VIH.

Actualmente, se han puesto en marcha en la Comunidad de Madrid los **«Servicios de Atención Sanitaria a Drogodependientes en Medios Móviles y Derivación a Tratamiento»**, dispuestos en los espacios marginales habituales de máxima venta y consumo. Estos dispositivos pretenden minimizar los efectos negativos del consumo, y también favorecer la derivación asistencial para realizar tratamientos de deshabituación.

El **Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud** se fundamenta en un enfoque y una metodología participativa que involucra a un gran número de actores del ámbito de las adicciones. Se trata de una herramienta política y técnica con un gran potencial estratégico para la coordinación entre los diferentes servicios y recursos que favorece las condiciones para impulsar buenas prácticas. Por ejemplo, una de las acciones se enmarca en el objetivo cuarto y se orienta a «la promoción de buenas prácticas en el uso de hipnosedantes y analgésicos opioides en colaboración con Hospitales y Farmacia». Promoción del uso de guías, y de la aplicación de buenas prácticas y prácticas seguras, en los diferentes procesos asistenciales en salud mental, que garanticen el bienestar y la seguridad del paciente

Uno de los obstáculos que detectamos y también ha sido apuntado por uno de los profesionales entrevistados tiene que ver con las dificultades para la coordinación entre los recursos entre diferentes municipios. La Comunidad de Madrid marca la línea política, pero son los Ayuntamientos quienes deben desarrollar sus propios Planes de Adicciones de acuerdo con la realidad municipal. El objetivo de los Planes es crear un marco estable de colaboración técnica y financiera que posibilite el desarrollo conjunto de actuaciones en los campos de la prevención, asistencia e inserción social de las personas drogodependientes. Actualmente tan solo siete municipios²⁷ cuentan con un Plan de Prevención de Adicciones y no todos se encuentran actualizados. A raíz de la entrevista con un trabajador social del CAID de un área de Madrid considerada vulnerable surgieron varias cuestiones significativas:

²⁷ Alcalá de Henares (2018), Arganda del Rey (2021), Ciudad de Madrid (2022), Móstoles (2022), Parla (2013), Torrejón de Ardoz (2020), Tres Cantos (2019).

“ La falta también de recursos propios y específicos para estas personas. O sea, nosotros. Una de las cosas que teníamos en Comunidad de Madrid hace años era una comunidad terapéutica exclusiva para mujeres y eso venía fenomenal. Desde hace más de diez años eso desapareció y no se plantean, pese a como está el patio, volver a generar nada (Trabajador social, 430, Madrid, CAID).

La ausencia de recursos especializados no mixtos dirigidos a mujeres. La reducción presupuestaria para atender a este colectivo responde al estigma aún perenne atravesada por una carga moral que posiciona a las personas con adicciones como «no merecedoras» de ser beneficiarias de los recursos de atención.

Por otro lado, también se destacó la **ausencia de profesionales de referencia con formación específica en género**. Algunos recursos no hay presencia de persona experta en perspectiva de género. Ante estas circunstancias, las personas profesionales, comprometidas con garantizar la atención a estas mujeres desarrollan estrategias no institucionalizadas o protocolizadas con la finalidad de no dejar desprovista a la usuaria

“ No tenemos ninguna psicóloga especialista en temas de violencia de género. ¿Qué tenemos que hacer? Derivarlas a los puntos municipales de violencia, ya que en algunos funcionan muy bien, en otros regular, Pues como todo pasa en esta historia. Por otro lado, podríamos hacer grupos terapéuticos o socioeducativos. Bueno, pues llevamos un año intentando sacar un grupo y no hay manera. O sea que también luego tenemos bastantes dificultades y tenemos las agendas súper apretadas. Claro. O sea, estamos dando citas para un mes, con lo cual cada vez es más complicado atender la demanda real que pueda tener la paciente. Claro. Sobre todo, en las primeras fases, que a lo mejor ahí sería muy necesario una atención semanal. Y es imposible. Es inviable. O sea, si la vez semanal quiere decir que a otro le vas a ver cada dos (Trabajador social, Madrid, 430, CAID).

En este contexto vemos necesario, insistir en la importancia que tiene **vincular los recursos de atención a mujeres supervivientes de violencia de género y el ámbito de las adicciones**. Es decir, que las adicciones pasen a un segundo orden y que sea la situación de violencia la que predomine en la atención a las mujeres. La Comunidad de Madrid dispone de dos recursos coordinados con los centros de atención a las drogodependencias:

- **Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género.** Se trata de un recurso que ofrece servicios de asesoramiento jurídico, atención psicológica y social individualizada a las víctimas, y seguimiento de las órdenes de protección o resoluciones judiciales.
- **Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género,** especializado en atención de emergencia y protección a las víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja y expareja. Atiende en primera instancia a todo el municipio de Madrid y es dispositivo referencial de primer nivel y de acceso a otros recursos que configuran la red especializada en la capital.

Tabla 17. Intervenciones consideradas buenas prácticas

Intervenciones consideradas buenas prácticas	
Proyecto «Pausa 2019»	
Tipo de práctica	Programa piloto sobre <i>Chemsex</i>
Descripción	Servicio para contactar con usuarios de <i>chemsex</i> en fases más tempranas, y para acompañarlos en el proceso de comprender mejor de qué manera les afectan estas prácticas y qué quieren hacer al respecto
Protocolos con perspectiva de género	
Tipo de práctica	Protocolos con perspectiva de género
	Manual de intervención en casos de violencia sexual y/o de género de la Red asistencial de adicciones de la comunidad de Madrid (2022) Protocolo de intervención psicológica en los centros de atención a drogodependientes (2015) Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias (2015) Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad (2013) Protocolo de inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones. (2012)
Programa socioeducativo para mujeres consumidoras, exconsumidoras o en riesgo de consumir drogas con menores a cargo	
Tipo de práctica	Acompañamiento integral
Descripción	El programa tiene como finalidad procurar el bienestar social de la mujer y los menores y/o adolescentes a su cargo, mediante la estimulación del desarrollo de su personalidad y de sus relaciones con el medio social, actuando en su ámbito familiar, institucional y comunitario para abordar las situaciones de riesgo.

Un informe elaborado a la luz del Plan estratégico para Igualdad de género en la Ciudad de Madrid en el año 2019 identificaba entre las nuevas necesidades y retos emergentes los casos de discriminación múltiple como la patología dual, la salud mental, las adicciones, el mantenimiento de la relación con agresor o la no identificación de la violencia. No obstante, esto no se ha traducido en recursos concretos, sino todo lo contrario. En el vigente [Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2022-2026](#) se contempla entre las acciones estratégicas:

- La elaboración del **Plan de Tratamiento y realización de un procedimiento de buenas prácticas** con el objetivo de ofrecer una intervención integral, basada en la evidencia y de calidad a las personas con adicciones en tratamiento en los CAD.
- La elaboración de un **documento de buenas prácticas en la atención a mujeres sin hogar con problemas de adicción**.

“ Hace veinte años [la problemática del consumo de sustancias] estaba la tercera después de terrorismo y el trabajo. ¿Y hoy? ni se la ve ni se la encuentra. Pues esa es la historia. Si no hay percepción social de riesgo, peligro o alarma, el resto hace lo mismo: ignorarla hasta que explote (Trabajador social, Madrid, 430, CAID).

La encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas de la Comunidad de Madrid realizada en el año 2022 arroja unos datos interesantes en cuanto a tendencias

- La **cocaína** es la segunda droga ilegal más consumida por la población madrileña de 15-64 años, tras el cánnabis. El diez por ciento de los encuestados ha probado esta sustancia, un 1,4% la han consumido en el último año y un 0,7% en el último mes. A pesar de que el porcentaje sea superior en hombres, el consumo de las mujeres no es nada desdeñable.
- En cuanto a las nuevas sustancias sintéticas como el **GHB**, un uno por ciento de los hombres lo ha consumido alguna vez en la vida y un cero coma cinco por ciento en los últimos doce meses. Aparentemente esto no supone un dato alarmante, sin embargo, se ha producido ligero aumento de dos décimas el consumo de esta sustancia desde el año 2014 hasta la actualidad.
- La prevalencia de consumo alguna vez en la vida de **metanfetamina** ha sido del 0,7% y en los últimos doce meses del 0,1% y un 0,03% en el último mes. La prevalencia es mayor en los hombres y en los menores de treinta y cinco años.

Análisis de buenas prácticas en Cataluña

Comparativamente, Cataluña es la comunidad autónoma que cuenta con mayor diversidad de recursos repartidos de forma homogénea por el territorio. Además, no sólo eso, sino que también se

ha detectado un amplio compromiso por parte de los municipios y localidades a la hora de desarrollar normativas y planes estratégicos coordinados con la estrategia autonómica. Este hecho resulta significativo porque combate las desigualdades a nivel interterritorial. A menudo, las ciudades con mayor densidad de población como la ciudad de Barcelona o Reus, capital del Baix Camp, son las que tienden a concentrar la mayoría de los recursos.

Cataluña cuenta con una amplia red asistencia pública de recursos especializados en la atención y el seguimiento de problemas relacionados con el consumo, el abuso y / o dependencia de sustancias psicoactivas²⁸. La red de recursos proporciona atención sociosanitaria y comunitaria para todo tipo de drogodependencias a través de diferentes servicios distribuidos por todo el territorio. Todo ello está acordado en una herramienta política que es el **«Pla de Drogues i Addicions Comportamentals 2019-2023»**.

Tabla 18. Centros y Servicios de atención de reducción de riesgos en adicciones en Barcelona

Centros y Servicios	Tipo de atención
Servicio ChemSex Support-Stop SIDA BCN-Check Point Apoyo Positivo	Entidad de base comunitaria Servicio de acogida información y prevención indicada
Centros de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias (CAS) CAS Baluard	Tratamiento integral: Desintoxicación y deshabituación
Unidad de ITS y VIH Drassanes - Vall d'Hebron Unidad de VIH – Hospital Clínico	Atención integral de la salud sexual y atención a personas con síntomas, vacunación de infecciones prevenibles, screening de ETS y VIH, PrEP).
Servicio de Enfermedades Infecciosas - HUGTIP	Atención psicóloga clínica y valoración del riesgo para posterior derivación
Hospital Clínico de Barcelona (Urgencias)	Servicio de atención en urgencias.
CRD Robards (Fundació Àmbit)	PIX, atención sanitaria y social, calor- café
Sala REDAN La Mina	PIX, espacio de venopunción asistida, atención sanitaria y socioeducativa, calor y café

Los centros y servicios de reducción de daños se dirigen a personas consumidoras de drogas. El objetivo es reducir al máximo los problemas para la salud física y psicosocial de estas personas, y motivar y facilitar el acceso al tratamiento.

²⁸ [Web de la Red asistencia de recursos de atención a las drogodependencias](#)

El **Programa de intercambio de jeringas** en Cataluña se lleva a cabo desde el año 1991 con la colaboración de farmacias, centros de atención primaria, asociaciones (ONG), educadores de calle, centros especializados en reducción de daños y centros de atención a las drogodependencias. El órgano de referencia es el Departamento de Salud que desarrolla programas de reducción de daños para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

El objetivo principal del Programa es prevenir las infecciones para el **VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)**, para el **VHB (virus de la hepatitis B)** y por el **VHC (virus de la hepatitis C)** asociadas a los hábitos de consumo inyectado entre los usuarios de drogas. El CAS Baluard (Barcelona) es un recurso situado en el corazón de la ciudad que pretende aumentar la capacidad de contacto y vinculación de las personas que usan la vía inhalada.

REDAN La Mina

Desde este recurso se lleva a cabo una **actividad consistente en favorecer un espacio sólo para mujeres una vez a la semana**. Esta actividad está dedicada a favorecer un espacio de comunicación abierto para las mujeres usuarias. A través de la mediación, el debate y las conversaciones, se abordan temas de género, como las relaciones sexoafectivas, matrimoniales y las experiencias cotidianas, direccionando la actividad en función de las necesidades y preferencias del grupo. La finalidad es garantizar un espacio de seguridad, confianza y libertad. A raíz de las entrevistas realizadas en el centro de reducción de daños del barrio de La Mina (Barcelona), pudimos conocer las diferentes estrategias implementadas por las profesionales para mantener a las mujeres usuarias vinculadas al recurso, al mismo tiempo que las protegen de situaciones de riesgo y estigmatización. Estos mecanismos de protección forman parte del propio hacer profesional cuando se identifican situaciones particulares que pueden significar un peligro para la integridad física o la salud de la mujer usuaria.

También nos comentaron que desarrollan un **procedimiento específico en caso de mujeres embarazadas** las profesionales del recurso preguntan a la mujer cómo quiere llevar su consumo: «Le planteamos qué es lo que ella prefiere, si quiere consumir con todos o en una sala a parte. Lo importante es protegerla y avisarla de que puede exponerse a comentarios». Destacaron que para las pocas mujeres que acuden al centro, encuentran un gran porcentaje de mujeres embarazadas: «Las mujeres que vienen al centro se embarazan. Por lo tanto, ya tenemos un vínculo, se conoce cuál es su situación y todo entonces la intervención es desde el acompañamiento en la decisión que tome. No hay una inducción. Ya están bastante penalizadas por eso en todos los recursos y a nivel social, entonces desde aquí no lo hacemos. Sin hacer ningún juicio, pero proporcionando toda la información que deben tener para poder tomar una decisión». (Trabajadora social, Catalunya, 38, REDAN La Mina)

Ya hay un circuito establecido que implica varios recursos como el ASSIR (Unitat d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) o el Hospital de Vall d'Hebron. Concretamente se ha implementado

un **programa piloto que implica al REDAN con la finalidad de promover los seguimientos ginecológicos entre las mujeres usuarias**. Asociado a este proyecto también se han empezado a realizar **formaciones y charlas a las usuarias sobre salud sexual**. Hay mucho tabú y miedo a hablar de este tema, de modo que favorecen un espacio donde expresar sus preocupaciones: la utilidad de los DIU y las pastillas anticonceptivas. Las profesionales consideran que sin este circuito muchas mujeres no accederían a estos servicios, lo que podría acarrear mayores complicaciones para su salud. Una cuestión estratégica fue introducir un cambio de estrategia de acercamiento. Ambos servicios se encuentran ubicados en el mismo equipamiento. De modo que, en lugar de que las mujeres usuarias fuesen por su cuenta al ASSIR, se propuso que fuesen las profesionales quienes se aproximen a las usuarias, de esta manera el vínculo se forja desde el genuino interés y no desde la atención o la necesidad.

Falta de recursos específicos para mujeres consumidoras víctimas de violencia de género. Las profesionales pusieron en marcha un circuito de detección de violencia de género: «Presentamos fichas individualizadas de las usuarias en tratamiento en los que se detectaba violencia de género y nos dimos cuenta de que eran todas» (Trabajadora social, Catalunya, 38, REDAN La Mina). Se trata de un circuito que se ha impulsado recientemente, apenas lleva dos años. El sistema operativo implica la participación de trabajadoras sociales que se desplazan al ayuntamiento junto con otros recursos. Además, también colaboran los Mossos d'Esquadra, demostrando así una significativa implicación por parte de diversos agentes.

Detectaron que realmente no existen recursos para las mujeres consumidoras, «el único que existe es el Hotel Social pero no es de violencia de género, únicamente tienen dos plazas para mujeres víctimas de violencia de género. Por otro lado, existe otro recurso «Invía». Pero claro, nos encontramos con que estas mujeres no pueden adaptarse a ese recurso: los horarios, las normas...» (Trabajadora social, Catalunya, 38, REDAN La Mina).

Concluimos apuntando que Cataluña es la Comunidad Autónoma que presenta una mejor valoración en cuanto a la oferta de recursos de reducción de daños, así como la implementación de programas categorizados de buena práctica.

Espacio Metzineres

Este espacio supone un entorno de cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias es el primer programa integral de reducción de daños exclusivo para mujeres desde Cataluña. Con alcances holísticos e individualizados a la medida de las particularidades de cada una, ofrece propuestas flexibles de entrada directa e inmediata según sus expectativas, inquietudes, curiosidades, intereses y necesidades. A través de un modelo innovador y atrevido de intervenciones de base, desplegado en Entornos de Cobijo, es sostenido por estrategias comunitarias ancladas

en derechos humanos y transversalidad de género, que prueban ser fiables, pragmáticas, costo-efectivas, donde toda mujer es protagonista

Análisis de buenas prácticas en Andalucía

El informe «La población andaluza ante las drogas» correspondiente a la edición de 2022 presenta un análisis exhaustivo sobre el estado actual de los consumos en Andalucía. Entre los principales hallazgos en relación con sustancias ilegales, se destacan los siguientes:

- El cannabis es la tercera sustancia más consumida, un 30% la habría consumido alguna vez en la vida, casi un 6% en el último año y un 5% en los últimos seis meses, con una frecuencia de alguna vez en la vida.
- Le siguen los analgésicos opioides, con un once por ciento, el éxtasis un 5% y la cocaína en polvo con un 4,6%
- Las setas mágicas y las anfetaminas registraron prevalencias de consumo del 1,5%.

Andalucía cuenta con el [Tercer Plan Autonómico de drogas de 2016-2021](#) que incluye entre sus líneas estratégicas la elaboración de una Guía de Buenas Prácticas en materia de prevención universal, selectiva e indicada, basada en criterios de eficacia y eficiencia. Esta guía tiene como objetivo abordar estrategias de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de alcohol, otras sustancias y conductas adictivas, considerando las diferencias desde la perspectiva de género y sexo.

El Centro de Encuentro y Acogida de Polígono Sur (CEA) es un programa socioeducativo y sanitario para la intervención con personas drogodependientes en situación de exclusión social o grave riesgo sociosanitario. El CEA se inauguró en 2012, tras la cesión del local de 1.000 m² por parte del Ayuntamiento de Sevilla durante veinticinco años, aunque el programa del que parte (Menos Riesgos Más Salud) lleva en funcionamiento en el Polígono Sur de la ciudad desde 2006.

La entidad con la que contactamos para poder obtener una mirada desde el ámbito de la intervención fue el **Centro Antaris**. Una entidad que cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por psicólogas, trabajadoras sociales, educadoras y profesionales de la medicina. La entidad cuenta con tres centros: un centro de tratamiento ambulatorio, un centro de encuentro y acogida y un centro de día. La entidad trabaja implementando la perspectiva de género como una herramienta de diagnóstico y de forma transversal en cada uno de los programas que desarrolla. La profesional con quien realizamos la entrevista quiso destacar dos programas:

Por un lado, el **programa de prevención de la prostitución en mujeres con drogadicción**. La entrevistada nos trasladó el buen funcionamiento del programa destinado a las mujeres en adicción que se encuentren en contextos de prostitución, ya sea de forma voluntaria u obligada. El diseño de la estrategia consiste en un programa de detección y ayuda para la identificación de situaciones de violencia a partir de recursos personales para que puedan autoprotegerse. Además,

realizan un taller de empoderamiento para las mujeres. A partir de este taller no mixtos se trabajan diferentes aspectos desde una perspectiva de género: el dolor por la pérdida de la descendencia, violaciones en la infancia. Una particularidad que encontramos muy positiva es que estos talleres están becados, de esta manera se incentiva la asistencia de las usuarias mediante una cantidad simbólica de dinero generando adherencia al recurso y continuidad. «Para mí lo importante es que tengan su espacio, que se sientan seguras físicas y emocionalmente. Los recursos están muy masculinizados, de hecho, aquí tenemos ochenta por ciento hombres y veinte por ciento mujeres» (Psicóloga, Andalucía, 43, ANTARIS).

La entidad ha dedicado considerables esfuerzos para avanzar en la caracterización y desagregación de las características del perfil de mujeres con problemas de drogodependencia a las que brinda atención, con el propósito de comunicar luego estos resultados a las autoridades y abogar por legislaciones acordes. Se ha identificado una ineficiencia relacionada con la existencia de un doble circuito asistencial. En este contexto, se ha desarrollado un protocolo de coordinación entre el ámbito de salud mental y el de adicciones; no obstante, la entrevistada expresa su escepticismo sobre el éxito de este programa refiriéndose a los prejuicios morales que aún persisten entre algunas personas del ámbito sanitario: «Se valora qué es lo prioritario, la salud mental o la adicción, y en función de ello se activa uno u otro protocolo. Claro esto depende del médico que atienda y aún hay mucho prejuicio. Por eso hemos desarrollado como estrategia de acercamiento unas reuniones con el equipo de salud mental, para conocernos y explicar los casos» (Psicóloga, Andalucía, 43, ANTARIS).

En este caso, detectamos que se trata de una **estrategia muy positiva de transferencia de conocimiento** que permite establecer canales directos de comunicación entre los recursos de base comunitaria, presentes en el día a día de las usuarias, con los recursos médicos, que se encuentran más desconectados. La perspectiva de género se aplica de forma transversal en la entidad, detectamos que hay un elevado cumplimiento por la introducción de buenas prácticas como es el caso del diseño e implementación de protocolos ante diferentes escenarios: mujeres embarazadas con adicción, violencia de género y violencia sexual. La unificación de criterios es fundamental para asegurar una igualdad de trato a las usuarias así como para llegar un seguimiento.

Análisis de buenas prácticas en la Comunidad Valenciana

La [Estrategia Valenciana de Seguridad, Salud y Bienestar Laboral 2017-2020. Invertir en las personas](#) y el [III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana](#) tiene como objetivo principal disminuir la vulnerabilidad frente a todas las drogodependencias y otros trastornos adictivos y paliar sus consecuencias. Actualmente, en la Comunidad Valenciana, se ofrece asistencia sanitaria a las personas drogodependientes desde del propio sistema sanitario público, como cualquier otra patología.

Intervenciones consideradas buenas prácticas	
Centre de Dia «El Faro»	
Tipo de práctica	Herramienta de calidad
Descripción	Centro de día para personas con
Viviendas el Faro	
Tipo de práctica	Viviendas tuteladas
Descripción	Viviendas tuteladas en régimen concertado dirigidas a conseguir adherencia al tratamiento farmacológico de las personas con VIH en situación de exclusión social
Grupo de Apoyo Mutuo	
Tipo de práctica	Grupo de apoyo
Descripción	Grupo «Guapas» grupo de apoyo no mixto conformado por mujeres diversas que no sólo tratan temas relacionados con el VIH, sino que también son un grupo de apoyo y sororidad.
Centre de referència en diagnòstic i Salut Sexual del Comitè VLC	
Tipo de práctica	Reducción de daños
Descripción	Ofrecen acompañamiento para mejorar el estilo de vida, limitar la transmisión del VIH y defender la dignidad de las personas que tienen un uso problemático de sustancias y vulnerabilidades agregadas. El recurso ofrece: asistencia sanitaria, pruebas rápidas, atención social y jurídica, chemsex, talleres de prevención y salud.

El recurso específico con el que contactamos fue el CIBE Centre Marítim **Comité Antisida de Valencia**. Este recurso trabaja para reducir los daños asociados al consumo de drogas. Proporciona servicios que abarcan alimentación, higiene, ropero, lavandería, así como atención médica, trabajo social y apoyo psicológico. En el CIBE se llevan a cabo diferentes programas, entre los que destacan:

- El «Espai solo par ellas», un espacio reservado a mujeres del cual pueden hacer uso dos días a la semana de una hora y media cada uno donde pueden tratar diversas temáticas y crear comunidad. Tal y como nos comentó la profesional entrevistada, la necesidad de este espacio surgió tras la detección de un aumento de mujeres usuarias al centro pero también a las nuevas necesidades. Es decir, se ha identificado un cambio en el perfil y las demandas de las personas «hoy en día buscan mucho el tema del cobijo, el tema de un albergue, una vivienda tutelada, el alquiler de la habitación» (Trabajadora social, Valencia, 42, CIBE). Desde el CIBE también ofrecen apoyo en la gestión de ayudas para que las personas puedan alquilar

una habitación «hemos detectado que si cuentan con una vivienda, el consumo se reduce» (Trabajadora social, Valencia, 42, CIBE).

- Durante la entrevista con la profesional, se insistió en la importancia de la realización de formaciones para estar al día de las nuevas necesidades, los cambios y los perfiles que surjan en función de la sociedad. Ejemplo de ello es la elaboración del programa dirigido a las personas que realiza chemsex a partir de un **Ciberlocutorio**. A través de él, ofrecen información en apps y whatsapp, realiza pruebas rápidas y detección precoz de pruebas de detección el VIH, VHC y Sífilis.

Desde el recurso, la profesional detecta una falta de sensibilización en ciertos estamentos administrativos como por ejemplo en Jusiticia. Esto supone una reflexión y una propuesta muy interesante en la medida que las mujeres en consumo que realizan una denuncia a la policía por violencia de género son cuestionadas. «En el momento en el que hay consumo, el trato no es el mismo» (Trabajadora social, Valencia, 42, CIBE). En este sentido, la integración de una persona experta en género y adicciones que sea el puente para la interposición de una denuncia.

En cuanto a las acciones contra el estigma, el CIBE hace uso de la **plataforma Sensellar** para integrar a las personas usuarias y visibilizar sus demandas.

Análisis de buenas prácticas en la Región de Murcia

La Región de Murcia cuenta con un [Plan Regional sobre Adicciones a cuatro años de 2021 a 2026](#) en el que se realiza un exhaustivo diagnóstico del estado de la cuestión. Entre sus principios rectores, encontramos «la evidencia científica en las acciones dirigidas a prevenir y a disminuir la presencia y los daños asociados a las adicciones» (PLRA, 2021: 10). Es decir, desde la administración existe una voluntad por impulsar acciones actualizadas con las necesidades subyacentes al contexto concreto. Además, en el plan regional se apunta que, «cuando la evidencia no esté disponible, sea limitada o no sea suficiente, se deberán aplicar políticas eficaces que amplíen la base de conocimientos». De este modo, se introduce un principio de subsidiariedad según el cual implica al conjunto de administraciones locales en la elaboración de políticas dirigidas a cubrir esta laguna en caso de producirse.

Si miramos los datos publicados por el Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia más recientes no encontramos repuntes alarmantes. En el caso de las sustancias psicoactivas según la edad, se observa un mayor consumo en el grupo de treinta y cinco a sesenta y cuatro años para el alcohol, tabaco y cocaína. En cambio, la prevalencia de consumo de cannabis es mayor en el grupo de quince a treinta y cuatro años. El resto de las sustancias tienen prevalencias bajas y no se observan tendencias ni patrones determinados. Por ejemplo, no hay datos sobre sustancias como la metanfetamina, la mefedrona, el alfa o el GHB. Sin embargo, esto no quiere decir que no exista el fenómeno *chemsex*, sino que es posible pensar que estas sustancias no resultan de tan fácil acceso y sea necesario acudir a otras como la cocaína o el alcohol.

Tabla 19. Intervenciones consideradas buenas prácticas

Intervenciones consideradas buenas prácticas	
Sistema de Información de Programas de Prevención (SIP)	
Tipo de práctica	Herramienta de calidad
Descripción	Permite la mejora de la calidad en la planificación del área de prevención, así como la gestión técnica de las subvenciones a Entidades Locales, pues facilita el cribado de calidad de los programas para su financiación.
Programa ARGOS	
Tipo de práctica	Prevención de adicciones y detección precoz
Descripción	Estrategia multicomponente dirigida a menores de edad, padres y madres, mujeres embarazadas o amamantando, profesionales sanitarios, profesionales de la enseñanza y profesionales de las corporaciones locales.
Programa comunitario de formación de Mediadores Juveniles en Prevención de las Adicciones	
Tipo de práctica	Formación
Descripción	Formación para mediadores en entornos juveniles como campamentos o actividades de tiempo libre.
Desarrollo de un plan de formación en adicciones, con perspectiva de género, para profesionales y otras poblaciones de interés	
Tipo de práctica	Formación
Descripción	Mejorar los conocimientos y la capacitación de los diferentes colectivos profesionales que intervienen en la prevención, asistencia e integración social de las adicciones.

Por lo que respecta a la prevención, Murcia cuenta con una nutrida red de recursos y programas en activo. La situación de los consumos en la región no resulta especialmente alarmante, no obstante a partir de las entrevistas hemos dado cuenta de que existen áreas en el centro de la ciudad donde hay constancia de población marginalizada en consumo activo.

Ciertamente, las entidades de base, como **La Huertecica**, entidad social con la que contactamos para el trabajo exploratorio, realizan un valorable trabajo. Esta entidad cuenta con tres espacios: un centro de día, una comunidad terapéutica y un Centro de Encuentro y Acogida (Centros de Emergencia Sociosanitarios)

- **Programa de atención integral a mujeres en situación de exclusión social, adicciones y enfermedad mental.** El programa busca ofrece intervenciones individualizadas y especializadas a mujeres en situación de vulnerabilidad social con la intervención de un equipo multidisciplinar. Realiza un seguimiento de los itinerarios establecidos conjuntamente de acuerdo con cada mujer.
- Proyecto de acompañamiento y apoyo a personas con trastorno mental concomitante a las adicciones.
- **Programa de asesoramiento jurídico.** Programa dedicado a las personas y familias con problemas de adicciones o en riesgo de exclusión social acerca de su situación judicial.
- **Programa de atención a necesidades básicas a personas en situación de pobreza o vulnerabilidad social** El proyecto pretende contribuir a la inclusión de las personas que accedan a La Huertecica. Se desarrolla un programa individualizado en cada caso que incluye in proceso terapéutico y de inserción sociolaboral
- **Programa de intervención de VIH.** Dirigido a personas en situación de exclusión social que presentan prácticas de riesgo que posibilitan la transmisión de VIH y de otras ITS. Este programa está incluido en el desarrollo de intervención con población drogodependiente en activo o en proceso de rehabilitación. Este programa fomenta el establecimiento de hábitos y conductas saludables. Además, asegura que la persona acceda a los recursos sanitarios existentes.
- **Programa de atención sociosanitaria a personas con enfermedad mental o adicción a través de pisos supervisados y equipos de apoyo social.** El objetivo del proyecto es ofrece atención a personas sin hogar con trastorno mental y adicciones a través de pisos supervisados y equipos comunitarios. Además de propiciar un espacio seguro para las mujeres, en su mayoría víctimas de violencias. Se propicia la desinstitutionalización y el acceso a personas de situación de calle, favoreciendo el desarrollo de su autonomía.

12. CONCLUSIONES

Resulta complejo tratar de poner un broche final a un estudio tan rico en complejidad. La maraña de variables que interseccionan entre sí lo convierten en un fenómeno social muy completo, que es posible analizar desde múltiples aristas. Esto supone un reto a nivel político ya que son diversas las áreas sobre las que es pertinente intervenir.

La representación social de las personas que presentan un consumo problemático de drogas está fuertemente atravesada por el género y la clase social. El arquetipo de persona drogodependiente se corresponde con la de un hombre envejecido de clase social baja, físicamente deteriorado y cuya vida transcurre en la calle. Los recursos de atención a las adicciones están planteados androcentristas para ofrecer atención desde esta lógica.

Sin embargo, como hemos visto, esta imagen no se corresponde con la diversa y compleja realidad social. Una realidad en constante transformación, contradicción y resistencia en la que el consumo de drogas siempre ha sido un fenómeno latente, pero interesadamente silenciado. Una invisibilidad que ha cobrado especial relevancia en las poblaciones más ocultas: las mujeres, las minorías y las identidades sexuales. A continuación, exponemos las principales líneas conclusivas que extraemos de este estudio etnográfico.

La necesidad de considerar la adicción una cuestión de segundo orden en los recursos de violencia de género. Debemos entender que la adicción a sustancias forma parte de una estrategia de afrontamiento fruto del proceso de violencia. Los recursos de atención a estas mujeres discriminan a aquellas que presentan una adicción. Ello implica una desprotección y un abandono institucional por una violencia con fuertes raíces estructurales y patriarcales. Es necesario que los recursos de adicciones y los puntos de violencia de género trabajen de forma colectiva y sinérgica para asegurar la seguridad de todas las mujeres. El estigma y la discriminación en el sistema sanitario son cuestiones que atañen a las mujeres adictas que realizan trabajo sexual.

Las mujeres de minorías étnicas no acuden a los recursos de proximidad por temor a la invalidación por su comunidad. Esta denuncia social puede desencadenar consecuencias terribles para las mujeres. De este modo, la estrategia que adoptan consiste en acudir a otros centros fuera de su barrio y lejos de su comunidad local. La problemática que se desprende es que impide realizar desde los recursos sociosanitarios una intervención con la red familiar y el círculo cercano. En este sentido, el impulso de las técnicas de mediación con la comunidad por las técnicas de los ayuntamientos o bien a partir de programas específicos.

Las mujeres adictas que realizan trabajo sexual para mantener el consumo optan por dormir en la calle, sacrificando su propia salud y seguridad o se prostituyen a cambio de vivienda. Tal como han manifestado, no acuden a los recursos asistenciales porque no están adaptados a sus necesidades, ya que están planteados desde lógicas androcéntricas. Estos espacios

están excesivamente masculinizados, no encuentran su intimidad ni se sienten seguras. Consideramos fundamental favorecer espacios para mujeres donde no se sientan violentadas por otros usuarios, entre quienes es posible que se encuentre su maltratador. Favorecer un espacio de comunicación y fortalecimiento entre mujeres coadyuba a la generación de estrategias de empoderamiento colectivo.

Los hombres del colectivo gay que realizan *chemsex* no acceden a los recursos porque no se identifican con el prototipo de usuario que acude. Para ellos el consumo de sustancias forma parte de una práctica social y compartida cargada de símbolos de libertad y pertenencia. En el caso de solicitar o demandar apoyo, las aplicaciones móviles son una buena práctica porque tienden puentes directos con comunidades de base gestionadas por sus pares.

La necesidad de incorporar la perspectiva de género. Una invisibilidad que se traduce en problemáticas asociadas a la salud y a la calidad de vida. La necesidad de incorporar la perspectiva de género en el ámbito de las adicciones es uno de los primeros pasos que debemos dar desde todos los ámbitos, ya que presenta una dimensión individual, colectiva y de justicia social. El género es un factor determinante que, unido a los valores culturales con un gran arraigo patriarcal, delimitan la acción. En el caso de las mujeres, **el sentimiento de culpa impuesto socialmente es el primer obstáculo al que se les debe acompañar a superar para capacitarlas en su autonomía y mejora de calidad de vida.** Atraviesan vidas discontinuas, fragmentadas y violentadas en las que no hay ningún compromiso, ni interno ni externo, que les dé sentido. En el caso de los hombres del colectivo LGTBIQ+ que practica *chemsex*, resulta necesario **trabajar las estrategias de afrontamiento evitativas según las cuales, en los casos más graves, optan por refugiarse en las drogas y en las relaciones sexuales** para aumentar su autoestima y fortalecer su identidad. En ambos casos las condiciones de pobreza material y los mandatos de género no hacen más que agravar esta situación e interponer barreras ante cualquier tipo de mejora.

El trabajo sexual y la prostitución como facilitador de la adicción. Una de las principales diferencias entre hombres y mujeres, en relación con el estilo de vida de las personas drogodependientes, tienen que ver con las estrategias de supervivencia para generar dinero y con las fuentes de obtención de la sustancia. La consideración del cuerpo como fuente de generación de ingresos inmediata que dará satisfacción a su necesidad de consumir es una posibilidad que encontramos tanto en mujeres como en hombres del colectivo LGTBIQ+ que ejerce *chemsex* en situación de marginalidad. Una vez seamos conocedores de esta realidad esto, es necesario que los recursos se adapten y pongan en marcha programas y acciones dirigidas a la protección de la salud sexual.

La cocaína en forma de *crack* como la principal droga en tendencia. La sustitución del consumo de unas drogas por otras no se ha visto reflejado en una adaptación de los programas preventivos. Si bien es cierto que paulatinamente los recursos y entidades sociales de base comunitaria han adoptado modelos biopsicosociales es necesario que profundicen en los motivos que hay detrás del consumo de *crack* en sus usuarias. La elección de una sustancia u otra está cargada

de sentido y significados, prácticas y escenarios de riesgo. Paralelamente será fundamental la identificación de situaciones de violencia de género y desplegar el protocolo de actuación.

La identificación de contextos de riesgo potencial. Ningún lugar es intrínsecamente inseguro; más bien, es la naturaleza de las prácticas llevadas a cabo en dicho entorno la que subyace en el riesgo asociado. Las saunas, los fumaderos o los clubes nocturnos están repletos de riesgos en los que es fácil caer en condiciones de necesidad. Ante esto, resulta fundamental educar en prevención de riesgos y en técnicas de autocuidado con la finalidad de proteger la salud propia y la de las personas de alrededor.

Es necesario ofrecer una mirada amplia del fenómeno de las adicciones, y a su vez, profundizar en las necesidades de cada una de las subpoblaciones que integran cada colectivo. La finalidad de la desagregación es con . intervenir dando respuesta a una realidad compleja y diversa. Por último, es necesario cambiar el enfoque y situar las drogodependencias como una cuestión de segundo orden. Una persona no elige ser adicta a una sustancia. Una persona no decide vivir en una espiral de marginalidad, sino que es la sociedad mediante sus mecanismos de ordenación social la que condena y expulsa determinados estilos de vida, aquellos que no contribuyen con el trabajo productivo y reproductivo y amenazan la cohesión y la armonía social. A estas personas les espera la marginalidad. Es momento de cambiar de perspectiva y comenzar a desarrollar políticas vitales que pongan remedio a la precaridad. En palabras de Janet Mock, escritora y activista por los derechos de las trabajadoras sexuales «No seremos libres hasta que las niñas vulnerabilizadas se ponen en el centro. Ninguna persona es desechable»

13. ANEXOS

Tabla 20. Tipos de violencia y definición

Tipo de violencia	Concepto
Violencia estructural	Violencia que sufren las mujeres por el hecho de serlo se ejecuta dentro de un contexto patriarcal de dominación masculina en base al sistema sexo/género que pone las bases estructurales y culturales para que dicha violencia se ejerza, se mantenga y se consienta socialmente
Violencia física	Acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.
Violencia psicológica	Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener la mujer a la que maltrata
Violencia sexual	La mayor parte de las violencias sexuales se producen por miembros de la propia familia o personas allegadas con quienes la víctima tiene una relación cercana dentro de una supuesta «seguridad» del entorno, lo que dificulta su detección
Abuso sexual en la infancia	Las mujeres con problemas de adicción suelen estar mayormente expuestas y con mayor frecuencia a violencias físicas, psicológicas y sexuales, durante su infancia y adolescencia por periodos prolongados, en comparación con las mujeres sin problemas de adicción
Violencia económica	Control de los recursos económicos. Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto del dinero, aunque sean ingresos propios
Violencia ambiental	Acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer.

Tabla 21. Recursos dirigidos a la atención de las drogodependencias en la Región de Murcia.

Recursos dirigidos a la atención de las drogodependencias en la Región de Murcia

TIPOLOGÍA DEL RECURSO ASISTENCIAL			NOMBRE DEL RECURSO ASISTENCIAL
	Atención especializada	Cruz Roja Española UCA (Unidad de Conductas Adictivas) Murcia. UTO (Unidad de Tratamiento con Opiáceos) Murcia UMD (Unidad Móvil de Drogodependencias) CEA (Centro de Encuentro y Acogida) La Huertecica	
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Reina Sofía	
	Centro de Día y Centros de Inserción sociolaboral	Fundación AMAS Asociación Matrix Motivacional de Apoyo Social La Huertecica Heliotropos- Fundación Diagrama	
	Comunidades terapéuticas concertadas	Neurocultura Fundación Entorno Slow Comunidad Terapéutica para Mujeres Fundación Temehi Betania El Buen Camino Proyecto Hombre	

Tabla 22. Recursos dirigidos a la atención de las drogodependencias en el Principado de Asturias

Recursos dirigidos a la atención a las drogodependencias en el Principado de Asturias			
TIPOLOGÍA DEL RECURSO ASISTENCIAL	Recursos de asistencia y e incorporación social	Atención básica Centros de Atención Primaria de Salud. Atención especializada Centros de Salud Mental Unidad de Desintoxicación Hospitalaria Unidades de Tratamiento de Toxicomanías Comunidades terapéuticas concertadas.	NOMBRE DEL RECURSO ASISTENCIAL
	Incorporación social	Centros de Día Pisos de inserción Centros de Emergencia Social Otros recursos de base comunitaria	
	Recursos de Reducción del Daño	Plan sobre Drogas para Asturias. Servicio de Promoción de la Salud y Participación Colectivo Nacai Comité Ciudadano Anti-Sida. Unidades de Acercamiento Autobuses	
	Centros de día	Centro de día «Adsis Beleño». Fundación AD-SIS Centro de día «Amigos Contra la Droga» Centro de día «Buenos Amigos» Centro de día «Mil Soles» Centro de día «Reciella»	

Tabla 23. Recursos dirigidos a la atención a las drogodependencias la Comunidad de Madrid

Recursos dirigidos a la atención a las drogodependencias la Comunidad de Madrid			
TIPOLOGÍA DEL RECURSO ASISTENCIAL	Primer nivel de atención	Centro de Atención Básica Sociosanitaria Unidad Móvil de Reducción del Daño Ma-droño. Programa de Intervención en Drogodepen-dencias con Población Inmigrante Istmo. Programa de Mediación Comunitaria	NOMBRE DEL RECURSO ASISTENCIAL
	Segundo nivel de atención	Centros ambulatorios Centros de Atención a las Adicciones Centros Concertados de Atención a las Adic-ciones: CAD y CCAD.	
	Tercer nivel de atención Recursos de mayor especificidad	Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH) Centro de Patología dual comunidades tera-péuticas (CT) Recursos convivenciales de apoyo al trata-miento o a la reinserción Servicios de Orientación Laboral Talleres SAJIAD²⁹	
	Reducción de daños	Servicio de Promoción de la Salud y Partici-pación Colectivo Nacai. Comité Ciudadano Anti-Sida. Unidades de Acercamiento. Autobuses	

²⁹ Servicio de Asesoramiento a Jueces y Juezas, e información al/la detenido/a y a su familia (SAJIAD)

Tabla 24. Recursos dirigidos a la atención de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana

Recursos dirigidos a la atención de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana		
CENTROS Y SERVICIOS	UPCCA (Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas)	Prevención Universal, selectiva e indicada
	UCA (Unidades de Conductas Adictivas) y UA (Unidades de Alcoholología)	Tratamiento integral: Desintoxicación y deshabituación
	UDH (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria)	Tratamiento integral: Desintoxicación
	CT (Comunidades Terapéuticas)	Deshabitación
	CD (Centros de Día)	Tratamiento integral: Desintoxicación y deshabituación
	VAT (Viviendas de Apoyo al Tratamiento)	Tratamiento integral: Desintoxicación y deshabituación
	CIBE (Centros de Intervención de Baja Exigencia)	Atención especial refractaria a tratamiento
	UVAD (Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias)	Atención especial a personas con problemas jurídico-penales
		TIPOLOGÍA DE ATENCIÓN

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M.J. (2013). Trabajo social: concepto y metodología. Madrid: Paraninfo y Consejo General del trabajo social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (2). <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/187471>
- Albertín Carbó, P. (2007). La formación reflexiva como competencia profesional. Condiciones psicosociales para una práctica reflexiva. El diario de campo como herramienta. *Revista De Enseñanza Universitaria*, (30), 7-18.
- Alguacil Gómez, J. y Camacho Gutiérrez, J. (2014). La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *EMPIRIA. Revista De Metodología De Ciencias Sociales*, (27), 73-94. <https://doi.org/10.5944/empiria.27.10863>
- Alonso, L. (1999). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J. y Gutiérrez, J. *Métodos y técnicas cualitativas en ciencias sociales*. Madrid. Editorial Síntesis, pp.225-240.
- Armstrong, L., Abel, G. y Perera, S.P. (2022) *Trabajo sexual con derechos: Una Narrativa de Despenalización*. Barcelona: Virus.
- AROPE. (2023). *El Estado de la Pobreza en las comunidades autónomas*. (). <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-mayo-2023.pdf>
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2).
- Bellido, O., Uson, I. y Leturia, F. J. (2022). Mujer y exclusión residencial: análisis de la realidad guipuzcoana. *Zerbitzuan*, 7, 99-125.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* El Viejo Topo. https://doi.org/https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/375/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf
- Benería, L. (1987). ¿Patriarcado o Sistema Económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos. En Amorós, C. et al (Ed). *Mujeres: Ciencia y Práctica Política* (pp. 39-54). Madrid: Debate.
- Borrell, C., García-Calvente, M. d. M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(S1), 2-6. <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-salud-publica-desde-perspectiva-articulo-13062243>
- Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, G. y García-Altés, A. (2008). Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. *Aten Primaria*, 40(2), 59-60.
- Bosque, M. y Brugal, M.T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*. 30(S1), 99-105.

- Bowden, O. y Abdulrahim, D. (2015). Neptune clinical guidance: Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. <http://www.Neptune-clinicalguidance.com>
- Cantos Vicent, R. (2020). Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde el enfoque de género y clase social. *Revista Española De Drogodependencias*, 45(1), 36-51.
- Cantos, R. (2020). Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde el enfoque de género y clase social. *Revista Española De Drogodependencias*, 45(1), 36-51.
- Caparrós, R., Pérez de San Román, U., & Ugarte, M. (2013). Reduccion de riesgos en el consumo de MDMA . *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (pp. 293-302). Milenio.
- Carosio, A. (2010). La cultura del consumo contra la sostenibilidad de la vida. *Escuela Técnica Raggio*.
- Cases, J. I. (2011). La transformación de las políticas públicas de juego de azar en España. *Gestión y Análisis De Políticas Públicas*, (6), 75–103. <https://doi.org/10.24965/gapp.v0i6.9947>
- Castañó, P. y Hernández, F. (2019). *El colectivo LGTBI y el mercado: entre emancipación y dependencia*. Contexto y acción. <https://ctxt.es/es/20190626/Firmas/26917/Pablo-Castano-Felix-Hernandez-capitalismo-rosa-hombre-blanco-clase-media-mercantilizacion-emancipacion-dependencia.htm>
- Caudevilla, F. (2013). Reducción de riesgos en el colectivo homosexual. . *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (pp. 251-270)
- Chicharo, J. (2006) Calidad de vida y atención a pacientes drogodependientes. Sociedad Española de Toxicomanías. Editorial Médica Panamericana, (2006), pp. 467-47.
- Clua, R. (2011). A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de venopunción asistida. *Revista Española De Drogodependencia*, 36(4), 463-475. <https://doi.org/426031-1475>. 2011
- Clua, R. (2021). Razones de las prácticas de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral adscritos a programas de reducción de daños en Barcelona. *Revista Española De Drogodependencias*, 1(46)
- Clua, R. (2021). Razones de las prácticas de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral adscritos a programas de reducción de daños en Barcelona. *Revista Española De Drogodependencias*, 1(46) 75-89.
- Cobo, C. y Prieto, S. (2019). ¿Qué sabemos sobre la salud de los gitanos españoles y que se ha hecho para mejorarlo? Una revisión de alcance. *Salud étnica*. 24(2), pp. 224-243.
- Coll, J. y Fumaz, R. C. (2016). Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg.*, 15(2), 77-84. http://enfermedadesemergentes.com/articulos/a42/ENF2016-15-02_revision-coll.pdf
- Corosio, A. (2008). El género del consumo. . *Revista De Estudios De Género. La Ventana.*, III(27), 130-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88411497006>
- Corosio, A. (2008). El género del consumo. *Revista De Estudios De Género. La Ventana.*, III(27), 130-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88411497006>
- Còssima, P., Casals, J. y Caballero, A. (2021). La cuestión de la infravivienda, un estudio de caso en la ciudad de Barcelona. *Arquitectno*, (17), 13-22. <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/353702/03.1-COR-NADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago. Legal Forum. 1989; 140:139-67 <https://philpapers.org/archive/CREDTI.pdf>
- Cusick, L. (1998). Female Prostitution in Glasgow: Drug Use and Occupational Sector. *Addiction Research* 6, 115-130.
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*
- De Miguel Calvo, E. (2016). Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional. *Política Y Sociedad*, 53(2), 529-549.
- De Miguel, C., (2016). Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional. *Política y Sociedad*, 53(2), 529-549. https://doi.org/https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n2.47421
- Episteme Social (2022). *Procesos de empoderamiento y acceso a derechos en las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes. Una investigación orientada a la evaluación de la efectividad de los recursos sociosanitario y a la evaluación de impactos de las políticas públicas*. Barcelona: Episteme Social.
- Estibaliz, d. M. C. (2016). Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional. *Política Y Sociedad*, 53(2), 529-549. https://doi.org/https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n2.47421
- Farapi Antropologia Aplikatua. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Vitoria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Farapi Antropologia Aplikatua. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. ().
- Fariñas, G. (2005). *Psicología, Educación y Sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano*. La Habana: Ed. Félix Varela https://indigenasdelperu.files.wordpress.com/2015/09/psicologc3ada2ceducacic3b3nysociedad_gloriafaric3b1as.pdf
- Federici, S. (2017). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. (Octava ed.). Traficantes de sueños.
- Fernández Alonso, M. (2008). Las políticas de prevención de drogodependencias en las comunidades autónomas españolas: debilidades y fortalezas. 90, 153-178. <https://doi.org/https://doi.org/10.5565/rev/papers/v90n0.740>
- Fernández Ollero, M. J. (2011). *Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución*.
- Fernandez Rodriguez, V., Fernández Sobrino, A. M., & Lopez Castro, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.004>
- Fernández, C. (2007). Violencia y agresiones: pinceladas para una nueva perspectiva psicosocial interaccionista. *Perspectivas y retrospectivas de la psicología social en los albores del siglo XXI*, pp. 163-170.
- Fernández, J., López, J.J. y Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, pp. 1279-1298. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260514539843>
- Fernández, M. (2008). Las políticas de prevención de drogodependencias en las comunidades autónomas españolas: debilidades y fortalezas. 90, 153-178. <https://doi.org/https://doi.org/10.5565/rev/papers/v90n0.740>

- Fernández, M. J. (2011). *Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución*. https://digi-biuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/12712/TD_MariaJesusFernandezOllero.pdf;jsessionid=91F93A92EAB2B8470B61E6C2B096A005?sequence=1
- Fernández, S. (2000). *Las familias gitanas ante la educación*. Palencia: Diputación de Palencia.
- Fernández, V., Fernández, A. M. y López, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.004>
- Fernández-Dávila, P. (2016). "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. . *Revista Multidisciplinar Del SIDA*, 4(7)
- Fernández-Dávila, P. (2016). «Sesión de sexo, morbo y vicio»: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar Del SIDA*, 4(7).
- Franco, S., Rodríguez, JM. y del Río, J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(3), 317-338. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300317>
- Fundación Raíces. (2020). *Violencia institucional en el sistema de protección de la infancia*. Madrid. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7176&tipo=documento>
- Gallardo Esclapez, I. (2023a). Re-pensar el chemsex: un enfoque posestructuralista. *Revista Del Laboratorio Latinoamericano Para El Estudio Sociohistórico De Las Sexualidades.*, (9), 35-59. <https://doi.org/https://doi.org/10.46661/relies.8000>
- García García, C. (2008). *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. La situación sanitaria de la población gitana española. Comunidad gitana y la Salud* . (). https://www.gitanos.org/upload/15/90/1.7-GAR_gui_Guia_para_la_actuacion_con_la_Comunidad_Gitana_en_los_Servicios_Sanitarios.pdf
- García, C. (2008). Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. La situación sanitaria de la población gitana española. *Comunidad gitana y la Salud*. https://www.gitanos.org/upload/15/90/1.7-GAR-gui_Guia_para_la_actuacion_con_la_Comunidad_Gitana_en_los_Servicios_Sanitarios.pdf
- Giesecke, M. (2020). Elaboración y pertinencia de la matriz de consistencia cualitativa para las investigaciones en ciencias sociales. *Desde El Sur*, 12(2), 397-417.
- Hamui Sutton, A. (2016). La pregunta de investigación en los estudios cualitativos. *Investigación En Educación Médica.*, 5(16), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.08.008> Open Access
- Herrero, M. N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Estudios De Juventud. Instituto De Juventud (INJUVE)*, 63(03), 81-91. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1675779954_conclusiones_21n.pdf
- Ibáñez, J. (1994). *El regreso del sujeto: la investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo XXI. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*.

- Jociles, M. I. y Rivas, A. M. (2010). ¿Es la ausencia del padre un problema? La disociación de los roles paternos entre las madres solteras por elección. *Gazeta De Antropología*, 26(1), 1-23. https://www.ugr.es/~pwlac/G26_04Isabel_Jociles-AnaMaria_Rivas.html
- Kopetz, C. E., Collado, A., & Lejuez, C. W. (2015). When the end (automatically) justifies the means: Automatic tendency toward sex exchange for crack cocaine. .1(4), 233-243. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/mot0000025>
- Kopetz, C. E., Collado, A., y Lejuez, C. W. (2015). When the end (automatically) justifies the means: Automatic tendency toward sex exchange for crack cocaine. 1(4), 233-243. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/mot0000025>
- Laghssais, B., & Comins-Mingol, I. (2020). ¿Vulnerabilidad o agencia? Resistencias y empoderamientos de las mujeres indígenas en Marruecos. *En-Claves Del Pensamiento*, XV(30), 1-20.
- Laghssais, B., y Comins-Mingol, I. (2020). ¿Vulnerabilidad o agencia? Resistencias y empoderamientos de las mujeres indígenas en Marruecos. *EN-CLAVES del pensamiento*, 0(30), e433. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i30.433>
- Llort Suárez, A. (2018). “Dime dónde consumes y te diré...” Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción. . *Perofèria. Revista De Recerca i Formació En Antropologia*, 23(1) <file:///C:/Users/USER/Downloads/338972-Text%20de%20l'article-488352-1-10-20180713.pdf>
- López Roldán, P., & Fachelli, S. (2021). *Towards a Comparative Analysis of Social Inequalities between Europe and Latin America* . Springer.
- López, P., y Fachelli, S. (2021). *Towards a Comparative Analysis of Social Inequalities between Europe and Latin America*. Springer.
- Mac, J., & Smith, M. (2018). Introduction to sex work. . *Revolting Prostitutes. The Fight for Sex Workers' Rights*. (). Traficantes de sueños.
- Mac, J., y Smith, M. (2018). Introduction to sex work. *Revolting Prostitutes. The Fight for Sex Workers' Rights*. Traficantes de sueños.
- Mac, J., y Smith, M. (2020). *Putas insolentes. La lucha por los derechos de las trabajadoras sexuales*. . Traficantes de sueños.
- Maneses Falcón, C. (2006). Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 261-275. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(06\)75132-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(06)75132-7)
- Marlowe, D. y Crowne, D.P. (1961) Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 2, 109-115.
- Martínez Oró, D. P. (2015). *Sin pasarse de la raya la normalización de los consumos de drogas*. Barcelona. Bellaterra Edicions.
- Martínez Oró, D. P. (2016). *Del tabú a la normalización. Familias, comunicación y prevención del consumo de drogas*. Barcelona. Bellaterra Edicions.
- Martínez Oró, D. P. (2019). La dimensión sociopolítica de la reducción de daños y de riesgos en el estado español. *Revista Española De Drogodependencias*, 44(3), 52-65.
- Martínez Oró, D. P., & Arana Berasategui, X. (2015). ¿Qué es la normalización en el ámbito de los usos de las drogas? *Revista Española De Drogodependencias*, 40(3)
- Martínez Oró, D. P., & Pallarés, J. (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Milenio.
- Martínez Redondo, P. (2010). *Perspectiva de Género aplicada a las Drogodependencias* . <https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2010/07/PERSPECTIVA-DE-G%C3%89NERO-APLICADA-A-LAS-DROGODEPENDENCIAS.pdf>

- Martínez Redondo, P., & Luján Acevedo, F. (2020). *Hombres y adicciones. Intervención desde perspectiva de género*. Madrid.
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F., & Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. 25(3), 235-242. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/51/50>
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F., y Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Revista Adicciones*, 25(3), 235-242. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/51/50>
- Martínez, P. (2010). Perspectiva de Género aplicada a las Drogodependencias. Informe de ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias). <https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2010/07/PERSPECTIVA-DE-G%C3%89NERO-APLICADA-A-LAS-DROGODEPENDENCIAS.pdf>
- Martínez, P., y Luján Acevedo, F. (2020). *Hombres y adicciones. Intervención desde perspectiva de género*. Madrid.
- Meneses, C. (2008). Prostitución y salud mental, en Achotegui J. Exclusión social y salud mental. Curso acreditado de formación continua para atención primaria. Barcelona. Mayo ediciones. pp.82-90.
- Mestre i Mestre, R. (2005). «Estrategias jurídicas de las mujeres migrantes» en Martin Palomo, T., M.J. Miranda y C. Vega. (eds.), *Delitos y fronteras. Mujeres extranjeras en prisión*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, pp. 217–250.
- Montañés Álvarez, P. (2011). Una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas desde la perspectiva de género. *Acciones E Investigaciones Sociales*, (29), 87-104.
- Montañés, P. (2011). Una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas desde la perspectiva de género. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (29), 87-104.
- Moreno Robles, S. (2023). El rigor de lo etnográfico como socioantropología públicamente orientada: una aproximación a la reflexividad de un proceso investigador. *EMPIRIA. Revista De Metodología De Ciencias Sociales*, (57), 145-164. <https://doi.org/57.2023.36433>
- Navarro Rodríguez, S., & Larrubia Vargas, R. (2006). Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo. . *Baetica. Estudios De Arte, Geografía E Historia*, (28)
- Navarro, S., y Larrubia, R. (2006). Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo. *Baetica. Estudios De Arte, Geografía E Historia*, (28).
- Observatori DESC (2020). *L'evolució dels desnonaments 2008-2019: de l'emergència a la consolidació d'una crisi habitacional*. Barcelona.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p.

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022). *Personas sin hogar y drogas: respuestas sanitarias y sociales*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/homelessness-and-drugs-health-and-social-responses_es
- ODESC. (2020). *L'evolució dels desnonaments 2008-2019: de l'emergència a la consolidació d'una crisi habitacional*. (). Barcelona:
- Organización Mundial de la Salud (2015). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008.
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-98.
- Osorio Vela, E., Aguirre Ocampo, D. A., & Restrepo Pineda, J. E. (2018). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde E Sociedade*, 27(3), 944-956. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020181800066>
- Otegui, R., Sáiz, A., Mañeca, A., García, F. S., & García, A. A. (2006). Virus, bichos y drogas. Las formas sociales del VIH-SIDA en la comunidad gitana española. *Desacatos*, (20), 53-76.
- Otegui, R., Sáiz, A., Mañeca, A., García, F. S., y García, A. A. (2006). Virus, bichos y drogas. Las formas sociales del VIH-SIDA en la comunidad gitana española. *Desacatos*, (20), 53-76.
- Palomares Martín, L. M., Esteban y Peña, M., Fernández Velasco, E., Bañuelos Madera, M. C., & Fernández Jiménez, P. (2019). *Estudio Sociodemográfico de los Barrios de Madrid-Ligados a los Planes Integrales de Barrio (PIBA)*. (). Madrid:
- Palomares, L. M., Esteban y Peña, M., Fernández, E., Bañuelos, M. C., y Fernández Jiménez, P. (2019). *Estudio Sociodemográfico de los Barrios de Madrid-Ligados a los Planes Integrales de Barrio (PIBA)*. Madrid.
- Parés Franquero, Ò. (2013). La génesis de de la reduccion de riesgos. Un antídoto al canibalismo simbólico. *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (pp. 71-88)
- Pérez Gómez, A., & Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Librabit*, 17(2)
- Philpot, C.R., Harcourt, C.L., y Edwards, J.M. (1989). Drug use by prostitutes in Sydney. *British Journal of Addiction*. 84, 499-505.
- Pisani, E. (2011). *The wisdom of whores: Bureaucrats, Brothels and the Business of AIDS*. . Sexto Piso.
- Rengel Morales, D. (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta De Antropología*, (21), 1-15.
- Robles, M., & Checa, J. (2021). Capítulo 4. ¿Mueren antes los pobres? Esperanza de vida, salud mental y obesidad. *Efecto barrio. Segregación residencial, desigualdad social y políticas urbanas en las grandes ciudades ibéricas*. (pp. 107-124). Tirant humanidades.
- Rojas, K. (2016). *¿Buena Madre? ¿Mala madre? Maternidad y dependencia de drogas*. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/159198>
- Romo N., y Pérez, N. (2013). Las chicas también se arriesgan. *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, pp. 239-250.

- Romo, N. (2016). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas* (5), pp. 65-83. <http://hdl.handle.net/10481/22315>
- Romo, N., y Camarotti, A. C. (2015). Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires. *Aljaba*, 19
- Romo-Avilés, N., & Pérez-Sánchez, N. (2013). Las chicas también se arriesgan. *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (pp. 239-250)
- Rubin, G. (1975). The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex. In Rayna R. Reiter (ed.), *Toward an Anthropology of Women*. Monthly Review Press. pp. 157--210.
- Ruiz, M., Aginagalde, A. H., y Del Llano, J. E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista Española Salud Pública*, 96.
- S Valles, M. (2002). Cuadernos metodológicos. Entrevistas cualitativas. . *Cuadernos Metodológicos. Centro De Investigaciones Sociológicas (CIS)*, (32)
- Sánchez Alber, C. (2021). El síntoma Housing First: De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental. *Norte De Salud Mental*, XVII(64), 47-56.
- Sánchez Antelo, V. I., & Mendes Diz, A. M. (2015). Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas. . *Argumentos. Publicación Del Instituto De Investigaciones Gino Germani*, (17), 357-387.
- Sánchez Cosme, A. (2021). El síntoma Housing First: De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental. *Norte De Salud Mental*, 17(64), 47-56.
- Sassen, S. (2003). Plasmaciones estratégicas de los roles de género en la economía global. *Contrageografías de la globalización*. (). Queimada Gráficas.
- Sassen, S. (2003). Plasmaciones estratégicas de los roles de género en la economía global. *Contrageografías de la globalización*. Queimada Gráficas.
- Schutz, A. (1974) El problema de la realidad social: Escritos I. Buenos Aires. Amorrortu.
- Sepúlveda Galeas, M., & Romaní, O. (2013). Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. . In Milenio (Ed.), *De riesgos y placeres manual para entender las drogas* ()
- Sepúlveda, M., y Romaní, O. (2013). Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. In Milenio (Ed.), *De riesgos y placeres manual para entender las drogas*.
- Sola Lara, J. A., Caparros-González, R. A., Hueso-Montoro, C., & Pérez Morente, M. A. (2021). Factores que determinan prácticas sexuales de riesgo en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en población de hombres que tienen sexo con hombres: revisión sistemática. *Revista Española De Salud Pública*, 95
- Sola, J. A., Caparros, R. A., Hueso, C., y Pérez, M. A. (2021). Factores que determinan prácticas sexuales de riesgo en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en población de hombres que tienen sexo con hombres: revisión sistemática. *Revista Española De Salud Pública*, 95.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Ediciones PAIDOS.
- Tonon, G., Alvarado, S., Ospina, H., Lucero, Botero, P., Luna, M., y Fabris, F. (2009). Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa, pp. 47–63. https://colombofrances.edu.co/wpcontent/uploads/2013/07/li-bro_reflexiones_latinoamericanas_sobre_investigacin_cu.pdf#page=48

- UNAD. (2022). *Violencia de género y adicciones: Análisis, retos y realidades*. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1675779954_conclusiones_21n.pdf
- Vacarezza, L. (2009). Las relaciones de utilidad en la investigación social. *Revista mexicana de sociología*, 71, pp. 133-166.
- Van Dijk, T. (1980) Algunas notas sobre la ideología y la teoría del discurso. *Semiosis*. Universidad Veracruzana, México, n.º 5, julio-diciembre pp. 37-53.
- Van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, (186), 23-26.
- Verd, J. M. (2005). El uso de la teoría de redes sociales en la representación y análisis de textos. De las redes semánticas al análisis de redes textuales. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. N.º 10, pp. 129-150.

Informes

- Amnesty International policy on state obligations to respect, protect and fulfil the human rights of sex workers*. (2016). (). <https://www.amnesty.org/en/documents/pol30/4062/2016/en/>
- AROPE. (2023). *El Estado de la Pobreza en las comunidades autónomas*. <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-mayo-2023.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Manual de Intervención en casos de violencia sexual y/o de género de la Red Asistencial de Adicciones de la Comunidad de Madrid. Madrid; 2023.
- Documento técnico abordaje del fenómeno chemsex*. . (2020)
- DDA.(2022a). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y Novedades*.
- EMCDDA. (2022b). *Personas sin hogar y drogas: respuestas sanitarias y sociales*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles*. (). file:///C:/Users/USER/Downloads/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_ES.pdf

Diké. Condicionantes sociales en la salud y estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de adicciones

Investigación orientada a la generación de conocimiento en la atención sociosanitaria y en el análisis de buenas prácticas

Financiado por



 **Episteme Social**