

Osuna Díaz, Michelle M.

Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social.

Revista Puertorriqueña de Psicología, vol. 24, 2013, pp. 1-17

Asociación de Psicología de Puerto Rico

San Juan, Puerto Rico

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233227551005>



Revista Puertorriqueña de Psicología,
ISSN (Versión impresa): 1946-2026
nvaras@uprrp.edu
Asociación de Psicología de Puerto Rico
Puerto Rico

Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social.^{1,2}

Michelle M. Osuna Díaz, Ph.D.³
Universidad de Puerto Rico

Resumen

El estigma social se ha convertido en una barrera para la salud pública en poblaciones de alto riesgo. Este es el caso de las madres usuarias de heroína en Puerto Rico, quienes han tenido que vivir en la sombra de la exclusión, marginación y discriminación por el estigma social asociado al consumo de drogas y a la imagen de la mujer usuaria. Utilicé una metodología cualitativa y análisis de discurso para explorar experiencias de cinco mujeres usuarias de heroína, cinco personas proveedoras de servicios y cuatro personas de apoyo social que fueron entrevistadas a profundidad. Discuto el doble estigma de desigualdad de género y usuarias de sustancias que sufren las mujeres. El estigma social promueve el carecimiento de tratamientos adecuados en mujeres usuarias en Puerto Rico.

Palabras clave: *Estigma, mujeres usuarias de heroína*

Abstract

Social stigma has become a barrier for public health in high-risk populations. This is the case of heroin using women and mothers in Puerto Rico, who have had to live in exclusion, marginalization, and discrimination because of the social stigma associated with the consumption of drugs and its image. I used a qualitative methodology and discourse analysis to explore the experiences of five (5) mothers that used heroin, five (5) service providers and four (4) social support sources who were interviewed in depth. I discuss the double stigma of gender inequality and substance users that women suffer. Social stigma promotes the lack of adequate treatments for heroin using women in Puerto Rico.

Keywords: *Stigma, women heroin users*

¹ *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en octubre de 2011 y aceptado para publicación en abril de 2012.

²En adelante usaré mujeres usuarias.

³Toda comunicación de este trabajo debe hacerse a la autora a: osuna_michelle@yahoo.com;
osunamichelle@gmail.com

El abuso de las drogas es un problema mundial (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2012) y son pocas las personas que tienen acceso a tratamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012; Santiago-Negrón & Albizu-García, 2007). Existe una tendencia en la población hispana, incluyendo a personas puertorriqueñas, a iniciarse en el uso de sustancias que prevalece hasta la adultez, convirtiéndolo en un factor a considerar en la prevención del uso del alcohol y drogas ilícitas (Maldonado-Molina, Collins, Lanza, Prado, Ramírez, & Canino, 2007).

Las Naciones Unidas estiman que 230 millones (5%), de las personas en el mundo que tienen entre 15-64 años, consumió algún tipo de droga ilícita al menos una vez en el 2010. Se calcula que 27 millones tienen problemas graves por consumir drogas (ONU, 2012). En el 2008 se estimó en los Estados Unidos que 20.1 millones de personas americanas de 12 años o más habían sido usuarias de drogas ilícitas. El 1.9 millones usaba cocaína, 1.1 millones usaba alucinógenos, y 114,000 usaba heroína (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2009). En Puerto Rico para el año 2007 se reportaron unas 299,611 (12.0%) personas que habían utilizado al menos una vez en su vida drogas ilícitas. El 10.9% de personas entre los 15-64 años usó marihuana, el 5.1% cocaína y el 2.1% heroína. De esta proporción 510,158 mujeres usaron heroína (Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción [ASSMCA], 2008). En el 2008 en Puerto Rico 3,261 (1.1%) personas usuarias de drogas (incluyendo al alcohol) recibieron servicios de tratamientos contra la adicción. El 39.5% (1,291) eran personas usuarias de heroína y el 10.5% (136) eran mujeres (ASSMCA, 2008). Los estudios realizados en Puerto Rico han demostrado que existe una población con el desorden de uso de drogas que necesita atención (Colón, Robles & Hardeo, 2002). La atención a este problema debe manejarse desde un modelo de salud pública, en vez de priorizar el modelo de ley y orden (Rodríguez-Madera & Santiago-Negrón, 2010). Rodríguez (2012) discute que el discurso prohibitivo para atender la violencia social relacionada al narcotráfico es infructuoso. La realidad política de Puerto Rico propicia la resistencia de la sociedad a adoptar medidas que reduzcan el impacto adverso de la política prohibicionista e implementar programas para la reducción de daño desde la realidad de la población de mujeres usuarias. Estas políticas prohibicionistas promueven la disparidad en las tasas de contagio del VIH y el desarrollo del SIDA vinculados con el uso de jeringuillas infectadas al inyectarse drogas (Albizu-García, Negrón-Velásquez, González, & Santiago-Negrón, 2006; Varas-Díaz, Santiago-Negrón, Neilands, Cintrón-Bou, & Malavé-Rivera, 2010). La atención de la drogodependencia está enmarcada en dimensiones estigmatizantes y moralizantes (Rodríguez-Madera & Santiago-Negrón, 2012). Diferentes perspectivas o modelos utilizados para explicar la adicción, conceptualizan el uso de drogas como el resultado de una moral debilitada de la persona usuaria (Santiago-Negrón & Albizu-García, 2003). Además, presuponen que la penalización ante el consumo reconstruye el orden social y baja los niveles de adicción. Ciertamente estas perspectivas o modelos no han sido efectivos para trabajar con la problemática en el país. La realidad es que las personas usuarias de drogas en Puerto Rico tienden a involucrarse en conductas de alto riesgo relacionadas al VIH/SIDA, tienen poco o ningún acceso a servicios relacionados con la salud y tienen las mayores proporciones de mortalidad (Varas-Díaz et. al, 2010). Esto es un problema de salud pública que hay que atender con urgencia (Santiago-Negrón & Albizu-García, 2003). Más aun si consideramos las implicaciones sociales que tiene ser mujer usuaria de heroína.

La mujer usuaria de drogas ilícitas

Las mujeres han estado presente en la utilización de sustancias medicadas o ilícitas de forma recreacional y/o por necesidad física. Para el siglo XIX, en el continente americano, las drogas se convirtieron en un escenario de la vida cotidiana. Aunque utilizadas para medicar dolencias y llevar a cabo tratamientos, las mujeres eran diagnosticadas y tratadas por sus médicos por condiciones no específicas que estaban relacionadas a su condición de mujer. Estas formas de tratar y medicar a las mujeres se atribuían al discurso social y médico de la época (Kandall, 1999). El consumo desmedido para tratar sus condiciones fue notable al igual que el consumo de opio. Las dependientes al opio no eran aceptadas, siendo marginadas y discriminadas socialmente. La adicción en la mujer se convirtió en una problemática de género y poder. La desigualdad de agenciar la situación, el poco apoyo social y la inexistencia de centros de tratamientos adecuados a sus necesidades, apoyan las manifestaciones estigmatizantes (Gillies, 1999).

En un estudio realizado en Puerto Rico se determinó la incidencia y prevalencia del uso de drogas. Además, se exploraron factores que predecían el uso de estas drogas en mujeres entre las edades de 18 a 35 que vivían en áreas urbanas de alto tráfico de drogas (Alegría, Vera, Shrout, Canino, Lai, Albizu, Marin, Peña, & Rush, 2004). Las variables predictoras encontradas fueron: baja educación, desempleo, uso concurrente de alcohol y parejas con historial de violencia severa. Según Alegría et al., (2004) las mujeres puertorriqueñas que viven en zonas urbanas donde existe mayor tráfico de drogas están propensas a: 1) tener baja o ninguna escolaridad; 2) estar desempleadas; 3) ser madres solteras y/o la cabeza de la familia; 4) beber más de 12 bebidas alcohólicas o más al año; 5) tener un ingreso familiar menor de \$10,000; y 6) se le asocia con el aumento del uso de drogas fuertes (cocaína, heroína, *crack*, entre otras). Las mujeres que reportaron tener amigos con problemas de uso de drogas o que indicaron haber estado expuestas a una violencia severa por parte de sus parejas, estuvieron doblemente propensas a dar positivo a crack, cocaína, heroína o la mezcla de ellas, que aquellas que no reportaron circunstancias sociales similares (Alegría et al., 2004). Se ha identificado en mujeres que suelen tener relaciones con parejas usuarias de drogas que su relación está afectada y aumenta la probabilidad de consumo (Beckerleg & Lewando, 2005). La falta de alternativas para mujeres en Puerto Rico para que tengan trabajo o una educación mayor, repercute en establecer redes sociales que faciliten no involucrarse en el consumo. Por otro lado, existen leyes institucionales que al identificarse el consumo de heroína en una madre, esta se arriesga a perder la custodia temporera, como la patria potestad de sus hijos/as, principalmente si consumió en periodo de gestación. La remoción de la custodia paternal de madres o padres usuarios/as de drogas para el año 1999 en Puerto Rico puede explicar por qué 93.2% de los hombres y 98.2% de las mujeres con problemas de sustancias no buscaron los servicios que necesitaban (Meléndez, Colón, Robles, & Pulliza, 2001). Alegría et al. (2004) plantean la necesidad de evaluar los costos sociales cuando el gobierno limita el rol social de las agencias de servicios a monitorear el maltrato de los niños/as sin contar con alguna intervención psicosocial que apoye a la familia, provea asistencia a padres y a madres usuarios/as de drogas y a los/as menores.

Por otro lado, los tratamientos en Puerto Rico al uso de drogas, como la heroína, están basados en modelos médicos salubristas ambulatorios o residenciales que comienzan con la desintoxicación del cuerpo, sin medicamentos o con medicamentos, y en algunos se incluye un tratamiento psicosocial para la reinserción social. Existen varios factores

asociados a la no adherencia al tratamiento en personas usuarias en Puerto Rico. Entre estos: 1) estar sin hogar; 2) utilizar diariamente drogas intravenosas; 3) utilizar mezcla de drogas “*speedball*” (heroína mezclada con cocaína); y 4) ser una persona usuaria y estar entre los 25 a 34 años (Marrero, Robles, Colón, Reyes, Matos, Sahai, Calderón, & Shepard, 2005). Estos/as autores/as recomiendan que para mejorar la adherencia al tratamiento de drogas y reducir las cifras de abandono entre las poblaciones crónicas y comórbidas es necesario entender la complejidad de los procesos psicosociales y factores ambientales. Es necesario trabajarlos desde niveles de comportamientos individuales así como sociales, al igual que en los procesos y recursos de los programas (Marrero et al., 2005). Sin embargo, los tratamientos para las mujeres usuarias son escasos y pocos le cubren las necesidades fisiológicas y psicosociales (ONU, 2005).

En el área de apoyo social, se ha demostrado que las personas usuarias de drogas que han sido motivadas y apoyadas por sus familiares y amistades antes y durante el tratamiento al uso de drogas, tienen mayor probabilidad de completarlo que aquellas que no tienen estos recursos y características (ONU, 2005; Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber, & Hall, 2002). Las personas usuarias de drogas otorgan importancia al apoyo social para completar o no su tratamiento. Según Tucker, D’Amico, Wensel, Golinelli, Elliot, & Wilhamson (2005) las mujeres que son usuarias de drogas que tienen mayor apoyo social tienden a utilizar menos drogas porque sienten que no necesitan o dependen de ellas como respuesta a los eventos estresantes en sus vidas, a diferencia de las que tienen menos apoyo social. Las mujeres que están en recuperación necesitan redes sociales, apoyo social a largo plazo, étnicamente homogéneo y altamente denso (Curtis-Boles & Jenkins-Monroe, 2000; El-Bassel, Chen, & Cooper, 1998; Trulsson & Hedin, 2004). Sin embargo, las mujeres que consumen drogas que no están en tratamiento tienden a tener grupos de apoyo social que las mantienen en el uso de drogas, por lo que las relaciones sociales que se encuentran fuera del ambiente de uso y que podrían ser positivas no suelen provocar un cambio en el uso de drogas (Galaif, Nymathi, & Stein, 1999). Ya que estos estudios muestran que las redes de apoyo social fragmentadas no les brindan seguridad a mujeres usuarias de drogas, al igual que promueven un cambio en el uso de drogas y propicia su estigmatización, se hace necesario estudiar el fenómeno del estigma social auscultando el contexto sociohistórico desde los valores de cambio social y acción que avala la Psicología Social Comunitaria (Serrano-García, Carvallo, & Walters, 2009). La construcción social negativa de la mujer usuaria de drogas está determinada por sistemas de valores sociales tradicionales, y se manifiesta en discursos que coexisten e interactuarán perpetuando la imagen (ONU, 2005). Esta idea está cargada de los significados sociales y culturales (Goffman, 1963), promueve roles y estereotipos de género y aporta a la construcción de la imagen de la “mujer adicta”, estigmatizada y doblemente rechazada. Esta mujer no encaja en los roles femeninos propiciando su estigmatización y afectando su acceso a servicios.

Estigma social

En la época del cristianismo, el significado del estigma fue tornándose en dos vertientes metafóricas: 1) signos corporales de la gracia divina y 2) una insinuación médica derivada de la religión que hacía referencia a signos corporales como desorden físico (Goffman, 1963). Surgieron otras definiciones de estigma según se investigaba el tema. Estas son: 1) aspectos de una escala social como estereotipos y rechazos; 2) tributo desacreditador y reductor de conductas asociadas (Goffman, 1963); 3) característica

contradictoria de la norma de una unidad social que implicaba la creencia compartida que una persona debe de tener y comportarse en cierta manera (Stafford & Scott, 1986) y 4) estigma desde individuos que poseen, o creen que poseen algunos atributos, o características, que sugiere una identidad social devaluada en un contexto social (Crocker, Major, & Steele, 1998). Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller y Scott (1984) utilizaron la definición de Goffman (1963) del estigma como una relación entre un atributo y estereotipo que produce una definición pero que está enlazada a características no deseables (estereotipos). Por otro lado, Link y Phelan (1999) añadieron a esta definición el componente de discriminación. Las diferentes conceptualizaciones del estigma han producido que el término recaiga en el individualismo, promoviendo como consecuencia diferentes percepciones para la acción (Link & Phelan, 2001). Otros autores y autoras muestran que el estigma social puede contribuir a que las personas estigmatizadas sientan rechazo, devaluación, marginación o que han cometido una falta, ya sea percibida por estas o por las demás personas (Dovino, Major, & Crocker, 2003). Además de provocar efectos sociales de discriminación y desigualdad, tiene serias implicaciones en la salud provocando consecuencias que afectan a ciertos grupos como a la sociedad en general (Ahern, Stuber, & Galea, 2007; Link & Phelan, 2006; Michels, Hofman, Keusch, & Hrynkow, 2006; Varas-Díaz, Malavé-Rivera, & Cintrón-Bou, 2008). La consecuencia del estigma social puede emerger de una situación o como una función del resultado de los significados que se le atribuye a dicha situación (Dovino, Major, & Crocker, 2003). El estigma no sólo crea circunstancias estresantes en las personas, sino que ante el prejuicio y discriminación asociados a las personas prefieren no actuar ante su condición, impactando así las enfermedades y el desarrollo de las mismas (Varas-Díaz, Malavé-Rivera, & Cintrón-Bou, 2008). Más aún el estigma puede funcionar como una causa fundamental de las enfermedades. Desde una perspectiva de salud pública el estigma puede tener un impacto negativo en el curso clínico y otros resultados, como funcionamientos sociales y ocupacionales, de la enfermedad o condición estigmatizada en sí misma. En el caso de las personas usuarias de drogas, la estigmatización, provoca en la salud pública desinformación de las situaciones sociales (Varas-Díaz et al., 2010), discriminación individual, de grupo y estructurada (Marzán-Rodríguez, Cintrón-Bou, & Varas-Díaz, 2011), desigualdad en servicios de bienestar social, pocos tratamientos adecuados según las necesidades de la población (particularmente para la población de mujeres), entre otras.

Para propósito de la investigación, utilicé para el análisis de discurso sobre el estigma social las tres dimensiones sugeridas por Dovino, Major y Crocker (2003) propuestas desde un marco conceptual contextual general inmerso en los procesos sociales-psicológicos. Estas dimensiones son: 1) Quién percibe el estigma y la población afectada; 2) Bases de identidad personal-grupal; y 3) Respuesta afectiva-cognitiva-de comportamiento. Para entender los contextos sociales y poder conceptualizar el estigma a través de los procesos psicológicos-sociales de la población de mujeres usuarias en Puerto Rico utilicé la conceptualización del estigma propuesta por Link y Phelan (2001), en la cual el estigma y sus procesos se explican desde la coocurrencia de cinco componentes: 1) diferencias distintivas y clasificación; 2) asociaciones de las diferencias humanas (clasificaciones) con características indeseables; 3) separación de “nosotros” de “ellos”; 4) pérdida de estatus y discriminación; y 5) la dependencia del estigma en el poder. Esta investigación pretende agenciar desde la Psicología Social Comunitaria, el cambio social a través de la concienciación y participación de los agentes sociales que componen la problemática del estigma social en mujeres usuarias. También ampliar el nivel de análisis y

promover el desarrollo de investigaciones e intervenciones que inicien una mejor situación y acción social para mujeres usuarias.

A partir de la literatura revisada, y de los datos pertinentes en Puerto Rico, me propuse los siguientes objetivos: 1) Explorar el tema del estigma social y los discursos constituidos sobre las mujeres usuarias; 2) Examinar los procesos psicológicos y sociales que enfrentan las mujeres usuarias en su relación con el uso de heroína, preconcepciones negativas, imagen que tienen los/as proveedores/as de servicios y personas que son parte de la red de apoyo social; e 3) Investigar a través de las narrativas de las mujeres usuarias el impacto en el estigma social en tres dimensiones: salud personal (física y mental), redes familiares y sociales y construcción de su identidad social.

Método

Exploré los objetivos de la investigación a través de la implantación de un diseño exploratorio de corte cualitativo. Desarrollé entrevistas semi-estructuradas a una muestra de 14 personas.

Participantes

Participaron del estudio: 1) cinco mujeres usuarias; 2) cinco proveedores/as de servicios de salud que trabajaban en diferentes agencias, programas o centros de tratamientos para personas usuarias de drogas; y 3) cuatro personas que componían parte de la red de apoyo social de las mujeres usuarias. Los criterios de inclusión para el *grupo 1* fueron: 1) madres biológicas o adoptivas, 2) que hubieran usado y/o se consideraran usuarias de heroína y 3) que hubieran participado al menos una vez en los servicios para personas drogodependientes. Los criterios de inclusión para el *grupo 2* fueron: 1) que pertenecieran a uno de los cinco centros o agencias seleccionadas y 2) que trabajaran directa o indirectamente con servicios ofrecidos a mujeres usuarias. El criterio de inclusión para el *grupo 3* fue: 1) que se identificaran como parte de la red de apoyo social de las mujeres usuarias. Todas las personas participantes tenían que tener 21 años o más. Utilicé estos criterios para asegurar que las personas participantes pudieran hablar de sus experiencias

Los datos sociodemográficos de las mujeres usuarias son relevantes a los de otros estudios (Alegría et al., 2004). La edad promedio fue de 41 años de edad, residentes del área metropolitana, no casadas y madres solteras. En promedio cada mujer tenía cuatro hijos/as. Estas no habían terminado la escuela superior al igual que sus progenitores. Estaban desempleadas y dependían económicamente ya sea de parejas no estables o del Estado. El promedio del ingreso mensual era de \$669. Habían vivido con o visto algún familiar cercano que utilizaba drogas. En el caso de las personas de la red de apoyo social el promedio de edad era de 45 años. Residían en zona urbana y rural. Estaban casados/as. El promedio de hijos/as por pareja era 3. Habían completado el nivel de educación superior. Se encontraban desempleados/as. Su ingreso mensual era de \$1,500. La edad promedio de los proveedores/as de servicios era 40 años. Residían en el área metropolitana. La mayoría no tenía hijos/as. Habían completado educación universitaria. Se encontraban empleados/as a tiempo completo. El promedio de ingreso mensual era \$2,233. Su progenitor/a había completado educación universitaria. Nunca presenciaron en su infancia que un familiar cercano utilizara drogas.

Las mujeres y los/as proveedores/as de servicios fueron reclutados/as por disponibilidad en: 1) CREA de Mujeres; 2) Iniciativa Comunitaria; 3) AMSSCA; 4) Programa Casa Nuestra Gente, Departamento de La Familia; y 5) Proyecto Nuevo Horizonte II. Recluté a las mujeres usuarias a través de una guía de cernimiento utilizada por el personal de los centros y programas. Utilicé la técnica de “bola de nieve” para reclutar a las personas de la red de apoyo social.

Procedimiento

Recluté a las personas participantes con la colaboración de las personas que dirigían las cinco agencias. Me reuní con cada una de ellas y le expliqué el propósito de la investigación. Cuando obtuve la autorización para el reclutamiento le explique el propósito del estudio a los/as potenciales participantes y le invité a participar de forma voluntaria y confidencial. Desarrollé los instrumentos de medición y realicé las entrevistas en espacios confidenciales sugeridos por las mujeres usuarias. A la persona que voluntariamente expresó interés en participar le entregué la hoja de consentimiento informado la cual fue discutida. Las entrevistas duraron aproximadamente una hora.

Instrumentos

Utilicé los siguientes instrumentos para recopilar los datos: 1) datos sociodemográficos y 2) guía de entrevista semiestructurada. Las dimensiones exploradas en la entrevista fueron: 1) historial de uso de drogas personal/en la familia; 2) construcción de droga/heroína; 3) construcción de usuaria madre; y 4) construcción de estigma/experiencia situaciones estigmatizantes. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas *ad verbatim* y analizadas utilizando el programa ATLAS. Ti. 5.2 (Muhr, Scientific Software Development, 1997).

Análisis

Para fines de este estudio interpreté el discurso de los/as participantes desde su propia subjetividad, perspectiva ideológica, metáforas, marco teórico y conceptual. Examiné manifestaciones estigmatizantes de forma introspectiva a través de sus discursos; cómo este discurso interfiere en la búsqueda de servicios, cómo los/as proveedores/as de salud estigmatizan a las mujeres usuarias y cómo los roles de género afectan el apoyo social y su disminución. Analizar los discursos surge de forma emergente, es un proceso dialéctico que se desarrolla y cambia según el análisis. Las dimensiones analíticas utilizadas fueron: 1) repertorios interpretativos; 2) actitudes y atribuciones; 3) estado de responsabilidad (*accountability*); 4) práctica de la construcción de hechos; 5) descripciones; 6) manejo de los estados e intereses; y 7) categorías de emociones (Potter & Wetherell 1996). Realicé el análisis en niveles de forma simultánea en constante diálogo con ellos/as. Consideré las: 1) contradicciones, 2) construcciones y 3) prácticas discursivas (Parker & Agglenton, 2003) y los contextos socio-histórico-económico-políticos del asunto en cuestión (Wood & Kroger, 2000). También analicé los asuntos de acción al discurso, qué hacen las personas con sus discursos y cómo los ejecutan; se trabaja con los asuntos de poder y cómo le da sentido el/la hablante a través del texto.

Una vez transcritas las entrevistas y haber leído varias veces los datos, comenzó el proceso de codificación del texto. Mientras se desarrollaba el análisis de discurso se crearon las categorías al identificar los textos. Los temas que emergieron fueron: 1) historial de uso de drogas; 2) construcción de la heroína; 3) construcción de usuaria; 4) experiencia personal de ser usuaria; 5) situaciones en las que las personas participantes se sienten estigmatizadas; 6) concepción de “adicta” y enfermedad; 7) criminalización de la madre; 8) percepción del rol de madre; 9) servicios provistos o negados y 10) violencia estructural e institucional.

Resultados

Diferencias distintivas y de clasificación

Los/as proveedores/as y las personas de la red de apoyo social mencionaron que la sociedad puertorriqueña diferencia entre una mujer usuaria (la que usa heroína, cocaína y *crack*) y la tecata (la que utiliza las mismas drogas, es mala madre, se prostituye y se involucra en conductas delictivas para ganar dinero). La sociedad las ve como una molestia y estorbo social. Tanto los/as proveedores de servicios como las personas de la red de apoyo social identificaron que las mujeres usuarias tienen ciertas marcas corpóreas relacionadas a enfermedades como VIH, Hepatitis C y bacterias. Estas enfermedades las asociaron con la muerte o contagio. También hicieron comparaciones entre aquellas características de género femenino en las cuales se construye que la mujer sea limpia y la usuaria sucia.

Las mujeres entendían que por ser usuarias de drogas la sociedad las nombraban como tecatas, adictas y enfermas. Mencionaron razones para diferenciarlas y clasificarlas: 1) porque no participaban en un programa de tratamiento; 2) no cuidaron a sus hijos/as; 3) se prostituyeron; y 4) se inyectaron heroína. Como consecuencia de esas clasificaciones y distinciones, las mujeres tienen la necesidad de aclarar que son personas buenas aunque sean usuarias de heroína.

Asociación de las diferencias humanas con características indeseables

Las mujeres madres mencionaron ser estereotipadas, rechazadas y reprimidas por las estructuras sociales y sentirse menos que las hembras animales que atendían a sus crías. Entendían que la sociedad las veía incapaces de atender a sus hijos/as, familiares y autoatenderse. Aunque describieron como la sociedad las piensa resaltaron que no todas pasan por las mismas experiencias.

Los proveedores/as de servicios y las personas de la red de apoyo social las asociaron con actividades delictivas: ladronas, que roban y se prostituyen. Entendían que estaban enfermas física y emocionalmente. Enfatizaron que se prostituían por factores individuales y no por factores socioestructurales. Por otro lado, describieron que: 1) no trabajan y viven del gobierno; 2) son mantenidas por las personas que pagan contribuciones al Departamento de Hacienda de Puerto Rico; 3) por ser usuarias intercambian jeringuillas sucias, adquiriendo enfermedades peligrosas y amenazantes para la salud social; 4) tienen varios hombres e hijos/as de ellos; 5) no les importa su salud ni la de sus hijos/as; 6) tienen baja autoestima y 7) tienen muchos problemas individuales.

Separación de “nosotros” de “ellos”

Las mujeres usuarias relataron que cuando estaban en el uso de la droga notaban cómo las personas las ignoraban; si estaban pidiendo en la calle ponían los seguros a los autos o no las atendían en las oficinas a las que iban a buscar servicios como laboratorios y médicos generalistas.

Los proveedores/as de servicios y las personas de la red de apoyo social mencionaron en relación a las mujeres usuarias que la sociedad las ignora, no las respetan y hacen comentarios despectivos sobre la exterminación de la población, como si fueran una plaga. Otras separaciones se dieron de manera indirecta en los discursos de proveedores/as de servicios. Estos/as al explicar cómo entendían lo que para ellos/as era el uso de heroína y cómo las mujeres llegaban a este estado de adicción, reproducían los discursos de separación de clases sociales, educación y victimización hacia las mujeres usuarias. Sus explicaciones partían desde el individualismo del fenómeno, creando una separación cognitiva de aquellas mujeres que usan heroína o de las que están en riesgo a ser usuarias. También atribuyeron separaciones por el determinismo del estatus social, donde los lugares de vivienda iban a generar mujeres con muchos hijos/as, dependientes emocionalmente y por tanto usuarias de sustancias. Estas separaciones subyacían de los roles de género, donde aquellas mujeres débiles emocionalmente iban a usar drogas. Es importante destacar que tanto las personas estigmatizadas como las que estigmatizan crean clasificaciones y diferencias sociales cognoscitivas, y existe una tendencia alta en crear separaciones sociales unos y los otros, tanto físicas como mentales.

Aunque las mujeres usuarias pertenezcan o participen de un programa o centro de tratamiento para el uso de drogas, también sufren la separación creada por las personas. Las separaciones por espacios físicos o geográficos o por identificación de pertenencia de los programas, se observaron en los discursos de las mujeres cuando mencionaron que por ser participantes en un programa de tratamiento para adicción a drogas, les persigue la devaluación de haber sido usuarias y por tanto son separadas. Muchas veces la separación puede desarrollarse por participar en actividades de los programas (e.i., recolecta de dinero, ventas de productos emblemáticos, entre otros.). Las mujeres que habían participado de este programa percibían el rechazo y la devaluación (e.i., cuando le hacían acercamientos sexuales) en el momento en que salían a vender los productos y llevaban un distintivo (e.i., camisa con emblema) a las ventas. Este tipo de separación percibida por las mujeres se pudo corroborar con relatos mencionados por proveedores/as de servicios quienes entendían que todo Puerto Rico podía identificar quiénes eran mujeres usuarias que estaban en recuperación porque se podía reconocer por la acción de vender productos para recaudar fondos en las calles y cómo en estas ventas las mujeres eran hostigadas y humilladas.

Pérdida de estatus y discriminación

Es evidente que las mujeres usuarias van perdiendo su estatus a nivel social. La pérdida de estatus y discriminación que sufren es directa e indirecta. Como parte de la pérdida de estatus, todas las mujeres usuarias entrevistadas en el estudio carecían de vivienda propia, ingresos económicos, trabajo fijo, educación continua y superior, y sus tratamientos médicos dependían de las instituciones públicas y de programas sin fines de lucro en los cuales los servicios son ambiguos, escasos y limitados. Los/as proveedores/as

de servicios hacían alusión a la pérdida de estatus como algo que tienen que pasar las mujeres (e.i., las mujeres que le han brindado los servicios en los programas de tratamiento han perdido sus viviendas, trabajos, beneficios del gobierno y hasta sus hijos/as, por ser usuarias). En los discursos de la red de apoyo social se reproducían los prejuicios sociales que promueven la pérdida de estatus y discriminación hacia las mujeres usuarias, como medio de castigo social. Para las mujeres, el componente de pérdida de estatus las hacía sentirse discriminadas y les provocaba un estado emocional autodestructivo que las hacía estar conscientes del devaluó de las demás personas hacia ellas.

El discrimen lo observé desde tres perspectivas: 1) individual, 2) estructural y 3) desde la pérdida de estatus como recurso de discrimen. En la discriminación individual las mujeres usuarias mencionaron sufrir de discriminación por género femenino y sexismo. De una forma u otra por ser mujeres estuvieron expuestas a que se les abusara sexualmente, a ejercer la prostitución para mantener a sus parejas y en algunos casos a terceras personas. Por otro lado, por ser usuarias experimentaron pérdida de empleo o se le cerraban las oportunidades para obtener un empleo que no estuviera relacionado a conductas ilícitas y delictivas. Muchas de las mujeres que fueron abusadas sexualmente y/o sufrieron de violencia física y/o emocional o trato cruel por parejas o clientes, no pudieron reclamar sus derechos legales de violencia doméstica porque no se sentían apoyadas para llevar una acción legal por ser usuaria. Para algunos de los/as proveedores/as de servicios y red de apoyo social esta discriminación es responsabilidad de las mismas mujeres usuarias.

En los discursos de proveedores/as de servicios se reflejó el desconocimiento de los servicios para mujeres usuarias de heroína embarazadas. En los relatos de proveedores/as de servicios y de las personas de la red de apoyo social se mencionó la discriminación estructurada cuando reconocen que las agencias gubernamentales pertinentes, al enterarse que las mujeres madres son usuarias, les niegan servicios como vivienda, ayudas económicas y les remueven la patria potestad de sus hijos/as. De otra parte, se observó que los/as proveedores/as de servicios, aunque tenían la experiencia de trabajar con la población, no tenían la educación universitaria y/o adiestramientos dirigidos para trabajar con las mujeres usuarias.

La discriminación estructurada se mostró en los relatos de las mujeres usuarias cuando identificaron que los centros y programas de servicios muchas veces no cumplían con sus necesidades básicas; desde espacios físicos hasta medicamentos y la integración de familiares, en particular, los/as hijos/as de éstas en relación a su inserción en la sociedad. Por otro lado, al momento de ellas estar embarazadas y estar en el consumo de drogas, no supieron qué hacer bajo ese estado y muchas fueron rechazadas por programas; unas por temor a las represalias, otras porque no conocían ningún centro que las acogieran. También habían tenido experiencias previas en las que las separaban de sus hijos/as recién nacidos/as en los hospitales a los que acudían para recibir servicios de parto. Esto impactaba la decisión de preferir mantenerse alejadas de los servicios de salud hasta que fueran a parir.

Dependencia de estigma en el poder

En esta categoría observé que se van creando políticas públicas que promueven el estigma social en Puerto Rico. Políticas públicas que pueden ir desde lo más abstracto, como por ejemplo, *La guerra contra las drogas*, hasta lo más concreto, la obligación de participar en programas de tratamientos para que les perdonen a la mujeres el haber incurrido en una conducta delictiva. Por otro lado, las leyes orgánicas de las instituciones

sociales que trabajan con el tema de la familia, vivienda y asistencia económica responden a esa política pública y trabajan en conjunto con esas agencias de orden público para mantener un control social. Observé en los relatos de las mujeres y de las personas de las red de apoyo social que la agencia del Departamento de la Familia se encarga de denunciarlas como madres maltratantes, quienes remueven a los/as hijos/as del hogar materno y niegan la patria potestad por el bien de estos/as. Ninguna mujer mencionó que ésta agencia hiciera gestiones para reunificarlas con sus hijos/as y que por el contrario no eran diligentes con el seguimiento de los/as niños/as removidos/as, a parte que impulsaban la adopción como una opción en los/as hijos/as de las mujeres usuarias.

Además, y ligado a las normas sociales vinculadas con la discriminación hacia el género femenino, vemos como se reproducen los mecanismos de poder hacia las mujeres usuarias, esto por parte de sus parejas o familiares. En estos discursos se reflejó la discriminación por la categoría de sexo creando normas y prácticas que regularon las conductas tanto de las mujeres usuarias como de sus compañeros, produciendo la gobernabilidad de los cuerpos y materializando la reiteración de las normas sociales hacia el género femenino.

Discusión

En esta investigación la narrativa tiene un papel fundamental como dispositivo en el cual se entrecruzan la dimensión relativista, su creación en la acción conjunta y su carácter pragmático. Entendiendo que cada discurso hace referencia a lo que son las cosas, que introducen la necesidad de precisar qué significa y cómo se persiguen efectos de verdad y/o credibilidad, o se conjugan y/o contrarrestan con otros discursos en cada ocasión discursiva. Le brindo gran importancia a la subjetividad de las personas entrevistadas, pues según Gergen (1994) nuestras formas de ver la vida están enmarcadas en valores significativos diferenciados de los que le atribuimos a las experiencias de la otredad. Estos valores son los que irán creando una construcción social mediatizada por las narrativas, la construcción lingüística y discursiva. Considerando que cada discurso está generado en la sociedad en la que surge, y que los mismos son construidos a través de la socialización de las personas, decidí analizar el estigma asociado a las madres puertorriqueñas usuarias de heroína. La Teoría de Construcción Social plantea un carácter constructivista, la premisa de una realidad construida desarrolladora de narrativas en las prácticas comunicativas creadas en las bases de la relación social en la cual el conocimiento radica en el entramado social, en lo simbólico, que es construido precisamente por los individuos (Ibáñez, 1989). Los roles característicos por representar un orden social tienen una importancia estratégica en la sociedad debido a que simbolizan las instituciones, además de que integran a todas en un mundo significativo (Berger & Luckmann, 1968). Los discursos se van creando mediante la legitimación de los signos y significados sociales que se van otorgando en el proceso de socialización. Es por esto que la construcción social de las drogas, como malas para la sociedad; y la imagen desviada y no productiva de las personas usuarias, parte de los significados y significantes que se han desarrollado por años en las narrativas discursivas institucionalizadas culturalmente que giran en torno a las drogas, su uso y su función.

Pude observar en los relatos de las mujeres usuarias que las comunidades en las que están ubicados los centros y programas de tratamientos no se integran por la separación de una comunidad «normal» versus una comunidad «de mujeres adictas». Esto provoca que los propios programas experimenten un aislamiento social. Como consecuencia de estas

«separaciones sociales», las mujeres que están en tratamientos, al saber que pueden ser identificadas como usuarias o adictas en recuperación, en sus discursos hacen referencia a las separaciones que ellas realizan entre «aquellas que aún se meten droga» *versus* «ellas como mujeres renovadas». Observé en los tres discursos de los grupos participantes que estas separaciones son provocadas por los discursos sustentados en los modelos sociales que explican lo que es la adicción a drogas: ¡Nadie quiere ser asociado con esta población!

Las mujeres usuarias son un ejemplo de cómo se perpetúa como discurso una imagen, signos y significados, y cómo estos responden a las narrativas sociales. El rol de la mujer construido socialmente responde a ser vistas como: 1) símbolo de reproducción y fecundidad; 2) marcadas por sus vicios y defectos; y 3) viven una representación de desviación y marginalidad. Entre estas características podemos notar que es el cuerpo de la mujer el elemento constitutivo de significados que construyen una narrativa discursiva de lo femenino y cómo la corporalidad femenina ha sido la imagen sobre la cual se ha representado y simbolizado todo aquello que está fuera de la norma (Álvaro & Fernández, 2006; Serrano, 2012). Diversos/as autores/as explican el comportamiento femenino sexual como una desviación de la normativa masculina (Burin, 1992; White, Bondurant, & Brown-Travis, 2000). Las perspectivas de género sociales en Puerto Rico, permiten concluir que el género es un factor organizador esencial de la subjetividad y del modo de percibir las experiencias y el contexto social de las mujeres usuarias. Se evidencian características de familismo, dogmas y creencias religiosas (Albite-Vélez & Valle-Ferrer, 2003; Golden, 1998) que han facilitado una visión y expectativa de la mujer usuaria que perpetúa los modelos de abnegación y sacrificio.

El estigma asociado al consumo de drogas “ilícitas” facilita, según Albizu-García y colegas (2006), que socialmente se acepten las estrategias que criminalizan a las personas usuarias y la utilización de medidas punitivas para combatir el problema, en lugar de una perspectiva médico salubrista del mismo. En el caso de las mujeres usuarias, señalan estos autores, que el estigma es aún mayor que para los hombres, por razón de su género, ya que el comportamiento de ellas está más sujeto a regulación social que el de los hombres. Por otro lado, el rol social estereotipado de género que les asigna a las mujeres la responsabilidad primaria del hogar, la crianza de los hijos/as y el cuidado de la familia, contribuye a la victimización y opresión de las mujeres (Castro, 2004; Valle-Ferrer, 2007). Según Astbury (1999), estas características se refuerzan con las desigualdades estructurales y el limitado poder en el ámbito público y laboral que enfrentan las mujeres, provocando la baja autoestima y las condiciones emocionales que padecen muchas mujeres.

La imagen de la mujer y la maternidad, según Albite-Vélez y Valle-Ferrer (2003), contribuyen a situaciones de violencia doméstica en contra de mujeres y a la prevalencia desproporcionada de los problemas de salud física y mental en estas. Las mujeres pobres, se encuentran más vulnerables que la población en general, porque experimentan frecuentemente eventos incontrolados y atemorizaciones en sus vidas (Belle, 1990). La mujer usuaria de drogas al romper con parámetros establecidos socialmente, y desde el aspecto psicosocial, pierde respetabilidad en todas las áreas de su vida. A razón de las características desvalorizadas inmersas en el consumo de heroína, las mujeres acuden con menos frecuencia y de manera más tardía a solicitar servicios de atención. En consecuencia, es más común que pierdan la familia, el empleo y la oportunidad de participar en procesos sociales; esta es la razón por la que generalmente enfrentan el problema en soledad y con un gran estigma social. Se le construye socialmente con las mismas características que las del género masculino usuario (Cook & Cusack, 2010) sin

embargo, se le añade la visión de ser madre irresponsable y esposa sin valores ni moral, porque prefiere consumir drogas a asumir el rol de cuidadora de la familia.

Los mecanismos sociales provocan una violencia estructural que se ha identificado como una violencia sutil de las sociedades para mantener un control entre las personas. En ciertas investigaciones se ha demostrado que este tipo de violencia estructural crea un estigma social a quienes son objeto de la misma (Marzán-Rodríguez, Cintrón-Bou, & Varas-Díaz, 2011). Según Beckerleg y Lewando Hundt (2005) las mujeres usuarias son víctimas de violencia estructural y presencian desventajas sociales y pobreza. La violencia estructural describe el acercamiento político-económico en el cual la pobreza, impotencia y la violencia combinadas exacerban las enfermedades como la tuberculosis, VIH/SIDA, especialmente entre mujeres (Farmer, 2003; 2004; ONU, 2012). Según las investigaciones en diferentes escenarios con las mujeres los resultados muestran que existen diferencias de género en las adicciones y en los tratamientos (Absalon, Fuller, Ompad, Blaney, Koblin, Galea, & Vlahov, 2006; Bennett, Velleman, Barter, & Bradbury, 2000; Byqvist, 2006; Gordon, 2002;). Las barreras al tratamiento para las mujeres aumentan con los entendidos y discursos sociales que se promueven en contra del uso de drogas y la imagen de la mujer en sociedad. Las actitudes culturales que existen sobre la mujer usuaria es una de las causas de las barreras sociales para el cuidado de la salud de muchas de estas (Gordon, 2002; Méndez-Sánchez, 2001).

Aunque existe el conocimiento de las barreras sociales, psicológicas y en tratamientos que surgen para que las mujeres usuarias tengan acceso a cuidar de su salud, las medidas que se toman en consideración para eliminar estas barreras no aparentan tener éxito. Dicho de otro modo, se puede tener conocimiento de cuáles son las circunstancias que no permiten que una mujer tome la decisión de no utilizar drogas y preocuparse por su salud, sin embargo mientras se mantenga un discurso hegemónico prohibicionista sobre el uso de drogas y más aun sobre los roles de cada quien, no se podrá promover un cambio social en la salud y mucho menos el respeto a la diversidad. La integración de estudios que consideren la necesidad de trabajar con las implicaciones que tiene la construcción social en las mujeres usuarias son importantes para que se pueda entender sus discursos identitarios y así promover mejores servicios que puedan cumplir con las necesidades de la población.

La ambivalencia moral y social que históricamente ha trascendido la adicción en las mujeres recae en la articulación de un mecanismo de defensa y una reproducción social, que se circunscriben a la perpetuación de desigualdades y la consolidación de un determinado sistema de control social, más preocupado por la seguridad que por brindar un estado de salud social.

REFERENCIAS

- Absalon, J., Fuller, C. M., Ompad, D. C., Blaney, S., Koblin, B., Galea, S., & Vlahov, D. (2006). Gender differences in sexual behaviors, sexual partnerships and HIV among drug users in New York City. *AIDS Behavior, 10* (6), 707-715.
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) (2009). *Resultados del 2008 de la encuesta nacional de uso de drogas y salud: Resultados nacionales* (Oficina de Estudios Aplicados, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434). Rockville, MD.
- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (2008). *Estudio de viviendas*. Programa de educación de necesidad de servicios para el abuso de Sustancias. Consultado en <http://www.dasis.samhsa.gov/webt/quicklink/PR08.htm>
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, 188-196.
- Albite-Vélez, L., & Valle-Ferrer, D. (2003). La ideología de la maternidad en la subjetividad femenina: Mecanismo de opresión y violencia doméstica. En L. Martínez-Ramos & M. Tamargo López (Eds.), *Género, sociedad y cultura* (pp. 110-134). San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Gaviota.
- Albizu-García, C. E., Negrón-Velásquez, G., González, A., & Santiago-Negrón, S. (2006). Reconsiderando la política pública de las drogas: Alternativas para Puerto Rico desde un modelo de salud pública. *Revista Jurídica, 75*, 1071-1106.
- Alegria, M., Vera, M., Shrout, P., Canino, G., Lai, S., Albizu, C., et al. (2004). Understanding hard-core drug use among urban Puerto Rican women in high-risk neighborhoods. *Addictive Behaviors, 29*, 643-664.
- Álvaro, J. L., & Fernández, B. (2006). Representaciones sociales de la mujer. *Athenea Digital, (9)*, 65-77. Consultado en <http://antalya.uab.es/athenea/num9/alvaro.pdf>
- Astbury, J. (1999, diciembre). *Gender and mental health*. Harvard University Center for Population and Development Studies. Consultado en http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomwn/en/
- Beckerleg, S., & Lewando Hundt, G. (2005). Women heroin users: Exploring the limitations of the structural violence approach. *International Journal of Drug Policy, 16*, 183-190.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist, 45*, 385-389.
- Bennett, G. A., Velleman, R. D., Barter, G., & Bradbury, C. (2000). Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. *AIDS Care, 12* (1), 77-87.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Madrid, España: Amorrortu Editores.
- Burin, M. (1992). Nuevas perspectivas de salud mental de las mujeres. En A. Fernández (Ed.), *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 314-332). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Byqvist, S. (2006). Drug-abusing women in Sweden: Marginalization, social exclusion and gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs, 38* (4), 428-440.
- Castro, I. (2004). *La pareja actual. Transición y cambios*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

- Colón, H. M., Robles, R. R., & Hardeo S. (2002). The validity of drug use self-reports among hard core drug users in a household survey in Puerto Rico: Comparison of survey responses of cocaine and heroin use with hair tests. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 269-279.
- Cook, R. J., & Cusack, S. (2010). *Gender stereotyping: Transnational legal perspectives*. Pennsylvania: Pennsylvania Studies of Human Rights.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. En D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology 4th ed.* (pp. 504-553). Boston: McGraw Hill.
- Curtis-Boles, H., & Jenkins-Monroe, V. (2000). Substance abuse in African-American women. *Journal of Black Psychology*, 26, 450-469.
- Dovino, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and overview. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). Nueva York: The Guildford Press.
- El-Bassel, N., Chen, D., & Cooper, D. (1998). Social support and social network profiles among women on methadone. *Social Service Review*, 72, 379-401.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Los Angeles, California: University of California Press.
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45 (3), 305-325.
- Galaif, E.R., Nyamathi, A.M., & Stein, J.A. (1999). Psychosocial predictors of current drug use, drug problems, and physical drug dependence in homeless women. *Addictive Behaviors*, 24, 801-814.
- Gergen, K. J. (1994). *Realidades y relaciones. Aproximaciones al construccionismo social*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Gillies, V. (1999). An analysis of the discursive positions of women smokers: Implications for practical interventions. In C. Willing (Ed.), *Applied discourse analysis: Social and psychological interventions* (pp.66-86). Buckingham, Reino Unido: Open Press University.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Golden, S. (1998). *Slaying the mermaid: Women's culture of sacrifice*. Nueva York, Nueva York: Harmony Books
- Gordon, S. M. (2002). *Women and addiction: Gender issues in abuse and treatment*. Filadelfia, Estados Unidos: Caron Foundation.
- Ibáñez, T. (1989). La psicología social como dispositivo desconstruccionista. En T. Ibáñez (Coord.), *El conocimiento de la realidad social* (pp. 109-134). Barcelona: Sendai.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. Nueva York: Freeman.
- Kandall, S. R. (1999). *Substance and shadow: Women and addiction in the United States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (1999). Labeling and stigma. En C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Ed.). *The Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 481-494). Nueva York: Plenum.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2006). On Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528–29.
- Maldonado-Molina, M., Collins, L., Lanza, S., Prado, G., Ramírez, R., & Canino, G. (2007). Patterns of substance use onset among Hispanics in Puerto Rico and the United States. *Addictive Behaviors*, 32, 2432-2437.
- Marrero, C. A., Robles, R. R., Colón, H. M., Reyes, J. C., Matos, T. D., Sahai, H., et. al. (2005). Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addictive Behaviors*, 30, 397-402.
- Marzán Rodríguez, M., Cintrón Bou, F., & Varas Díaz, N. (2011). Más que una responsabilidad individual: Factores socio-estructurales y el estigma relacionado al VIH/SIDA. *Revista Investigaciones en Psicología*, 1, 83-94.
- Meléndez, I., Colón, H., Robles, R., & Pulliza, J. (2001). *Puerto Rico substance abuse needs assessment program: Treatment capacity survey final results*. San Juan, Puerto Rico: Mental health and anti-addiction services Administration, Commonwealth of Puerto Rico.
- Méndez-Sánchez, L. (2001). La dependencia de drogas en la mujer. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 1 (1), 70-74.
- Michels, K. M., Hofman, K. J., Keusch, G. T., & Hrynkow, S. H. (2006). Stigma and global health: Looking forward. *Lancet*, 367, 538-539.
- Muhr, T. (1997): ATLAS.ti: The knowledge workbench: Short User's Manual Scientific Software Development Berlin Germany.
- Organización de las Naciones Unidas. (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. Accedido en http://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Informe Mundial sobre las drogas*. Ginebra, Suiza. Accedido en http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Hay que mejorar el acceso de los drogodependientes a la atención sanitaria. Accedido en chrome://newtabhttp://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug_use_20120626/es/index.html
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. Nueva York: The Population Council.
- Rodríguez, A. (2012). Las drogas y el futuro de la democracia... 24 años después Reflexiones sobre el impacto de la prohibición de las drogas en la sociedad puertorriqueña contemporánea. En S. Rodríguez-Madera y S. Santiago-Negrón (Eds.), *La violencia opciones para su mitigación* (pp. 117-135). San Juan: Terranova Editores.
- Rodríguez-Madera, S., & Santiago-Negrón, S. (2010). La seguridad ciudadana: Del modelo reactivo al enfoque preventivo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 62-84.
- Rodríguez-Madera, S., & Santiago-Negrón, S. (2012). La seguridad ciudadana: Del modelo reactivo al enfoque preventivo. En S. Rodríguez-Madera, y S. Santiago-Negrón (Eds.), *La violencia opciones para su mitigación* (pp. 13-38). San Juan: Terranova Editores.

- Santiago-Negrón, S., & Albizu-García, C. (2003). ¿Guerra contra las drogas o guerra contra la salud? Los retos para la salud pública de la política de drogas de Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal*, 22 (1), 49-59.
- Santiago-Negrón, S., & Albizu-García, C. (2007). El impacto del estigma en el tratamiento de la dependencia a drogas ilegales. En N. Varas y F. Cintrón (Eds.), *Estigma y salud en Puerto Rico: Consecuencias detrimenales de lo alterno* (pp.73-100). San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Serrano, S. (2012). La incorporación de la violencia en los discursos feministas: Una mirada a la relación estado/derecho y feminismo. En S. Rodríguez-Madera y S. Santiago-Negrón (Eds.), *La violencia opciones para su mitigación* (pp. 187-115). San Juan: Terranova Editores.
- Serrano-García, I, Carvallo, V., & Walters, K. (2009), Reflexiones sobre valores en Psicología Comunitaria: Adiestramiento ¿para qué? En F. Cintrón, E. Acosta, y L. Díaz (Eds.), *Psicología Comunitaria: Trabajando con comunidades en las Américas*, (pp. 227-254). Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Stafford, M.C., & Scott, R. R. (1986). Stigma deviance and social control: Some conceptual issues. In S. C. Ainsley, G. Becker, & L. M. Coleman (Eds.) *The Dilemma of Difference* (pp. 77-94). Nueva York: Plenum.
- Tucker, J.S., D'Amico, E. J., Wensel, S. L., Golinelli, D., Elliot, M.N., & Wilhamson, S. (2005). A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 35-43.
- Trulsson, K., & Hedin, U. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: A female perspective. *International Journal of Social Welfare*, 13, 145-157.
- Varas-Díaz, N., Malavé-Rivera, S., & Cintrón-Bou, F. (2008). AIDS stigma combinations in a sample of Puerto Rican health professionals: Qualitative and quantitative evidence. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 27 (2), 147-157.
- Varas-Díaz, N., Santiago-Negrón, S., Neilands, T., Cintrón-Bou, F., & Malavé-Rivera, S. (2010). Stigmatization of illicit drug use among Puerto Rican health professionals in training. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 29 (2), 118-125.
- Valle-Ferrer, D. (2007). La opresión contra las mujeres en la familia: Violencia doméstica y resistencia. En R. Rosa Soberal (Ed.), *La diversidad cultural: Reflexión crítica desde un acercamiento interdisciplinario* (pp. 205-228). San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Vaughn, T., Sarrazin, M.V., Saleh, S.S., Huber, D.L., & Hall, J.A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 387-397.
- Potter, J. & Wetherell, M., (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En A. Gordo y J. L. Lianaza (Eds.), *Psicologías, discursos y poder* (pp-63-78). Madrid, España: Visor.
- White, J. W., Bondurant, B., & Brown-Travis, C. (2000). Social constructions of sexuality: Unpacking hidden meanings. In C. Brown-Travis & J. W. White (Eds), *Sexuality, society and feminism* (pp.11-33). Washington DC: American Psychological Association.
- Wood, L.A., & Kroger, R.O. (2000). *Doing discourse analysis: Methods for studying action in talk and text*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.