

Júlia Fort Calvet

**L'ESTIGMATITZACIÓ SOCIAL ASSOCIADA A LES PERSONES
DROGODEPENDENTS**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per Anna Huguet Roselló

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

Resum

L'estigma fa referència a un atribut que posseeix una persona i que la desacredita (Goffman, 1963). Els factors que es poden relacionar directament amb la formació i predisposició a l'estigma vers el col·lectiu de persones drogodependents, són el context històric, la familiaritat amb la malaltia i variables sociodemogràfiques com l'edat, el gènere, el sexe i el nivell socioeconòmic. El principal objectiu d'aquest estudi és avaluar la possible relació entre les variables sociodemogràfiques esmentades i el nivell d'estigmatització associat a les persones drogodependents, així com descriure les conductes estigmatitzants que la conformen, a través d'administrar el qüestionari AQ-27-E (*Attribution Questionnaire* versió espanyola) (Muñoz, Guillén, Pérez i Corrigan, 2015), a la població general major d'edat. El present estudi ha obtingut una mostra de 152 participants (N=152). Els resultats generats reflecteixen diferències significatives en el nivell d'estigma quan es tracta del nivell socioeconòmic i conèixer a una persona propera amb problemes de drogoaddicció.

Paraules clau: estigma, conductes estigmatitzants, variables sociodemogràfiques

Abstract

Stigma refers to an attribute that a person possesses and discredits him or her (Goffman, 1963). The factors that can be directly related to the formation and predisposition to the stigma associated with drug addicts are the historical context, the familiarity with the disease, and sociodemographic variables such as age, gender, sex, and the socioeconomic level. The main objective of this study is to evaluate the possible relationship between the sociodemographic variables mentioned above and the level of stigma associated with drug addicts, as well as to describe the stigmatizing behaviours that make it up. The study was conducted through the application of the AQ-27-E (*Attribution Questionnaire* Spanish version) (Muñoz, Guillén, Pérez and Corrigan, 2015) to the general adult population and it obtained a sample of 152 participants (N=152). The results generated reflect significant differences in the stigma level when dealing with the socioeconomic level and having someone close with drug addiction problems.

Keywords: Stigma, stigmatizing behaviours, sociodemographic variables

Índex

1.Introducció	6
1.1. Què És l'Estigma?.....	6
1.1.1. Estigmatització Associada a la Drogodependència.....	7
1.2. Factors Relacionats amb l'Estigmatització Associada a la Drogodependència	10
1.2.1. Variables Sociodemogràfiques.....	10
1.2.1.1. Edat.....	10
1.2.1.2. Gènere i Sexe.....	11
1.2.1.3. Nivell Socioeconòmic.	12
1.2.2. Entorn Familiar en Persones Drogodependents.....	12
1.2.3. Context Històric.....	14
1.3. Conseqüències que se'n Deriven de l'Estigmatització Associada a les Persones Drogodependents	17
1.4. Implicacions Actuals de l'Estudi de l'Estigmatització Associada a les Malalties Mentals	19
2. Objectius i Hipòtesis.....	22
3. Metodologia	23
3.1. Procediment.....	23
3.2. Mostra.....	24
3.3. Instruments.....	26
3.4. Pla d'Anàlisi	27
4. Resultats.....	29
5. Discussió.....	40
6. Conclusions	45
7. Bibliografia	46
8. Annexos.....	50

1.Introducció

1.1. Què És l'Estigma?

La societat tendeix a categoritzar a les persones i els seus atributs segons el que es considera com a corrent i el que no. D'aquesta manera, diferenciem els diferents individus segons la seva identitat social.

L'estigma fa referència a un atribut que posseeix una persona i que la desacredita (Goffman, 1963). A l'antiga Grècia, els grecs utilitzaven marques al cos, per senyalar a les persones que havien comés algun crim o delictes, perquè d'aquesta manera, es podessin distingir. Avui en dia, parlaríem d'estigma quan ens referim a una identitat social que queda infravalorada i que repercuteix sobre un grup d'individus concret.

Un concepte estrictament relacionat amb l'estigmatització és la pertinença en un grup. Aquesta es crea a través del propi funcionament grupal, el qual permet que els membres s'identifiquin amb les seves característiques, li donin un nom i es comportin segons les normes establertes, que acabaran guiant les diferents relacions. Un grup minoritari és considerat quan es perceben unes creences que són diferents a les de la resta (que suposen ser la majoria).

En els casos més extrems d'estigma aquestes persones arriben a ser excloses moralment de la societat, generant un impacte emocional negatiu (com por o odi) vers aquest col·lectiu. Per tant, en el moment que una persona pateix estigmatització, automàticament se la relaciona amb una sèrie de disposicions personals negatives. A més, la societat l'acaba considerant com una persona il·legítima i la seva conducta és percebuda com amenaçadora.

Goffman (1963) parlava de 3 tipus d'estigmes: les deformacions físiques, els defectes en el caràcter que poden ser percebuts com la falta de voluntat o honestat, i els estigmes tribals, de raça, de nació o religió.

Per altra banda, per ell (Goffman, 1963) les persones "normals" eren les que no s'apartaven negativament de les expectatives particulars, és a dir, del que s'espera d'ells.

Una de les conseqüències que es generen quan una persona que pateix un estigma i una que no es troben, és que la persona estigmatitzada no sap com serà percebuda i definida, ja que, el fet que pateixi un estigma produeix que les persones puguin definir-lo en funció d'aquest.

A més, l'estigma també pot arribar a generar encobriment. Quan una persona que és considerada com a "normal" posseeix un atribut que pot fer-la sortir d'aquest estatus, tendeix a encobrir-lo, portant-la a viure una "doble vida". Aquest encobriment pot portar conseqüències psicològiques fortes.

Per altra banda, Goffman (1963) parlava d'un grup d'individus anomenats "savis" els quals deia que eren un grup de persones, que la seva situació els havia portat a informar-se sobre la vida dels subjectes estigmatitzats, i que aquest fet, els hi permetia simpatitzar amb ells arribant a l'acceptació i la inclusió grupal.

Finalment, cal aclarir que l'estigma, no implica dos conjunts d'individus concrets considerats com "normals" i "estigmatitzats". Sinó que, aquests dos conceptes es refereixen a perspectives. El fet que un atribut acompanyi de forma duradora a una persona, aquesta, pot arribar a convertir-lo en un estereotip, i presentar-se d'aquesta manera en totes o quasi totes les situacions socials. Però, cal entendre que aquests atributs no determinen la naturalesa dels rols, sinó que és la freqüència amb la que s'actua amb un o l'altre.

1.1.1. Estigmatització Associada a la Drogodependència

Fent referència als tipus d'estigma que Goffman (1963) definia, la drogodependència es troba en el segon grup, és a dir, aquell estigma relacionat amb els defectes presents en el caràcter.

Touzé i Rossi (2001), van desenvolupar 4 estereotips associats a la droga: El primer, fa referència al propi concepte de droga. És important tenir en compte que és la pròpia societat qui determina què és i no és la droga. I per aquest motiu, el coneixement i la lògica sociocultural, passa per damunt de la científica. Avui en dia, són vistes com a substàncies altament perilloses.

Tot i que, n'hi ha d'altres que no es perceben com a tal, com poden ser els fàrmacs, el tabac, o l'alcohol, pel fet que són legals. Per tant, és la societat qui ho determina.

El segon, és el que ells definien com el "fetitxisme de la substància", on la droga s'identifica com una entitat a la qual se li assignen capacitats contaminants, que poden amenaçar a la població sana. Per aquest motiu, la drogodependència és percebuda com una malaltia, ja que d'aquesta manera, es permet tranquil·litzar a la societat en general. En aquest cas, la droga és vista com la causant de la patologia, atribuint la causa a un element extern. Per tant, els esforços aniran dirigits a identificar-lo, aïllar-lo i destruir-lo.

El tercer estereotip pretén definir la droga com una actitud individual o col·lectiva que pretén oposar-se a la societat. Marconi (1997), deia que per aquest motiu, les persones drogoaddictes sempre eren representades com a homes joves, heroïnòmans, que no acceptaven les normes socials i que per aquest motiu cometien actes il·legals i de delinqüència. Perquè la problemàtica, era percebuda com una actitud personal i no com a una dificultat.

Per últim, cal destacar l'estereotip associat a la imatge de l'usuari que consumeix drogues. La persona drogodependent ha estat sempre definida com algú despreocupat respecte la seva pròpia salut, i que tal despreocupació el condueix cap a una degeneració, física, psíquica i moral.

Un dels factors que contribueixen a l'establiment de tal estigma, són els mitjans de comunicació. Ja que aquests, en múltiples ocasions, generen i mostren informació esbiaixada per un cert sector ideològic. Des de sempre, la imatge de la drogodependència ha estat mostrada des d'una postura sensacionalista, on la malaltia era mostrada com a diabòlica, generant d'aquesta manera reaccions de rebuig i falta de solidaritat (Prats, 1997). Es difonien informacions contraries als veritables esdeveniments, contribuint d'aquesta manera a l'extensió del problema (Gamella, 1990).

Un altre tema a tenir en compte són les actuacions polítiques i la seva relació amb el control social. Alemany i Rossell (1981), afirmaven que davant d'un determinat fenomen que afecta a la població, existeix una correlació directa entre les actituds i les lleis i recursos socials que es creen.

En aquest sentit, les respostes penals i judicials que s'articulen al voltant de certes actituds, i en conseqüència, de certs col·lectius, afavoreixen una determinada visió i perspectiva vers aquests (Pérez Madera, 2000).

Carlos González Zorrilla (2001), descriu una sèria d'etapes en el procés d'establiment d'actitud i opinions vers el col·lectiu de persones drogodependents:

En una primera fase, la persona que consumeix drogues és vista com un enemic polític, i el consum s'interpreta com una acció de rebel·lia que qüestiona l'ordre social establert. La resposta que es dona en aquesta fase és la penal: la presó ha de ser imposada com a mecanisme de control.

En una segona, el consum comença a associar-se amb col·lectius de persones que habiten zones marginals, i les seves conductes comencen a percebre's com a desviades. La persona consumidora de drogues, és vista com algú perillós per la seguretat pública. Per aquest motiu, la resposta de la societat ha de ser la reeducació i recuperació social, que ha de ser realitzada a través d'hospitals psiquiàtrics, comunitats, etc.

En una tercera i última fase, es contraposen les dues visions anteriors "traficant-delinqüent" on el seu lloc es troba a la presó, i la de "usuari-malalt" que necessita recuperar-se a un hospital psiquiàtric. Per tant, pel primer les mesures que s'imposaran seran penals, mentre que pel segon, se seguirà una via terapèutica. És en aquest punt quan es divideix la perspectiva respecte el que es considera una persona drogodependent, i es generen opinions diverses.

Un altre punt important a destacar, són els interessos institucionals que contribueixen a generar diferències respecte el què es percep com a droga i el què no. El fet que substàncies com l'alcohol, el tabac o els fàrmacs siguin legals, és perquè a nivell econòmic, les indústries alcohòliques i farmacèutiques, suposen un suport important (Alemany i Rossell, 1981). És per aquest motiu que problemes com l'alcoholisme, queden infravalorats, tot i representar un important problema en la societat actual (Rodríguez Cabrero, 2001).

Finalment, cal comentar, que el context social, històric i cultural, també hi influeix de manera directa (Molina, Carrión y Gallego, 1995).

1.2. Factors Relacionats amb l'Estigmatització Associada a la Drogodependència

Quan parlem de l'estigmatització associada al col·lectiu de persones drogodependents, hi ha una sèrie de factors amb els quals aquesta es pot relacionar. Investigacions prèvies han pogut concloure gràcies als seus estudis, que els factors que poden predir l'adherència a actituds estigmatitzants vers aquest col·lectiu, són la familiaritat amb la malaltia, el nivell socioeconòmic, la professió i les variables demogràfiques com l'edat, el sexe i el gènere (Smith i Cashwell, 2011; Taylor i Dear, 1981). El present estudi ha volgut continuar amb aquesta tendència, i per tant estudiar i avaluar els factors esmentats.

1.2.1. Variables Sociodemogràfiques

1.2.1.1. Edat.

Diversos estudis han demostrat que l'edat pot ser un factor influent a l'hora de generar conductes estigmatitzants (ex., Angermeyer i Matschinger, 2003; Van Dorn, 2005). Un dels més importants va ser realitzat per Corrigan (2012), on, amb una mostra de 38.364 participants de 14 països diferents, va veure que les intervencions de tipus educacional per combatre les conductes estigmatitzants, eren molt més efectives en adolescents que en persones adultes, perquè aquestes últimes, presentaven una major resistència de pensament i per tant, hi havia més probabilitat que tot i haver participat en el procés d'intervenció seguisin desenvolupant conductes associades a l'estigma. Gràcies a aquest estudi, també es va poder determinar que l'educació i el contacte amb col·lectius amb risc d'exclusió, són els factors més efectius a l'hora de reduir i produir canvis en les conductes estigmatitzants. Estudis posteriors van recolzar aquests resultats (Griffiths, 2014).

Avui en dia, la població més jove creix amb diverses representacions sobre alguns col·lectius i problemàtiques com poden ser les malalties mentals, que contribueixen a una major visualització i coneixement. A més, l'any 2015, per tal d'intentar disminuir i eliminar l'estigmatització vers aquestes malalties entre la població general, molts departaments d'educació (sobretot a Estat Units) van decidir implementar programes de formació i ensenyament.

A més, un altre factor que es relaciona de forma directa amb l'edat, és la utilització de les xarxes socials, mitjà pel qual també s'intenten impulsar campanyes contra l'estigmatització. S'ha vist que el 77% d'entre la població de 16-24 anys utilitza xarxes socials, mentre que només un 36% de la població major de 45-54% les utilitza (ONS, 2018). Per tant, també explicaria perquè l'edat pot ser un factor influent a l'hora de presentar conductes estigmatitzants.

Altres estudis més recents, (ex., YMCA, 2016) demostren però, un possible canvi de tendència, ja que, tot i que la població juvenil segueix rebent una major visualització, educació i apropament vers certs col·lectius, també s'ha vist que existeix una major pressió social, la qual inclou les aparences i l'ús d'etiquetes, que contribueix que un individu actuï en contra dels seus valors, per tal de poder ser vist amb una millor mirada pel seu grup de pertinença (YMCA, 2016). Per tant, avui en dia, podria ser que l'edat no fos un factor tan determinant a l'hora de presentar aquestes conductes, a causa d'aquest nou canvi de tendència, que caldrà seguir investigant.

1.2.1.2. Gènere i Sexe.

La campanya *Time to Change* (2015), va informar sobre les diferències significatives de gènere que havia trobat en els comportaments vers alguns col·lectius en risc d'exclusió. Deien que les persones identificades amb el gènere femení es mostraven amb un caràcter més entenedor i comprensiu, menys cruel i presentaven menys conductes d'exclusió. Aquesta tendència, també va ser demostrada per altres autors (Leon i Zachar, 1999; Hinkelman i Granello, 2003). Per altra banda, però, també es va veure que presentaven un comportament socialment més restrictiu.

Kivari (2009) va veure que les diferències de gènere eren especialment significatives quan es tractava de conductes considerades com a negatives i no tant quan eren positives. També, va determinar que el gènere masculí era considerat com un fort predictor a l'hora de presentar actituds negatives, i que en el cas del gènere femení, hi havia una major adherència a les positives, com promoure la visibilitat i la comunicació.

Cal especificar, que en varis estudis es van presentar inconsistències respecte els resultats a l'hora de mesurar aquesta variable com a predictora de comportaments estigmatitzants, perquè no la diferenciaven entre sexe i gènere (ex., Hinkelman i Granello, 2003; Wendt i Shafer, 2016). El gènere és considerat com un constructe social que no es deriva directament del sexe de la persona, sinó de la seva identitat, i el sexe és allò que generalment es determina pels òrgans reproductors (a nivell fisiològic). Per tant, estudis recents (Brooke Reimer, 2019) han demostrat que, el factor que influeix a nivell conductual, no és el sexe, sinó el gènere amb el qual el participant se sent identificat. Per tant, cal aclarir que quan es tracta del sexe, no existeixen diferències significatives associades a les actituds vers certs col·lectius, però si quan es parla de gènere, on, en aquest cas, les persones que presenten una major adherència al gènere masculí, tendeixen a presentar més actituds considerades com a negatives.

1.2.1.3. Nivell Socioeconòmic.

Actualment, existeixen pocs estudis que determinin la variable socioeconòmica com un factor associat a la percepció de l'estigma cap a les persones drogodependents. Tot i així, existeixen 3 estudis principals (Stefani, 1984; Garcia-Silberman 1993, 1998), que van concloure a partir de realitzar una comparació poblacional de diferents subgrups econòmics i educacionals, que aquelles persones que presentaven un major nivell educatiu i econòmic, mostraven actituds més positives i per tant una percepció de l'estigma menor. Aquesta tendència va ser confirmada per estudis posteriors (Peluso i Blay, 2004) i pot ser explicada pel fet que, en nivells socioeducatius més alts, hi ha una major consciència de correcció per l'accés a una major informació i coneixement.

1.2.2. Entorn Familiar en Persones Drogodependents

L'entorn familiar d'una persona drogodependent, mostra tenir un paper fonamental a l'hora de determinar com aquest individu experimenta el trastorn. I és important comentar que, entre d'altres factors, també està condicionat per l'estigma.

L'estudi realitzat l'any 2012 per l'ADFAM (*Families, drugs and alcohol, challenging stigma*) (ADFAM, 2012), mostrava que, quan se'ls hi preguntava als participants si serien capaços de viure amb una persona amb un diagnòstic psiquiàtric, només el 9%, deia que no. En canvi, aquesta xifra augmentava al 43%, quan es tractava d'un diagnòstic relacionat amb el consum. Aquest estudi també es dirigia als familiars de les persones que patien drogodependència. Alguns resultats significatius van ser:

El 23% deia que les persones no es tornarien drogoaddictes si es tingues un bon entorn familiar, incloent bons pares/mares.

Una de cada tres persones que va realitzar l'enquesta, va dir que els pares serien irresponsables si deixessin que els seus fills juguessin amb una persona que presenta problemes o antecedents d'addicció.

La literatura actual, per tant, mostra que no només les persones que presenten algun problema d'addicció són estigmatitzades, sinó que també els seus familiars i relatius. L'ús de les drogues pot comportar un impacte negatiu a l'entorn social de la persona amb problemes de consum, cosa que provoca sentiments de culpa i vergonya, així com tendència a l'aïllament social per evitar reaccions negatives i estigmatitzants.

Actualment, els tractaments dirigits a tractar els problemes de consum, també engloben a les famílies, donat que així, poden arribar a comprendre el què realment és el trastorn i la dificultat que suposa recuperar-se'n. D'aquesta manera les famílies aconseguixen la força necessària per ajudar al/s seu/s familiar/s i la determinació per fer front a les possibles recaigudes. Per tant, un dels factors que determina com la família encararà la problemàtica, és també el grau que aquest se sent recolzada.

En conclusió, és necessari treballar per disminuir l'estigma associat a la drogodependència, pel fet que (a part de les persones afectades) les famílies, puguin sentir-se còmodes i sense judicis, per tal que puguin buscar l'ajuda i el suport que necessitin, i d'aquesta manera, promoure una major implicació durant el procés terapèutic.

1.2.3. Context Històric

El context històric ha resultat ser un factor especialment rellevant per a la formació i origen de l'estigma associat a la persona drogodependent, donat que al llarg de la història la definició de droga ha patint canvis, i amb ella, la seva conseqüent visualització. Alguns dels moments més claus per al desenvolupament d'aquest estigma, va ser quan organitzacions com la OMS o la FDA (*Food and Drug Administration*) (1966) van començar a postular els efectes negatius que aquestes substàncies tenien per l'organisme, de manera que va promoure una visió negativa cap aquestes, i conseqüentment, pels seus consumidors. A més, hi ha hagut varis períodes històrics arreu del món, que han estat classificats com les "crisis de les drogues" destacant entre aquestes, la crisis de la ginebra a Anglaterra (1720-1758), la de l'opi a la Xina (1799-1949) o la de l'heroïna a Espanya (1977-1992), que han comportat fortes conseqüències i reaccions que han contribuït a la formació de l'estigma vers les persones drogodependents, ja que han generat una intensa alarma social, arribant a nivells de pànic (Cohen, 1972). És des d'aquests moments que l'ús de les drogues es percep com a una amenaça contra l'ordre social que s'ha d'atendre i erradicar. Per tant, aquest estudi ha pres en consideració el context històric com a un factor rellevant pel desenvolupament de l'estigma estudiat, i per aquest motiu, s'explica a continuació:

La història de les addiccions i la drogodependència va totalment lligada a la història de l'home en general. Tot i així, el moment més destacable va ser l'època *hippie*.

L'any 1943, Albert Hofmann va descobrir accidentalment els efectes de la Dietilamida d'àcid lisèrgic, o més conegut com LSD. Aquesta substància, durant els anys 50, va ser utilitzada com un nou fàrmac utilitzat sobretot en el camp de la psicologia, com a eina terapèutica. LSD, a part de ser utilitzat com a fàrmac, també es va començar a utilitzar per tenir un apropament i un contacte més espiritual, transcendent els límits de la sensibilitat.

El 1966, es pot considerar el moment en el qual el moviment *hippie* es va expandir, coincidint justament amb la prohibició del LSD als Estats Units.

Va ser en aquest punt, quan les accions de qui en consumien, es van començar a encarar cap a la recerca d'aquesta substància, doncs en el moment comptava amb més de 4 milions d'usuaris. També cal destacar, que va ser en aquesta època quan organitzacions com la OMS (Organització Mundial de la Salut) o la FDA (*Food and Drug Administration*) van començar a postular la inutilitat terapèutica que tals substàncies presentaven (contradient així els propis descobridors) i els efectes perjudicials i letals que podien arribar a tenir per la salut. Va ser en aquest punt quan, donada la il·legalització del LSD, es va formar un mercat negre per poder-lo vendre.

Un altre dels motius pels quals el moviment *hippie* va promoure l'estigmatització d'aquest col·lectiu i els consumidors d'aquesta substància, va ser els múltiples crims i assassinats que es van cometre sota els efectes d'aquest àcid, que justament es relacionava de forma directa amb els *hippies*. El cas més destacable va ser el de Charles Manson. Per tant, l'odi cap aquesta substància va créixer de forma molt notable. També, com s'ha comentat anteriorment, va ser el discurs mèdic, qui també hi va contribuir, donat que van aportar noves evidències científiques que demostraven tots aquells efectes perjudicials que podia comportar per la salut. Va ser en aquest moment, als inicis de la dècada dels 70, quan el moviment *hippie* i el consum de LSD, van començar a disminuir i pràcticament, desaparèixer.

Posteriorment, va ser entre els anys 1969 i 1977 a EEUU, quan es va iniciar un dels períodes més fatídics de la història de les addiccions fins l'actualitat. De fet, va ser un període considerat com "la crisi de les drogues", on l'heroïna, en va ser la protagonista. Aquesta crisi va aparèixer principalment, per l'expansió de l'ús de l'heroïna, sobretot, per via intravenosa, de forma compulsiva i sense cap mena de control ni seguretat.

L'any 1978, el seu ús es va començar a expandir cap a Europa. De fet, a Espanya, va ser especialment notable, doncs va ser un dels països amb una major intensitat, pitjors conseqüències i un gran nombre de persones afectades. Aquest fet va provocar que hi hagués una forta transformació respecte com es percebien les drogues i els seus efectes.

La crisi espanyola (provocada per les drogues) es considera que va durar des del 1977 fins el 1992. La primera etapa d'aquesta crisi se situa entre els anys 1977 i 1978, quan van aparèixer els dos primers consumidors, i l'atenció i expectació pública es va centrar sobretot en aquesta substància. A més, entre els anys 1979 i 1982, l'expansió ja havia arribat a nivells considerats com epidèmics. L'any 1987, va ser quan va haver-hi un canvi de tendència, perquè els valors van començar a disminuir. Això va ser perquè els usuaris de tal substància, van començar a consumir-la a través de fumar, i no per via intravenosa, perquè van considerar que era menys perillós. Aquest fet es va deure a la creixent taxa de mortalitat que va aparèixer per culpa de malalties infeccioses com la sida o l'VIH. Aquestes es contreien donat que les pràctiques a l'hora de consumir entre les diferents persones eren especialment de risc, i s'arribaven a compartir material, passant per alt les possibles conseqüències que aquest acte podia tenir. A part dels entorns i les condicions ambientals on consumien, que tampoc eren adequades ni segures.

En els últims anys, sobretot a partir de 1991 i 1992, la crisi ha començat a perdre potencia, ja que cada vegada es presenta una taxa menor de heroïnòmans. Tot i així, s'estan començant a veure nous efectes provocats per altres drogues com la cocaïna, l'alcohol, o les conegudes com "drogues de disseny", que poden estar preveient noves epidèmies.

Donada aquesta crisi i les seqüeles que aquesta ha deixat, l'heroïna, i en sí, les drogues, s'han convertit en un dels problemes socials més temuts. Tant per la inseguretat que provoca, com per la seva associació amb malalties com la sida/VIH.

En l'actualitat, una de les conseqüències que es perceben encara d'aquesta crisi, són fets com: una visió totalment centrada en l'heroïna, deixant de banda altres drogues amb un potencial igual de perillós; molta investigació i el sorgiment de múltiples experts en el tema; i una filosofia molt més preventiva, amb la formació de nous tractaments, xarxes de voluntariat, noves formes de publicitat i promoció de nova informació, entre moltes altres mesures, per evitar que pugui tornar a passar el mateix, en memòria, també, de totes aquelles víctimes que aquesta crisi va comportar.

1.3. Conseqüències que se'n Deriven de l'Estigmatització Associada a les Persones Drogodependents

Les conseqüències que se'n deriven a l'hora de patir un estigma són diverses. En les persones drogodependents, algunes de les que es presenten són: una major falta d'interès i motivació a l'hora de buscar ajuda (perquè senten que no els hi prestaran), por i problemes amb l'autoritat, o que se'ls associï amb estereotips com la delinqüència, la falta de salut mental i la contracció de malalties infeccioses com l'VIH/la sida, l'hepatitis o la tuberculosi.

Aquesta estigmatització no només afecta a les persones que consumeixen abans d'iniciar un tractament, sinó que també hi afecta durant tot el procés i després d'aquest.

Altres estereotips associats a la drogodependència són la violència, el tràfic de drogues, i la prostitució (sobretot en el cas de les dones) (Mota, Noto i Santos, 2014).

A més, es tendeix a creure que les persones drogoaddictes són responsables de la seva situació i que a més en tenen el control. En conseqüència, aquest tracte discriminatori, produeix una baixa adhesió al tractament, així com reiterats abandonaments, sobretot a l'inici (Mota, Noto i Santos, 2014). Per aquest motiu, és necessari que els professionals que treballin amb aquesta malaltia, intentin eliminar tot estigma que tinguin vers aquest col·lectiu, per tal de poder brindar la millor atenció possible, i d'aquesta manera pugui millorar la qualitat de vida de les persones amb qui treballen (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel i Garretsen, 2013).

El procés d'estigmatització també implica la coacció vers les persones d'un col·lectiu. D'aquesta manera, tant la societat com l'entorn més proper de la persona afectada, es creu amb el poder de poder decidir sobre el procés que la persona ha de seguir. Per aquest motiu, una de les conseqüències que se'n deriven és la pèrdua de control.

A més, un altre factor a tenir en compte és el fort rebuig, i en conseqüència, marginació que se'n deriva. I justament és aquesta, la que produeix un efecte advers i negatiu vers el procés terapèutic.

Això passa perquè els humans actuem de forma racional, valorant totes les amenaces i beneficis que una situació ens pot comportar, i el fet que el tractament comporti ser etiquetat com una persona malalta, i les conseqüències que se'n deriven com el propi estigma, provoca rebuig.

Altres que poden aparèixer, són les dificultats laborals. L'estigmatització provoca l'aïllament d'aquest col·lectiu, i en conseqüència, no se'ls hi brinda les mateixes oportunitats que algú que no hi forma part. Una persona drogodependent, pot arribar a creure i arribar a la conclusió, que serà una persona parada durant un llarg període de temps, únicament per la seva situació. Passa el mateix amb les ajudes assistencials, ja que, donat que ens els centres de salut primària, alguns professionals actuen en consonància amb aquest estigma, les persones amb problemes d'addiccions creuen que no són mereixedores de tal ajuda.

També són destacables les conseqüències relacionals, donat que, en pensar que podran ser rebutjats, es dificulta el poder establir llaços fora d'un entorn de consum.

L'autoestigma, també apareix quan les persones que pateixen un estigma són conscients dels prejudicis i la discriminació que pateixen. Per altra banda, però, alguns estudis mostren que no tots pateixen tal autoestigma, sinó que algunes persones afirmen tenir l'autoestima més elevada, com a forma de reacció a l'estigmatització que pateixen (Arnaiz i Uriarte, 2006). Per tant, el fet que alguns mostrin indignació vers aquest estigma, i altres es mostrin indiferents i inclús en surtin reforçats, es coneix com "la paradoxa de l'autoestigma i la malaltia mental". Les persones que no s'identifiquen amb estigma, tenen més probabilitats de mostrar-se indiferents vers aquest.

També, un factor que influeix a l'hora de com percebre un estigma és en funció de si creiem que les conductes que es duen en conseqüència, són legítimes o no. Aquell individu que cregui que les accions realitzades són legítimes, tendirà a presentar una autoestima i autoeficàcia menor. En canvi, si es pensa el contrari, i mostren indignació cap aquestes actituds, tendiran a enfortir-se, per tal de reivindicar els seus drets i millorar les ajudes i la qualitat dels serveis.

L'estigma també pot produir, que la persona que pateixi la malaltia, se senti cohibida i no reveli la seva situació de forma natural. El fet de revelar tal informació, pot comportar tant beneficis, com un augment de l'autoestima i una disminució de l'estrès associat a portar la malaltia en secret, com costos, com poden ser la desaprovació social. Aquesta revelació dependrà molt del context, del sentit d'identitat que tingui la persona, i de la seva pròpia valoració dels costos i beneficis que li pot comportar.

A més, aquelles persones que pateixen les conseqüències de l'estigma, però tracten d'evitar-les, se les anomena "consumidors potencials". Són conscients dels prejudicis que hi ha sobre el col·lectiu i no volen ser vistos com a tal. Alguns resultats que se'n deriven, com s'ha comentat anteriorment, és el fet no accedir al tractament, per evitar que se'ls etiqueti com a tal.

Per tant, i com a forma de conclusió, es pot dir que l'estigma públic, té un fort impacte sobre moltes persones que pateixen drogodependència, sobretot quan s'arriba a l'autoestigma, ja que aquesta comporta fortes conseqüències sobre l'autoestima i la socialització. També, pot afectar a aspectes essencials com el treball, l'accés a l'habitatge i/o l'atenció sanitària. És per aquest motiu que, amb eines com l'educació, la protesta, i l'apropament i contacte amb aquest col·lectiu, s'ha de lluitar contra l'estigmatització.

1.4. Implicacions Actuals de l'Estudi de l'Estigmatització Associada a les Malalties Mentals

Estudiar els processos d'estigmatització, comporta una seria d'implicacions, les quals acaben fomentant canvis socials, així com promoure noves vies d'investigació.

La drogodependència, en ser una malaltia mental, es troba sota els efectes de l'estigma associat a aquesta. Per tant, aquest punt parlarà sobre quines són les implicacions i el coneixement actual que se'n deriva de l'estudi de l'estigmatització associada a la malaltia mental, en general, i quines són les estratègies que tenim per tal de combatre'l.

El fet d'estudiar l'estigmatització associada a un col·lectiu, implica conèixer-ne tota la informació que l'engloba. Per aquest motiu, tot i que la informació per si sola no garanteix canvis efectius ni segurs en les actituds, és necessari poder aportar informació adequada i contrastada, per tal de poder-se integrar en els processos educatius i aportar nous coneixements (Wolff, 1997). També és necessari intervenir en els sistemes de comunicació a l'hora de transmetre la informació, donat la forta capacitat que tenen per generar reaccions emocionals tant positives com negatives. Per tant, cal que la informació que es transmeti, sigui correcta i menys sensacionalista (Corrigan, 2005).

Gràcies a l'estudi de les actituds i del coneixement actual, s'ha vist la necessitat de seguir treballant sobre la informació científica que envolta les malalties mentals i sobre els seus tractaments, per tal d'evitar la seva relació amb certs estereotips i temors que s'han vist fins el moment (Corrigan i Watson, 2004).

A més, el fet de promoure informació sobre un col·lectiu, implica també facilitar-ne la interacció i els contactes socials amb el mateix. Fet, que ha resultat ser el més indicat per canviar, no només les creences, sinó també els sentiments i les conductes associades.

Per tant, és necessari seguir integrant les persones que pateixen algun problema de salut mental, per tal que puguin accedir a les mateixes oportunitats tant assistencials, laborals, d'habitatge, etc., que la resta.

Una altra estratègia que avui en dia se sap que pot resultar efectiva per combatre l'estigma, és la protesta, sobretot si es realitza de forma conjunta amb la intervenció professional i el poder públic (Shih, 2004).

També, és necessari eliminar tots aquells factors que resulten ser reforçadors de tals estigmes, sobretot, tots aquells relacionats amb el sistema tradicional. Per exemple, substituint les institucions psiquiàtriques que tendeixen a promoure l'aïllament social dels seus usuaris, per xarxes de serveis comunitaris, integrades en el sistema sanitari i social públic (López i Laviana, 2007).

És necessari aclarir, que actualment es compta amb un coneixement molt més ferm i contrastat en relació als processos d'estigmatització, però encara se n'ignora una gran part. Per aquest motiu, és necessari desenvolupar noves vies d'investigació multidisciplinària, sobretot per seguir estudiant la complexitat dels processos d'estigmatització i les conseqüències col·lectives i individuals que se'n generen, però sobretot també, per veure i mesurar l'efectivitat de les nostres intervencions.

Per tant, i com a forma de concloure aquesta introducció, cal destacar 3 punts importants de la mateixa:

La extensa definició i formació del concepte d'estigma, elaborat per Goffman (1963), el qual ens diu que l'estigma és un atribut que posseeix una persona i que la desacredita, i que a més, pot arribar a ser exclosa moralment de la societat, generant un impacte emocional negatiu (com por o odi).

Els factors que es poden relacionar directament amb la formació i predisposició a l'adherència a conductes estigmatitzants vers el col·lectiu de persones drogodependents, concretament, el context històric, la familiaritat amb la malaltia i variables sociodemogràfiques com l'edat, el gènere, el sexe, i el nivell socioeconòmic.

I les conseqüències que se'n deriven per a les persones que formen part d'aquest col·lectiu, sobre l'autoestima i la socialització (causades per l'autoestigma). O la dificultat a l'accés a aspectes essencials com el treball, l'habitatge i/o l'atenció sanitària.

És per aquest motiu que el present estudi, emfatitza la lluita contra aquesta problemàtica social, a través d'eines com l'educació, la protesta, i l'aproximament i contacte amb aquest col·lectiu, i a la importància de seguir investigant sobre aquest fenomen i les seves implicacions, esmentades també durant la present introducció.

2. Objectius i Hipòtesis

Els objectius principals d'aquest treball són:

- Descriure les conductes estigmatitzants que conformen l'estigmatització social associada a la drogodependència.
- Avaluar si existeix una possible relació entre les variables sociodemogràfiques de la població general major d'edat (i.e., l'edat, el gènere, el nivell acadèmic, la situació laboral i el nivell socioeconòmic actual), i les conductes estigmatitzants que conformen l'estigma social associat a les persones drogodependents.

Els objectius secundaris són:

1. Avaluar si el fet de tenir un familiar o conegut proper (amic/millor amic) té relació amb les conductes estigmatitzants vers aquest col·lectiu.
2. Avaluar si el fet de comptar amb estudis i/o professió/ns relacionades en l'àmbit de les ciències socials té relació amb la reproducció de conductes estigmatitzants vers aquest col·lectiu.
3. Observar si el fet de viure o no a Espanya té relació amb les conductes estigmatitzants vers aquest col·lectiu.
4. Avaluar si existeixen conductes estigmatitzants que prevalen per damunt d'altres.

Les hipòtesis corresponents al treball són:

1. Existeix una correlació positiva entre l'edat i les conductes estigmatitzants, on a major edat, majors conductes o pensaments estigmatitzants es presenten.
2. El gènere femení presentarà una menor estigmatització vers aquest col·lectiu.
3. Les persones que presentin un nivell socioeconòmic més alt en l'últim any, presentaran un menor nivell de conductes estigmatitzants.
4. El fet de no viure a Espanya presentarà diferències amb les persones residents a Espanya, donat que poden existir-hi influències culturals.

5. Els participants que treballin o tinguin estudis relacionats en l'àmbit de les ciències socials, presentaran un grau menor d'estigmatització, pel fet d'haver rebut una major educació i un major contacte amb les addiccions i drogodependències.
6. Les persones que afirmen tenir un familiar o un contacte estret amb una persona/es drogodependents, presentaran menors conductes estigmatitzants vers aquest col·lectiu.
7. Les conductes de responsabilitat o culpa, evitació i coacció, seran les que es presentaran en un major grau.

3. Metodologia

3.1. Procediment

El pas previ a l'administració del qüestionari ha estat l'obtenció del permís ètic, validat pel Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA). Un cop aconseguit, el qüestionari ha estat administrat via online, a través de les xarxes socials: *Whatsapp* i *Facebook*, on altres coneguts i contactes han pogut col·laborar mitjançant la seva participació i difusió. L'enquesta ha estat oberta durant un període de dues setmanes, compreses entre el 12 i el 26 d'abril.

El test en qüestió, comentat a l'apartat d'instruments, ha estat adaptat al format online a través del programa *Google Forms* per poder-lo passar a la població general de forma ràpida i senzilla. El qüestionari s'ha administrat en un sol idioma: el castellà.

L'estructura d'aquest ha constatat de 3 parts:

En una primera, s'ha introduït el qüestionari mitjançant una presentació on s'informa de les condicions del mateix, els riscos i beneficis que suposarà pel participant, i la seva duració (menys de 10 minuts).

En una segona, s'ha preguntat per les variables sociodemogràfiques de la població: edat, gènere, nivell escolar, nivell professional i situació laboral actual, nivell salarial durant l'últim any i país de residència.

Així com també, si es presenten estudis o alguna professió o professions, relacionades en l'àmbit de les ciències socials; i si coneixen alguna persona que pateixi algun problema d'addicció, i si aquesta, és un conegut proper com un amic, millor amic o un familiar.

Finalment, en una tercera i última part, es presenten les preguntes incloses en el test AQ-27-E (Muñoz, Guillén, Pérez i Corrigan, 2015), presentades en un format d'escala likert del 1 al 9, prèvia a una presentació per informar sobre les condicions de les preguntes.

3.2. Mostra

La mostra escollida per realitzar aquest estudi, ha estat la població general major de 18 anys. Per tant, el criteri d'inclusió per accedir a respondre el qüestionari ha estat ser major d'edat.

El qüestionari ha estat respost per un total de 152 persones (N=152), compreses entre la població general major d'edat. La mostra compren a persones d'entre 18 a 83 anys, identificades amb el gènere femení, masculí, no binari, i aquelles que han preferit no contestar.

De forma predominant, la majoria són residents a Espanya (amb un total de 137 respostes) i el 86% del total, presenta estudis de batxillerat/grau superior/tècnic especialista o estudis universitaris ja finalitzats. A nivell laboral, predomina la població empleada i estudiantil, representant el 73% del total; i el nivell salarial se situa en els 12000 euros (per any) de mitjana. Finalment, i deixant de banda les variables sociodemogràfiques de la mostra, el 71,1% (108 persones) ha indicat no presentar estudis o professió/ns relacionades amb l'àmbit de les ciències socials, i respecte si coneixen a una persona amb un problema de drogoaddicció, el 46,71% (71 persones) ha contestat de forma afirmativa.

La taula 1 que es mostra a continuació, indica les característiques de la mostra (de forma molt més detallada) en base als resultats obtinguts al qüestionari:

Taula 1

Taula de freqüències i percentatges de les dades de la mostra

Variable	Freqüència	%
Participació (N=152)	152	100%
Edat		
De 18 a 25 anys	89	58,55%
De 26 a 32 anys	25	16,48%
De 33 a 39 anys	5	3,29%
De 39 a 45 anys	6	3,95%
De 46 a 52 anys	5	3,29%
De 53 a 59 anys	10	6,58%
Més de 59 anys	12	7,89%
Gènere		
Femení	105	69,07%
Masculí	43	28,29%
No binari	1	0,66%
Prefereixo no contestar	3	1,97%
País de residència		
Visc a Espanya	137	90,1%
Visc fora d'Espanya	15	9,9%
Nivell de formació acadèmica		
Estudis primaris	6	3,97%
Estudis secundaris	11	7,24%
Estudis de grau mitjà	1	0,66%
Estudis superiors	79	51,97%
Estudis universitaris	54	35,53%
Altres	1	0,66%
Situació laboral		
Empleat/da	60	39,47%
Aturat/da	17	11,18%
Prejubilat/da	9	5,92%

Voluntari	0	0%
Estudiant	51	33,55%
De baixa	3	1,97%
ERTE	8	5,26%
Autònom	1	0,66%
Altres	3	1,97%
Nivell salarial anual		
Menys de 12.000	76	53,9%
Entre 12.001 i 18.000	28	19,9%
Entre 18.001 i 24.000	22	15,6%
Entre 24.001 i 30.000	7	5%
Entre 30.001 i 36.000	3	2,1%
Més de 36.000	5	3,5%
Ciències socials		
Si	44	71,1%
No	108	28,9%
Conèixer a algú amb problemes de drogoaddicció		
Si	71	46,71%
No	81	53,29%

3.3. Instruments

L'instrument utilitzat per a realitzar la recollida de dades ha estat la versió espanyola del qüestionari *Attribution Questionnaire*, més conegut com AQ-27. Aquest test va ser creat per Corrigan, Watson, Warpinski, i Gracia (2004), tot i que actualment ja comptem amb la versió validada del qüestionari en espanyol realitzada per Muñoz, Guillén, Pérez i Corrigan (2015).

Aquest test avalua l'estigmatització associada a les malalties mentals, i per poder-la mesurar utilitza 9 factors que fan referència a 9 constructes presents a l'estigma social. Aquests són: la culpa o responsabilitat, la ira, la llàstima, la por, l'evitació, la segregació i la coacció.

Cada factor està compost per 3 ítems. Per tant, l'escala conta amb 27 ítems totals, avaluats a través d'una escala Likert compresa de l'1 al 9.

La puntuació de cada factor s'obté sumant les puntuacions de cada ítem que el compon, indicant que, a major puntuació, major estigmatització social es presentarà vers aquest factor (Corrigan, 2012). La puntuació final del qüestionari pot oscil·lar entre el valor mínim, 3, i el valor màxim, que és 27. Una puntuació menor a 10 indica una puntuació baixa. Entre 10 i 20, implica una puntuació considerada com a mitja. Per últim, si la puntuació és major de 20, es considera un valor alt.

Respectes les propietats psicomètriques del test, l'escala presenta una consistència interna de 0.855; una fiabilitat de 0.865 ($\alpha = 0.865$); i una estabilitat de 0,88 ($r = 0.88$). Els factors que componen el test han demostrat ser finalment adequats i per tant, es pot concloure que és un bon instrument per mesurar l'estigmatització social.

3.4. Pla d'Anàlisi

L'anàlisi de dades ha estat realitzada mitjançant els programes Excel i SPSS. A continuació s'explica el procés d'anàlisi al qual ha estat sotmesa cada variable:

- Per analitzar la variable d'edat:

Per analitzar la variable d'edat, s'ha procedit a correlacionar les variables d'edat i nivell d'estigmatització vers el col·lectiu drogodependent, per observar si efectivament estan correlacionades o no. Prèviament, però, en veure que la distribució de la mostra per la variable d'edat era asimètrica i estava sotmesa a un efecte terra, s'ha descartat l'índex de correlació de Pearson i s'ha emprat el de Spearman. Posteriorment, s'ha observat on s'ha situat el nivell de correlació entre l'interval de -1 a 1.

- Per analitzar la variable de gènere:

Per analitzar aquesta variable, s'ha decidit dicotomitjar-la pel fet que la mostra de gèneres que no són ni el femení ni el masculí és molt reduïda ($N=4$), i per aquest motiu, s'ha decidit eliminar-les (deixant una N de 148 participants).

S'ha plantejat un agrupament dels mateixos, però tampoc s'arriba a un nivell de mostra suficient. Per tant, aquesta variable ha quedat reduïda als gènere femení i masculí, per obtenir uns resultats més vàlids.

A continuació, un cop ja obtinguts els estadístics descriptius de cada grup, s'ha realitzat un procés de comparació de mitjanes T-Student (pel fet que és una variable dicotòmica), i s'ha observat el nivell de significació per determinar si les diferències en el nivell d'estigma associat a les persones drogodependents, són significatives o no.

- Per analitzar la variable de nivell socioeconòmic:

Per analitzar si el nivell socioeconòmic és un factor significatiu o no respecte el nivell d'estigmatització vers el col·lectiu drogodependent, s'ha procedit a obtenir els estadístics descriptius de cada grup, per així poder analitzar les seves mitjanes.

Com en el cas anterior, els nivells salarials superiors a 24.000 tenien una mostra reduïda, per aquest motiu, s'ha decidit agrupar els grups de 24.000 a 30.000 euros anuals, 30.000 a 36.000 euros i més de 36.000, per obtenir una mostra major i obtenir uns resultats més vàlids.

Ja amb les mitjanes calculades, s'ha procedit a realitzar un procés de comparació ANOVA, donat que es tracta d'una variable amb més de dos nivells de tractament.

Observant el nivell de significació (inferior a 0,05) s'ha decidit realitzar una prova post-hoc, per observar concretament entre quins grups existeixen diferències significatives. S'ha escollit la prova de Tukey, perquè no és una prova molt liberal i per tant, minimitza els risc de cometre errors de tipus I.

- Per analitzar la variable del país de residència:

En aquest cas, la variable que ens interessa estudiar és si viure o no a Espanya, afecta al nivell estigmatització. Per tant, donat que es tracta d'una variable dicotòmica amb grups que contenen mostres suficients, un cop ja calculats els estadístics descriptius, s'ha realitzat un procés de comparació de mitjanes T-Student, i posteriorment s'ha observat el nivell de significació per saber si les diferències són estadísticament significatives o no.

- Per analitzar si hi ha diferències sobre qui estudia i/o treballa en el camp de les ciències socials:

Com en el cas d'abans, donat que tenim dos nivells de tractament, s'ha realitzat un procés T-Student de comparació de mitjanes, havent calculat prèviament el valor d'aquestes, i s'ha observat el nivell de significació per veure si les diferències són significatives.

- Per analitzar si hi ha diferències sobre si és té o no un conegut i/o relatiu amb problemes de drogodependència:

En aquest cas, ens interessa saber si el fet de tenir un familiar o un relatiu proper com un amic/millor amic, influeix sobre la reproducció de conductes estigmatitzants.

Per aquest motiu, s'ha calculat els estadístics descriptius de cadascú dels nivells de tractament, i amb les mitjanes ja obtingudes, s'ha realitzat un procés de comparació T-Student. Posteriorment, s'ha observat el nivell de significació.

4. Resultats

Fent referència al primer objectiu principal del present estudi, és a dir, descriure les conductes estigmatitzants que conformen l'estigmatització social associada a les persones drogodependents, podem observar que totes les conductes han puntuat amb valors per sota del punt de tall de 20, el qual significa que presenten un nivell d'estigmatització considerat com a mig. Per altra banda, i també per poder donar resposta al tercer objectiu secundari, que ens deia que si existia alguna conducta estigmatitzant que prevalgués sobre la resta, es pot observar a la taula 1, que les puntuacions més altes, superant el valor de 19, han estat les conductes de preocupació, ajuda i coacció. Tot i que cap d'elles, se situa en un nivell d'estigmatització molt alt, donat que, com s'ha mencionat, cap supera el valor de 20.

Taula 1

Estadístics descriptius de les variables conductes estigmatitzants que conformen l'estigmatització social vers el col·lectiu de persones drogodependent.

Conductes estigmatitzants	N	Mínim	Màxim	Mitjana Aritmètica (SD)
Responsabilitat/Culpa	152	3	27	16,23 (4,62)
Preocupació	152	3	27	19,92 (4,39)
Irritabilitat	152	3	27	13,70 (6,65)
Pietat	152	3	27	13,38 (6,05)
Por	152	3	27	12,78 (6,55)
Ajuda	152	3	27	19,82 (4,81)
Coacció	152	3	27	19,43 (5,50)
Evitació	152	3	27	13,55 (6,59)
Segregació	152	3	27	13,86 (5,62)

En segon lloc, i fent referència al segon objectiu principal d'aquest estudi, que pretén avaluar la possible relació entre les variables sociodemogràfiques de la població general i el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent, quan s'ha relacionat l'edat amb l'estigmatització socials s'ha trobat un $r_s=0.019$, $p=0.813$ ($n=152$) , fet que ens indica que entre la variable edat i estigmatització social, no existeix correlació, o aquesta és pràcticament nul·la. S'ha realitzat una correlació mitjançant el coeficient de Spearman, perquè la distribució de la mostra per aquesta variable és asimètrica, ja que el principal rang d'edat se situa entre el 20 i els 30 anys, essent que, sortint d'aquest, la mostra disminueix de forma creixent.

Pel que fa a la variable de gènere i la seva possible relació amb el nivell d'estigmatització social, el primer que s'ha fet, ha estat dicotomitjar les variables en dues: gènere femení i masculí.

Aquest procediment s'ha realitzat, donat que tots aquells gèneres indicats que no es corresponien als mencionats, no arribaven a un nivell de mostra suficient per poder-ne analitzar les seves respostes (ja que es tracta de 4 en total), deixant així, una N de 148.

A la taula 2 es poden observar els resultats obtinguts. Com es pot veure, el gènere femení ha obtingut una puntuació major en referència al nivell d'estigmatització social en comparació al gènere masculí. Tot i així, les diferències no són significatives ($t(146)=0.835$, $p=0.405$) i per tant, no existeixen diferències estadísticament significatives entre la variable de gènere i el nivell d'estigmatització social.

Per altra banda, si s'avaluen individualment les diferents conductes estigmatitzants en funció del gènere, es pot observar a la taula 3 com el gènere femení ha puntuat més alt a les conductes de preocupació, ajuda, irritabilitat, pietat, por i evitació; i el gènere masculí a les de responsabilitat o culpa, coacció i segregació. Destacant, a més, que les conductes d'ajuda i preocupació en el gènere femení i la de coacció en el gènere masculí, han puntuat amb valors considerats com a alts.

Taula 2

Estadístics descriptius amb T Student per la variable de gènere i el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent.

Gènere	N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	T Student	Gl	Sig.
Femení	105	16,05	3,01	,835	146	,405
Masculí	43	15,06	2,83			

Taula 3

Estadístics descriptius de les conductes estigmatitzants que conformen l'estigmatització associada a les persones drogodependents en funció del gènere.

Conductes estigmatitzants	Gènere	N	Mínim	Màxim	Mitjana Aritmètica (SD)
Responsabilitat/Culpa	Femení	105	3	27	15,95 (4,46)
	Masculí	48			17,00 (4,80)
Preocupació	Femení	105	3	27	20,46 (3,78)
	Masculí	48			18,74 (5,55)
Irritabilitat	Femení	105	3	27	14,07 (6,35)
	Masculí	48			13,25 (7,37)
Pietat	Femení	105	3	27	13,63 (5,68)
	Masculí	48			12,83 (7,14)
Por	Femení	105	3	27	13,48 (6,41)
	Masculí	48			11,32 (6,58)
Ajuda	Femení	105	3	27	20,11 (4,90)
	Masculí	48			19,32 (4,62)
Coacció	Femení	105	3	27	19,23 (5,64)
	Masculí	48			20,65 (4,50)
Evitació	Femení	105	3	27	12,99 (5,53)
	Masculí	48			15,58 (5,86)
Segregació	Femení	105	3	27	14,49 (6,73)
	Masculí	48			11,70 (5,89)

Respecte si el país de residència, en aquest cas, viure dins o fora d'Espanya, presenta algun tipus de relació amb el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent, tal i com es pot observar a la taula 4, tot i que el fet de viure a Espanya presenti una major mitjana (15,88), que el fet de no viure-hi (15,56); les diferències no són estadísticament significatives (sig.=,697), i per tant, es pot dir que no hi ha diferències entre el fet de viure

dins o fora d'Espanya amb el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent.

Per altra banda, si avaluem específicament totes les conductes estigmatitzants que formen l'estigmatització social associada al col·lectiu drogodependent, tal i com ens mostra la taula 5, es pot observar que les persones que viuen a Espanya han puntuat amb valors més alts a les conductes de responsabilitat o culpa, irritabilitat, ajuda i coacció.

En canvi, aquelles que no hi viuen, han obtingut puntuacions majors a les de preocupació (amb un valor considerat com a alt), pietat, por i evitació.

Taula 4

Estadístics descriptius amb T Student per la variable del país de residència i el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent.

Viure a Espanya	N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	T Student	gl	Sig.
Si	137	15,88	3,04	,390	150	,697
No	15	15,56	2,62			

Taula 5

Estadístics descriptius de les conductes estigmatitzants que conformen l'estigmatització associada a les persones drogodependents en funció de viure o no a Espanya

Conductes estigmatitzants	Viure a Espanya	N	Mínim	Màxim	Mitjana aritmètica (SD)
Responsabilitat/Culpa	Si	137	3	27	16,29 (4,64)
	No	15			15,66 (4,70)
Preocupació	Si	137	3	27	19,86 (4,40)
	No	15			20,47 (4,53)
Irritabilitat	Si	137	3	27	14,04 (6,65)
	No	15			10,53 (6,15)

Pietat	Si	137	3	27	13,30 (5,97)
	No	15			14,07 (7,13)
Por	Si	137	3	27	12,77 (6,72)
	No	15			12,87 (5,30)
Ajuda	Si	137	3	27	19,86 (4,83)
	No	15			19,47 (4,98)
Coacció	Si	137	3	27	19,44 (5,52)
	No	15			19,33 (5,64)
Evitació	Si	137	3	27	13,69 (5,59)
	No	15			15,33 (6,09)
Segregació	Si	137	3	27	13,68 (6,75)
	No	15			12,33 (5,15)

En el cas del nivell salarial anual i la seva possible relació amb el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent, la taula 6 mostra les mitjanes aritmètiques per a diferents grups amb diferents salaris anuals. Com es pot observar, hi ha diferències entre elles, i a més, tals diferències han resultat ser estadísticament significatives ($F_{(152)}=3.799$, $p=0.012$). Per tant, es pot concloure que hi ha diferències entre la variable del nivell salarial anual amb el nivell d'estigmatització social vers les persones drogodependents.

Posteriorment, en veure que hi havia una relació entre aquestes dues variables, s'ha decidit realitzar una prova post-hoc per observar concretament entre quins grups existien les diferències.

Tal i com es pot veure a la taula 7, la qual mostra els resultats de la prova de Tukey, es pot observar com el grup 4 (més de 24.000), presenta diferències estadísticament significatives amb la resta de grups, inferiors a 24.000 euros anuals. La resta de grups, no presenta diferències significatives entre ells.

Taula 6

Estadístics descriptius amb ANOVA pels grups de la variable de nivell salarial anual i el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent.

	Nivell salarial anual	N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	ANOVA	gl	Sig.
Entre grups	Menys de 12.000	76	15,84	2,85	3,799	152	,012
	Entre 12.000 i 18.000	28	16,8	3,52			
	Entre 18.000 i 24.000	22	16,5	2,72			
	Més de 24.000	27	14,34	2,54			

Taula 7

Prova post-hoc de Tukey entre els diferents grups de la variable de nivell salarial anual i el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent.

	Nivell Salarial (I)	Nivell Salarial (J)	Diferències entre mitjanes (I-J)
HSD Tukey	Menys de 12.000	Entre 12.000 i 18.000	-,96199
		Entre 18.000 i 24.000	-,67158
		Més de 24.000	1,50341*
	Entre 12.000 i 18.000	Menys de 12.000	,96199

	Entre 18.000 i 24.000	,29040
	Més de 24.000	2,46540*
Entre 18.000 i 24.000	Menys de 12.000	,67158
	Entre 12.000 i 18.000	-,29040
	Més de 24.000	2,17500*
Més de 24.000	Menys de 12.000	-1,50341*
	Entre 12.000 i 18.000	-2,46540*
	Entre 18.000 i 24.000	-2,17500*

A continuació, es mostren els resultats dels objectius secundaris del present estudi.

Per analitzar el primer objectiu secundari, el qual relacionava el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu de persones drogodependents amb el fet de presentar estudis i/o professió/ns relacionades amb l'àmbit de les ciències socials, els resultats, observables a la taula 8, mostren que tot i que el fet de no presentar estudis i/o professió/ns relacionades amb aquest àmbit, presenta un major nivell d'estigma, donat que la mitjana és superior (16,07 vers 15,19), les diferències entre aquestes no són estadísticament significatives i per tant, no existeix relació.

Per altra banda, avaluant individualment les diferents conductes estigmatitzants associades a l'estigma vers el col·lectiu drogodependent, es pot observar com aquelles persones que presenten estudis i/o professió/ns relacionades dins de l'àmbit de les ciències socials, han puntuat més alt a les conductes de preocupació i ajuda (amb valors considerats com a alts) i aquelles que no en presenten, a les de responsabilitat, irritabilitat, pietat, por, coacció, evitació i segregació (amb valors mitjos). Veure taula 9.

Taula 8

Estadístics descriptius amb T Student per el nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu de persones drogodependents i el fet de presentar estudis i/o professió/ns relacionades amb l'àmbit de les ciències socials.

Ciències socials	N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	T-student	Gl	Sig.
No	114	16.07	3,06	1,58	150	,116
Si	38	15,19	2,75			

Taula 9

Estadístics descriptius de les conductes estigmatitzants que conformen l'estigmatització associada a les persones drogodependents en funció de tenir estudis o professió/ns relacionades amb l'àmbit de les ciències socials.

Conductes estigmatitzants	Ciències social	N	Mínim	Màxim	Mitjana aritmètica (SD)
Responsabilitat/Culpa	Si	114	3	27	15,68 (4,41)
	No	38			16,41 (4,71)
Preocupació	Si	114	3	27	20,57 (3,78)
	No	38			19,70 (4,64)
Irritabilitat	Si	114	3	27	11,92 (5,74)
	No	38			14,28 (6,87)
Pietat	Si	114	3	27	11,36 (4,88)
	No	38			14,04 (6,30)
Por	Si	114	3	27	12,26 (5,40)
	No	38			12,94 (6,94)
Ajuda	Si	114	3	27	20,21 (4,00)
	No	38			19,69 (5,08)
Coacció	Si	114	3	27	18,45 (6,17)
	No	38			19,75 (5,27)
Evitació	Si	114	3	27	14,02 (5,16)
	No	38			13,79 (5,81)

Segregació	Si	114	3	27	12,18 (6,54)
	No	38			14,00 (6,60)

Respecte el segon objectiu secundari, és a dir, si existeix relació entre el fet de conèixer algú proper (com un amic/millor amic/familiar) amb drogodependència i el nivell d'estigma social vers les persones drogodependents, tal i com mostra la taula 10, es pot veure que, amb una mitjana de 15,22 vers una de 16,39, les persones que tenen algun conegut proper amb drogodependència, informen de menys conductes i en conseqüència, de menys estigmatització.

A més, tal i com demostra la T-Student, les diferències són estadísticament significatives, fet que implica que es pot concloure que el fet de conèixer algú proper amb drogodependència, minimitza el nivell d'estigma social vers el col·lectiu de persones drogodependents.

Per altra banda, tal i com es pot veure a la taula 11, si analitzem les diferents conductes que conformen l'estigma vers el col·lectiu drogodependent, podem veure que les persones que tenen un conegut proper amb drogodependència amb puntuat més alt a la d'evitació (amb un valor mig) i les persones que no, a les conductes de responsabilitat o culpa, preocupació, irritabilitat, pietat, por, ajuda, coacció i segregació (amb valors mitjos excepte la irritabilitat que ha puntuat amb un valor considerat com a alt).

Taula 10

Estadístics descriptius amb T Student pel nivell d'estigmatització social vers el col·lectiu drogodependent i el fet de conèixer a una persona propera que pateix algun problema de drogodependència.

Conèixer a algú proper amb drogodependència	N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	T-student	Gl	Sig.
No	81	16,39	2,99	2,44	150	,016
Si	71	15,22	2,90			

Taula 11

Estadístics descriptius de les conductes estigmatitzants que conformen l'estigma associat a les persones drogodependents en funció de conèixer a una persona propera que pateix algun problema de drogodoaddició.

Conductes estigmatitzants	Conèixer a algú amb drogodoaddició	N	Mínim	Màxim	Mitjana aritmètica (SD)
Responsabilitat	Si	81	3	27	16,02 (5,07)
	No	71			16,40 (4,23)
Preocupació	Si	81	3	27	19,59 (19,59)
	No	71			20,21 (20,20)
Irritabilitat	Si	81	3	27	13,50 (13,51)
	No	71			13,86 (13,86)
Pietat	Si	81	3	27	12,11 (6,15)
	No	71			14,48 (5,82)
Por	Si	81	3	27	10,92 (6,19)
	No	71			14,40 (6,52)
Ajuda	Si	81	3	27	19,35 (4,89)
	No	71			20,23 (4,77)
Coacció	Si	81	3	27	19,08 (5,94)
	No	71			19,72 (5,13)
Evitació	Si	81	3	27	15,04 (6,10)
	No	71			12,81 (5,01)
Segregació	Si	81	3	27	11,39 (6,43)
	No	71			15,44 (6,20)

5. Discussió

Tenint en compte els objectius principals d'aquest estudi, que eren descriure les conductes estigmatitzants que conformen l'estigma associat al col·lectiu drogodependent, i la possible relació que aquesta manté amb les variables sociodemogràfiques de la població general, es pot concloure en base als resultats obtinguts que, l'estigmatització manté una relació amb els factors sociodemogràfics, quan es tracta únicament del nivell socioeconòmic (basat en el nivell salarial anual). Per tant, i d'acord amb aquesta conclusió:

Es rebutja la primera hipòtesis, donat que la correlació entre l'edat i el nivell d'estigmatització social associat al col·lectiu drogodependent, ha resultat ser nul·la. Per tant, tot i haver-hi respostes situades en un rang d'edat suficient com per haver viscut la crisi espanyola (provocada per les drogues) de 1977 i el moviment *hippie* de 1966, no sembla que el context històric hagi tingut una forta influència.

Com ja s'ha comentat en el present estudi, va ser a partir d'aquest dos moments, que les organitzacions com la OMS (Organització Mundial de la Salut) o la FDA (*Food and Drug Administration*), van començar a postular missatges formatius i informatius respecte els efectes letals i perjudicials que aquestes substàncies tenien per la salut, i per tant, la visió negativa sobre aquestes i en conseqüència, dels seus consumidors, va augmentar notablement.

A més, el fet que la crisi espanyola comportés tantes víctimes mortals, així com conseqüències socials i legals, les drogues van començar a ser vistes com una substància altament perillosa sobre la qual s'havia de fer front, erradicant-la. En conseqüència, tot aquell que la consumís era mal vist.

Per altra banda, els resultats d'aquesta investigació, tampoc suporten alguns estudis (Corrigan, 2012; Griffiths, 2014) que afirmen que les persones adultes presenten una major resistència de pensament, ni tampoc que l'ús de les xarxes socials (ONS, 2018) o la inclusió de nous programes educacionals i formatius hi pugui tenir un paper determinant.

Per tant, com s'ha pogut observar en el present estudi, no sembla que l'edat sigui un factor especialment rellevant sobre la percepció de l'estigma associat al col·lectiu drogodependent, i en conseqüència, es recolza el possible nou canvi de tendència que sembla que s'està produint, el qual afirma que tot i que la població més jove ha rebut una major formació i educació, i altres factors ja comentats, aquesta sembla guiar-se més per factors socials i no tant per l'edat, (YMCA, 2016) com la norma subjectiva que inclou la motivació sobre el compliment d'expectatives del propi grup de pertinença, motivat, entre d'altres variables, per la pressió social. Per tant, sembla confirmar-se aquest nou canvi de tendència.

Es rebutja també la segona hipòtesis, la qual afirmava que el gènere masculí obtindria un major nivell d'estigmatització social vers aquest col·lectiu, donat que no s'ha obtingut diferències estadísticament significatives, a part d'observar que el gènere femení, ha obtingut una major puntuació. Per tant, aquests resultats acaben contradient estudis anteriors (Leon i Zachar, 1999; Hinkelman i Granello, 2003; Kivari, 2009) els quals afirmaven que aquelles persones identificades amb el gènere masculí, presentaven més conductes percebudes com a negatives, així com considerar que aquest gènere era un predictor a l'hora de presentar també tals actituds.

Tot i així, el present estudi, suporta el fet que el gènere femení pot presentar una major adherència a conductes com la visibilitat o la comunicació (Kivari, 2009), així com menys conductes d'exclusió (*Time to Change*, 2015), donat que s'ha observat una tendència a puntuar menys que el gènere masculí pel que fa a les conductes de segregació, i més, a les d'ajuda, que inclou comportaments com parlar del problema en qüestió amb la persona que pateix drogoaddicció (cal aclarir que les diferències trobades entre les diferents conductes no son significatives, per tant, tot i poder trobar-nos davant d'un possible canvi de tendència, cal seguir investigant per observar fins aquest punt, aquestes diferències mostren significació o no).

Pel que fa al nivell socioeconòmic, s'accepta la hipòtesis la qual afirma que a major nivell socioeconòmic, menys nivell d'estigmatització es presentarà.

A més, aquesta investigació demostra que aquest canvi es produeix a partir dels 24.000 euros anuals. Per tant, se suporta la idea que, el fet de poder accedir a nivells socioeducatius més alts i per tant, a una major informació i coneixement, disminueix la probabilitat de produir conductes estigmatitzants (Stefani, 1984; Garcia-Silberman 1993, 1998; Medianos, 1999). A més, donat que és una variable molt poc estudiada, s'anima a seguir per aquesta línia d'investigació, per tal de trobar alternatives que puguin solventar aquesta tendència, per tal que els nivells socioeconòmics que no tinguin accés a aquest coneixement puguin tenir-lo, i en conseqüència, erradicar o disminuir problemes conseqüents com l'estigma social.

Seguidament, també es rebutja la quarta hipòtesis, la qual ens afirma que el fet de viure o no a Espanya, influirà en el nivell d'estigma social, ja que, tot i mostrar-se diferències en les puntuacions, aquestes no són estadísticament significatives. A més, aquestes poden ser explicades per factors culturals, o històrics, com s'ha mencionat anteriorment. Ja que, el fet que els residents d'Espanya hagin puntuat lleugerament una mica més alt, pot ser degut a la vivència o al coneixement de la crisi provocada per les drogues comentada anteriorment.

Pel que fa a la cinquena hipòtesis, i com en el cas anterior, el fet d'estudiar i/o tenir alguna professió o varies relacionades amb les ciències socials, ha mostrat diferències però aquestes, no són estadísticament significatives. Tot i així, el fet que presentar estudis i/o professió/ns relacionades amb les ciències socials, hagi puntuat quasi amb un punt de diferència (per sota), podria recolzar la idea que el fet que la pròpia situació personal hagi portat a informar-se sobre la vida dels subjectes estigmatitzats, permet simpatitzar amb ells arribant a la inclusió i l'acceptació social (Goffman, 1963). En aquest cas, el fet d'haver escollit una formació relacionada amb les ciències socials, les quals apropen als seus estudiants cap aquests col·lectius proporcionant informació i experiència, contribueix a aquest procés d'acceptació i inclusió. Per tant, es rebutja la hipòtesis, però sembla complir-se la tendència estudiada.

Per altra banda, s'ha demostrat l'existència de diferències significatives en el fet de conèixer a una persona propera (amic/millor amic/familiar) amb problemes de drogodependència i el nivell d'estigmatització, i per tant, s'accepta la sisena hipòtesis. Aquests resultats, suporten el paper fonamental que la família o l'entorn té per a la persona que pateix aquest problema, i com aquesta pot veure's immersa dins d'aquest, fins el punt de patir també l'estigmatització social (*Families, drugs and alcohol, challenging stigma*, 2012).

D'aquesta manera, el fet de patir també aquesta dificultat social, comporta una major empatia, coneixement i motivació per voler erradicar-la. Per tant, corroborats aquests resultats, cal seguir incidint sobre la inclusió de les famílies en els tractament dirigits a tractar els problemes de consum, per tal que aquestes se sentin més recolzades i compreses, i es puguin disminuir els efectes d'aquest estigma, que comporta reaccions com l'aïllament social, la culpa o la vergonya. A part de contribuir a una major implicació durant el procés terapèutic i comoditat. Aquest apartat també pot relacionar-se amb l'anterior, donat que les famílies també poden ser considerades com aquest grup d'individus anomenats "savis" (Goffman, 1963) que com s'ha comentat, la seva pròpia situació personal els ha portat a informar-se sobre la vida dels subjectes estigmatitzats, cosa que el hi ha permès simpatitzar amb ells i arribar a la seva inclusió i acceptació social.

Finalment, cal rebutjar la setèima i última hipòtesis, perquè les conductes estigmatitzants que major puntuació han extret han estat l'ajuda, la preocupació i la segregació, i totes amb valors mitjos. Per tant, no hi ha hagut cap conducta que realment prevalgués sobre les altres, donat que cap ha presentat valors considerats com a alts.

També cal comentar, però, que tot hi haver presentat valors mitjos, aquesta tendència no ens permet afirmar que no existeix o que no s'ha presentat estigma social en els resultats del present estudi, perquè cap de les conductes comentades, ha puntuat baix. Per tant, tot i que la mitjana global se situï sobre els 15,85 punts, sent que 27 és el màxim, si s'ha mostrat una tendència positiva vers l'estigma social associada a les persones drogodependents en aquest estudi.

Per tant, i després d'haver demostrat que aquesta problemàtica segueix persistint a la societat actual, cal seguir combatent-la a través d'estratègies com la protesta (conjuntament amb l'ajuda de professionals i el poder públic) (Shih, 2004), la promoció de la interacció i el contacte amb aquests col·lectius, així com promoure l'accés a la informació de forma general. A més, cal seguir investigant sobre aquesta temàtica per poder arribar a un coneixement més ampli i ferm, de forma multidisciplinària, que ens permeti, no només saber les conseqüències que se'n deriven d'aquesta, sinó també l'efectivitat de les nostres intervencions i la possible creació de noves.

Les limitacions del present estudi se centren sobretot en problemes relacionats amb la mida i la varietat de la mostra. Per l'estudi del gènere, és necessari que en futures investigacions, s'ampliï per tal que aquest no només se centri en el femení i el masculí i per tant, poder obtenir també resultats concloents sobre gèneres com el no binari, per tal de veure si també se n'extreuen resultats significatius. Respecte la variable d'edat, és recomanable que en estudis futurs, hi hagi una major varietat de rang, de forma que la distribució no segueixi un patró asimètric, per tal d'observar si s'obtenen resultats diferents. Cal seguir investigant, també, perquè poden existir diferències segon els país de residència, és a dir, quins factors hi poden influir, i per dur-ho a terme també és necessari ampliar la mostra, sobretot, a grups no residents a Espanya.

Per altra banda, i destacant les seves fortaleeses, el present estudi ha permès ampliar i actualitzar la informació respecte el coneixement sobre l'estigma que envolta el col·lectiu drogodependent. Cal mencionar que molta literatura i recerca anterior, considerada com a pionera i la qual s'intenta replicar fins a dia d'avui, comença a presentar inconsistències respecte el què actualment s'està podent observar. Per aquest motiu, aquest estudi ha pogut recolzar la investigació més actual respecte possibles nous canvis de tendència, i anima a seguir ampliant la recerca cap aquesta via. Per altra banda, també ha permès ampliar la informació sobre la relació entre els nivells socioeconòmics i la seva possible relació amb els nivells d'estigma vers aquest col·lectiu, que a més de ser limitat i poc actual, pràcticament no s'ha replicat a Espanya.

Per últim, cal destacar que per molt que l'estudi de l'estigmatització sigui una via d'investigació molt desenvolupada, sobretot pel que fa a la salut mental en general, existeix poca recerca sobre la que envolta exclusivament les drogodependències i les persones a les quals afecta. Per aquest motiu, el present estudi anima a seguir investigant específicament sobre aquesta problemàtica, i l'estigma que comporta, per tal de poder impulsar noves estratègies per combatre'l.

6. Conclusions

Els resultats obtinguts en el present estudi, i en base als objectius d'aquests, cal destacar que l'estigmatització associada al col·lectiu de persones drogodependents, està composta per 9 conductes estigmatitzants diferents: la de responsabilitat o culpa, preocupació, irritabilitat, pietat, por, ajuda, coacció, evitació i la de segregació; i que totes, han puntuat amb valors mitjos en el present estudi, indicant que, actualment encara existeix aquest tipus d'estigmatització, però que entre la població general major d'edat, no es presenta un nivell d'estigma alt o molt alt.

Per altra banda, pel que fa a la relació entre les variables sociodemogràfiques de la població general i el nivell d'estigma, cal mencionar que el nivell socioeconòmic anual ha presentat diferències significatives.

Per tant, es pot concloure que a partir de 24.000 euros anuals, el nivell d'estigma es redueix, segurament per l'accés a nivells socioeducatius més alts, confirmant la tendència demostrada per estudis anteriors (Stefani, 1984; Garcia-Silberman 1993, 1998; Medianos, 1999). Pel que fa a les variables de gènere i país de residència, tot i que les mitjanes han resultat ser diferents en tots els casos, aquestes diferències no arriben a ser significatives. Tot i destacar, que el gènere femení ha puntuat amb un valor considerat com a alt, en les conductes de preocupació i ajuda, i el gènere masculí a la de coacció, confirmant els resultats d'estudis realitzats amb anterioritat (Kivari, 2009).

Referent a la correlació entre l'edat i el nivell d'estigmatització, el present estudi ha demostrat que no existeix una correlació entre aquestes dues variables, i per tant, es contradiuen els resultats d'estudis anteriors (Corrigan, 2012; Griffiths, 2014), i es recolza un nou canvi de tendència.

Per últim, s'ha demostrat que el fet de conèixer a alguna persona propera com un amic, millor amic o familiar amb algun problema de drogodependència, afecta en el nivell d'estigma que es presenta, ja que les persones que han mencionant conèixer-ne algun, han puntuat menys, presentant en conseqüència, un menor nivell d'estigmatització. Per tant, se suporten els resultats d'estudis anteriors (*Families, drugs and alcohol, challenging stigma*, 2012).

Per altra banda però, el present estudi no ha demostrat diferències significatives entre tenir estudis i/o professió/ns relacionades amb l'àmbit de les ciències socials i el nivell d'estigma vers el col·lectiu de persones drogodependents.

7. Bibliografia

Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.

Touzé, G., Rossi, D. (2001). *La construcción social del "problema droga"*.

Representaciones sociales de las drogas.

<http://www.lanzadera.com/infodro/htm>

Marconi, M. E. (1997). La discriminación psico-social de pacientes toxicómanos portadores de VIH y enfermos de sida. *Cursos de Formación en Toxicomanías para personal Sanitario*. Madrid.

Prats, J. 1997. Aplicaciones didácticas del programa "Sida. Saber ayuda..".
Barcelona, Fundación La Caixa.

Gamella, J. F. (1990). *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*.
Popular.

Alemaný, G., Rossell, T. (1981). Actitudes sociales ante el consumo de drogas,
Revista de Trabajo Social, 82, 7-11.

- Rodríguez Cabrero, G. (2001). *Drogodependencia y exclusión social desde la reflexión sociológica*. <http://www.lanzadera.com/infodro/htm>
- Molina Molina, B., Carrión Ramírez, A.L., Gallego Díaz, J. J. (1995). *Cuaderno de orientación para Asistente Sociales*. Sevilla.
- Smith, A. L., Cashwell, C. S. (2010). Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49(2), 189–202.
- Taylor, S. M., Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*. 7(2), 225–240.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(1), 304–309.
- van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups. *Perceived likelihood of violence and desire for social distance*. *Psychiatry*, 68(2), 152–163.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973
- Grifths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161–175.
- ONS. (2018). *Internet access—households and individuals*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/householdcharacteristics/homeinternetandsocialmediausage/datasets/internetaccesshouseholdsandindividualsreferencetables>

- YMCA (2016). *I am whole: A report investigating the stigma faced by young people experiencing mental health difficulties*.
<https://www.ymca.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/IAMWHOLE-v1.1.pdf>
- Time to Change. (2015). *Attitudes to Mental Illness: 2014 Research Report*.
https://www.timetochange.org.uk/sites/default/files/Attitudes_to_mental_illness_2014_report_final_0.pdf
- Leong, F. T., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123–132.
- Hinkelman, L., & Granello, D. H. (2003). Biological sex, adherence to traditional gender roles and attitudes toward persons with mental illness: An exploratory investigation. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(4), 259–270
- Reimer, Brooke. (2019). *A Comparison of the Relationship Between Gender Adherence, Sex, and Attitudes Toward Individuals With a Mental Illness*. [Treball de final de màster, Universitat de San Jose State].
- Wendt, D., & Shafer, K. (2016). Gender and attitudes about mental health help seeking. *Health and Social Work*, 41, 20-28.
- Stefani, D. (1984). Influencia del nivel socioeconomico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Ment*, 7(3), 25–28.
- Garcia-Silberman, S. (1998). Attitudes toward mental illness and psychiatry: preliminary results. *Salud Ment*, 21(4), 40–50
- Garcia-Silberman. S. (1993). Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. *Acta psiquiátricol Am lat*, 39(2), 159–168.
- Peluso, É.T.P., Blay, S.L. (2004). Community Perception of Mental Disorders: A Systematic Review of Latin American and Caribbean Studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(12), 955-961

- ADFAM (2012). *Challenging Stigma. Tackling the prejudice experienced by the families of drug and alcohol users.*
https://adfam.org.uk/files/docs/adfam_challenging_stigma.pdf
- Gamella, J.F. (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de razón práctica*, 72, 20-30.
- Mota, T., Noto, R., Santos, P. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores. UFJF.
- Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J. y Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35.
- Uriarte. J.J., Arnaiz, A. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 26, 49-59.
- Wolff, G. (1997). Attitudes of the Media and the Public. *Care in the Community: Illusion or Reality?*, 145-163.
- Rüsch, N.; Angermeyer, M. C.; Corrigan, P. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *Eur. Psychiatry*, 20, 529-539.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2004). Stop the Stigma: Call Mental Illness a Brain Disease. *Schizophr. Bull.*, 30(3), 477-479.
- Shih, M. (2004). Positive Stigma: Examining Resilience and Empowerment in Overcoming Stigma. *Annals of American Academy of Political and Social Science*, 591, 175-185

8. Annexos

Annex 1

Enquesta creada per analitzar l'estigmatització associada a les persones drogodependents i les seves possibles variables relacionades.

Este formulario se dirige a la población general mayor de 18 años. Mi nombre es Júlia Fort Calvet, soy alumna de 4to de Psicología en la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona, y estoy llevando a cabo mi trabajo de fin de grado. El objetivo de este estudio es evaluar la estigmatización social asociada a las personas drogodependientes y su posible relación con las variables sociodemográficas de la población general (mayor de edad). Es por ello por lo que preciso de una recogida de datos la cual se incluye en este cuestionario. La duración de este no supera los 10 minutos.

Su participación va a ser totalmente voluntaria y anónima (es decir, sus respuestas no podrán ser en ningún momento relacionadas con usted, pues la información que se obtiene no es personal). Además, tal participación no conlleva ningún tipo de riesgo ni beneficio para el participante en cuestión. Si precisa de cualquier ayuda o quiere aportar algún comentario u objeción, no dude en ponerse en contacto conmigo: julia.fort@estudiants.urv.cat.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Edad:

..... (variable continua)

Con qué género se siente más identificado/a?

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Prefiero no contestar
- Otros

Marque su país de residencia actual:

- Vivo en España
- Vivo fuera de España

Marque su nivel de formación académica:

- Sin estudios
- Estudios primarios finalizados
- Estudios secundarios finalizados: ESO/EGB/Graduado escolar
- Estudios de Grado medio o técnico auxiliar finalizados
- Estudios de bachillerato/grado superior/Técnico especialista finalizados
- Estudios universitarios finalizados
- Otros (especifique cuales):

Marque cuál es su situación laboral actual:

- Empleado/a
- Desempleado/a
- Prejubilado/a o jubilado/a
- Voluntario/a
- Estudiante
- De baja
- ERTE

¿Posee usted alguno de los estudios y/o profesiones relacionadas con el ámbito de las ciencias sociales que se indican a continuación?

- Si
- No

(Antropología, sociología, psicología, educación social, trabajo social, integración social, educación, formación en técnico de servicios comunitarios, formación en asistencia de atención domiciliaria, auxiliar de psiquiatría, formación en atención sociosanitaria y Coaching).

Indique cual ha sido su nivel salarial durante el último año:

- Menos de 12000
- Entre 12001 y 18000
- Entre 18001 y 24000
- Entre 24001 y 30000
- Entre 30001 y 36000
- Más de 36000

¿Conoce alguna persona cercana a usted, que padezca algún tipo de drogadicción?

- Si
- No

Si la respuesta fuera que sí, ¿Se trata de algún familiar o de una persona sumamente importante para usted como un amigo o mejor amigo?

- Si
- No

A continuación, se presentan una serie de cuestiones las cuales deben ser respondidas con un número del 1 al 9. Siendo que (hablando en cantidades) 1 representa "muy poco" y 9, "mucho". Además, debe tener en cuenta a la hora de responderlas, que "Harry", el cual aparece en todas las preguntas, **es una persona drogodependiente.**

- ¿Piensa que es culpa de Harry el hecho de que se encuentre en su situación actual?¹
- ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación de Harry?

¹ Totes les preguntes contenen una escala Likert de l'1 al 9 per poder ser respostes i posteriorment analitzades.

- En su opinión, ¿hasta qué punto Harry es responsable de su situación actual?
- ¿Sentiría pena por el paciente?
- ¿Hasta qué punto comprende a Harry?
- ¿Cuánta preocupación sentiría por Harry?.
- ¿En qué medida se sentiría furioso (a) por Harry?
- ¿En qué medida se sentiría molesto(a) con Harry?
- ¿En qué medida se sentiría irritado(a) por Harry?
- ¿Se sentiría inseguro cerca de Harry?
- En su opinión, ¿hasta qué punto es peligroso Harry?
- ¿Se sentiría amenazado por Harry?
- ¿Sentiría miedo por Harry?
- ¿Hasta qué punto Harry le asustaría?
- ¿Hasta qué punto le aterrorizaría Harry?
- ¿Estaría dispuesto a hablar con Harry acerca de su problema?
- ¿Cuál es la probabilidad de que ayude a Harry?
- ¿Con qué certeza cree que lo ayudaría?
- ¿Si estuviera al cargo del tratamiento, le exigiría que se tomara su medicación?
- ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que Harry debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?
- ¿Si estuviera a cargo del tratamiento, le obligaría a vivir en un lugar supervisado?
- ¿Cree que Harry supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza?
- ¿Cree que sería mejor que Harry fuera aislado en un hospital psiquiátrico?
- ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde Harry pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?
- ¿Si usted fuera un empresario, le entrevistaría para un puesto de trabajo?
- ¿Compartiría un coche para ir al trabajo con Harry cada día?
- ¿Si usted fuera propietario de un apartamento, se lo alquilaría?

Y hasta aquí la duración del cuestionario. ¡Muchas gracias por su colaboración!