

Open Access

Conference Commentary Paper



Más allá del estigma: Una mirada humana hacia las mujeres que consumen sustancias

Martha C. Suescún^{1*}

Citation: Suescún, M. C. (2025). Más allá del estigma: Una mirada humana hacia las mujeres que consumen sustancias. *Journal of Concurrent Disorders*, 7 (2), 97-105.

Guest-Editors:

Augusto Pérez-Gómez,
Juliana Mejía-Trujillo,
Alejandra Villamil-
Sánchez

Received: 05/30/2025

Accepted: 08/05/2025

Published: 10/01/2027



Copyright: ©2025
Suescún, M. C. Licensee
CDS Press, Toronto,
Canada. This article is an
open access article
distributed under the
terms and conditions of
the Creative Commons
Attribution (CC BY)
license
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

¹Fundación Libérate, Colombia

*Corresponding author: Martha C. Suescún, martha.suescun@fundacionliberate.org.co

Resumen. Este artículo desarrolla una reflexión crítica y argumentativa sobre el estigma multidimensional que enfrentan las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, entendiendo dicho fenómeno como una construcción social, simbólica y estructural que opera en distintos niveles de la experiencia individual y colectiva. Desde una perspectiva ética, humana y con enfoque de género, se analizan los discursos que perpetúan estereotipos negativos, el uso del lenguaje como mecanismo de exclusión, las barreras institucionales en el acceso a servicios de salud, y la reproducción de violencias estructurales que atraviesan las trayectorias de estas mujeres. A partir de una revisión teórica e interpretativa, se plantea que el estigma no solo limita el ejercicio de derechos, sino que contribuye a procesos de revictimización, exclusión y abandono, especialmente cuando se intersecta con factores como la maternidad, la pobreza, la identidad étnica o la privación de la libertad. El artículo propone como alternativa la construcción de espacios terapéuticos y comunitarios centrados en el cuidado, la empatía, la escucha sin juicio y el reconocimiento de la autonomía. Asimismo, se destaca la necesidad de transformar las prácticas profesionales, el diseño de políticas públicas y los imaginarios sociales que deshumanizan a estas mujeres, apostando por una atención digna, diferencial e interseccional.

Palabras clave: estigma, mujeres, consumo de sustancias, salud mental, lenguaje, violencia estructural, género, exclusión social.

Abstract. This article presents a critical and argumentative reflection on the multidimensional stigma faced by women who use psychoactive substances, understanding this phenomenon as a social, symbolic, and structural construction that operates at different levels of individual and collective experience. From an ethical, human-centered, and gender-sensitive perspective, it analyzes the discourses that perpetuate negative stereotypes, the use of language as a mechanism of exclusion, the institutional barriers to accessing health services, and the reproduction of structural violence that shapes these women's trajectories. Based on a theoretical and interpretive review, the article argues that stigma not only limits the exercise of rights but also contributes to processes of

revictimization, exclusion, and neglect—especially when it intersects with factors such as motherhood, poverty, ethnic identity, or deprivation of liberty. As an alternative, the article proposes the creation of therapeutic and community spaces centered on care, empathy, nonjudgmental listening, and the recognition of autonomy. It also highlights the need to transform professional practices, the design of public policies, and the social imaginaries that dehumanize these women, advocating for dignified, differential, and intersectional care.

Keywords: stigma, women, substance use, mental health, language, structural violence, gender, social exclusion.

Introducción

La relación entre género, salud mental y consumo de sustancias ha sido históricamente invisibilizada en los campos clínicos, sociales y académicos. Durante décadas, los estudios sobre consumo de drogas estuvieron centrados en los hombres, mientras que las mujeres permanecieron en los márgenes de las estadísticas, los programas de atención y las políticas públicas. Esta invisibilización no fue casual, sino resultado de una mirada androcéntrica que ignoró las particularidades del sufrimiento femenino, las desigualdades estructurales que lo atraviesan y las múltiples formas en que las mujeres experimentan, afrontan y narran el consumo.

Como señala Joan Acker (1990), las instituciones y los campos de conocimiento han sido históricamente contruidos desde una perspectiva masculina que ha desestimado las realidades y necesidades específicas de las mujeres, produciendo un vacío en la atención y en las políticas públicas. Además, estudios recientes, como los de Marínez-Raga y Gual (2018), destacan que el consumo de sustancias en mujeres está fuertemente influenciado por factores de género, violencia y desigualdad, lo que requiere una aproximación más matizada y específica en los estudios y la atención clínica.

Desde un enfoque profesional y clínico, el trabajo de mujeres en contextos de vulnerabilidad ha permitido conocer la complejidad de sus experiencias, marcadas por factores como la exclusión social, la violencia de género, la desigualdad estructural y los estigmas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Las mujeres, diversas en sus historias, identidades y trayectorias enfrentan múltiples formas de discriminación que inciden directamente en su salud mental y en el acceso a servicios adecuados de tratamiento.

El consumo femenino de sustancias es, para muchos sectores sociales, una "doble transgresión": no solo se trata de romper con las normas sobre salud o legalidad, sino también con los mandatos de género. La sociedad espera de las mujeres contención, cuidado, sacrificio, dulzura. Cuando una mujer consume, esas expectativas se fracturan, y con ello se activa un juicio moral que va mucho más allá del uso mismo. Se las ve como

malas madres, malas hijas, malas mujeres. Esta visión punitiva alimenta discursos estigmatizantes que impactan directamente en su posibilidad de acceso a servicios, en la calidad del trato recibido y en su percepción de sí mismas. Según Goffman (1963), el estigma social se construye mediante la atribución de etiquetas negativas que deshumanizan y marginalizan a los individuos, afectando su autoestima y su interacción con la sociedad.

Según Foucault (1975), las instituciones y las prácticas sociales no solo reflejan las estructuras de poder, sino que las consolidan al normalizar ciertos discursos y comportamientos que regulan a los individuos, como es el caso del consumo de sustancias en mujeres. En el ámbito de la salud y la justicia, el estigma se internaliza en las políticas y protocolos, donde las mujeres consumidoras de drogas son vistas como "casos perdidos" o como personas que merecen castigo más que cuidado. Esta visión se refuerza en el sistema de salud, como señala Pescosolido (2013), quien argumenta que las respuestas institucionales al consumo de sustancias suelen estar marcadas por prejuicios y estigmatización, lo que limita el acceso a tratamientos adecuados y contribuye a la marginalización de las personas afectadas. El estigma estructural, por lo tanto, no solo tiene un impacto individual, sino que perpetúa las desigualdades y la discriminación en el sistema institucional.

Esta introducción busca visibilizar las múltiples formas de estigmatización que enfrentan las mujeres consumidoras de sustancias, así como las condiciones sociales, estructurales y emocionales que inciden en el consumo y dificultan el proceso de atención. No se trata de romantizar el consumo, sino de mirar con profundidad sus causas, sus contextos y sus consecuencias, y hacerlo desde una posición ética que reconozca a cada mujer como sujeto de derechos, no como objeto merecedor de castigo o corrección. Este artículo es, entonces, una invitación a repensar nuestras miradas, nuestros discursos y nuestras prácticas. A reconocer que detrás de cada historia de consumo hay una historia de vida, y que toda historia merece ser escuchada sin juicio, con dignidad y con empatía.

¿Cómo inciden el estigma de género y las condiciones estructurales en el acceso y la calidad de la atención en mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas.?

Objetivo

Analizar cómo el estigma de género y las desigualdades estructurales afectan el acceso, la atención y la vivencia subjetiva de las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas en los servicios de salud mental.

El estigma nos toca a todos

Cuando los estigmas se integran en la cultura profesional o institucional, se vuelven difíciles de detectar...

Quienes trabajamos desde el campo social, clínico o comunitario no estamos exentos de haber sentido o ejercido alguna forma de estigmatización...

Lenguaje que hiere, lenguaje que salva

El lenguaje tiene un poder formador de realidades. No solo nombra lo que existe, sino que también configura cómo lo entendemos, lo valoramos y lo tratamos. Según el filósofo y lingüista Michel Foucault (1971), el lenguaje no es solo un medio de comunicación, sino una herramienta de poder que estructura el conocimiento y la realidad social. Foucault argumenta que las formas en que hablamos sobre las personas, los fenómenos o las prácticas establecen las bases de lo que consideramos "normal" o "anómalo", y este proceso influye en las políticas, las instituciones y las interacciones cotidianas. Esta visión se complementa con la teoría de la performatividad de Judith Butler (1990), quien sostiene que el lenguaje no solo describe, sino que también produce y legitima identidades, comportamientos y normas, configurando las realidades sociales de manera que las personas se ven a sí mismas y son vistas por los demás.

En el caso del consumo de sustancias, el lenguaje suele ser una de las primeras formas de exclusión. Palabras como "viciosa", "drogadicta", "loca" o "perdida" no solo describen -de manera miope- una conducta, sino que cargan con siglos de moralismo, miedo, desconocimiento y desprecio. En el caso de las mujeres, estos términos se cruzan además con estereotipos de género que las colocan como únicas responsables de su situación, indignas de cuidado o, incluso, peligrosas para la sociedad.

Estas etiquetas no son inocuas. Operan como marcas identitarias que se imponen sobre los cuerpos y las trayectorias. Cuando una mujer es señalada como "la que se lo buscó", se anula la posibilidad de comprender el sufrimiento, la historia de violencia, el abandono o la pobreza que muchas veces hay detrás del consumo. Además, se refuerza la lógica punitiva: se deja de mirar a la mujer como alguien que necesita apoyo y se le ve como alguien que necesita ser sancionada o corregida.

El poder del lenguaje se extiende también a los medios de comunicación, donde se construyen y reproducen imaginarios sociales cargados de estigma. Titulares como "madre drogadicta abandona a su hijo" o "mujer detenida por consumo" consolidan narrativas donde la mujer que consume aparece como monstruosa, peligrosa o fracasada. Este tipo de lenguaje no solo desinforma, sino que alimenta el miedo y justifica prácticas discriminatorias por parte de instituciones, familias y comunidades constituyendo un bucle de refuerzo perverso. La falta de enfoque de derechos y perspectiva de género en el tratamiento mediático de estos temas tiene un impacto directo en la opinión pública, y por ende, en las políticas públicas.

Según Goffman (1963), el estigma se construye a través de representaciones sociales que etiquetan y marginan a ciertos grupos, como

las mujeres que consumen drogas, lo que perpetúa su exclusión y el trato desigual. Además, estudios como el de van Loon et al. (2014) subrayan cómo los medios refuerzan estereotipos de género y refuerzan la visión patologizante del consumo de sustancias, lo que contribuye a la perpetuación de políticas y prácticas que criminalizan a estas mujeres en lugar de ofrecerles apoyo y acompañamiento. Este ciclo no solo afecta la percepción pública, sino también las políticas públicas, creando barreras para el acceso a la salud y al bienestar.

En el ámbito clínico y terapéutico, el lenguaje también puede ser una herramienta de violencia o de reparación. Frases como “no quiere dejar de drogarse”, “es una paciente difícil”, “ya no hay nada que hacer con ella” son comunes en contextos asistenciales. Estas expresiones no solo etiquetan, sino que cierran posibilidades de intervención, de escucha y de acompañamiento real. Por el contrario, el uso de un lenguaje respetuoso, sensible y basado en derechos puede abrir caminos de confianza y vínculo terapéutico. Decir, por ejemplo, “esta mujer aún no se siente lista para el cambio” no niega la situación, pero la nombra desde la posibilidad y no desde la condena.

Numerosos estudios han demostrado que el uso de lenguaje no estigmatizante mejora la adherencia a los tratamientos, fortalece el vínculo con el equipo de salud y promueve la autoeficacia de las personas usuarias (Conner & Rosen, 2008). Por ello, es urgente revisar no solo las palabras que decimos, sino las intenciones, los gestos, los silencios y los marcos culturales desde los cuales intervenimos. Hablar con cuidado no es una concesión ni una corrección superficial: es una práctica ética, un acto político y una herramienta terapéutica.

Asimismo, es fundamental promover procesos de resignificación del lenguaje desde las propias voces de las mujeres que consumen sustancias. Abrir espacios en los que puedan nombrarse, contar su historia, reescribir su narrativa desde un lugar de dignidad y no desde el castigo, lo que puede convertirse en un paso poderoso en su proceso de recuperación. La palabra, cuando es compartida y cuidada, puede ser un puente hacia la reparación.

El lenguaje puede herir, pero también puede sanar. De ahí la importancia de construir discursos que nombren desde el respeto, que reconozcan la complejidad de las vidas humanas y que se comprometan con el cuidado como principio fundamental de toda intervención.

El camino hacia una atención digna

Para que las mujeres que consumen sustancias psicoactivas puedan acceder a servicios de salud, acompañamiento psicosocial y espacios de contención verdaderamente transformadores es imprescindible derribar las barreras simbólicas y reales que obstaculizan su acceso. El estigma —en sus formas individuales, sociales y estructurales— constituye una de las principales barreras; no es una actitud aislada, sino un sistema de exclusiones normalizadas que impactan en las decisiones clínicas, las políticas públicas y las relaciones interpersonales.

Cambiar nuestro lenguaje, nuestras actitudes y nuestras políticas no es un acto accesorio, sino el punto de partida para una atención ética y humanizada. Es fundamental reconocer que no todas las mujeres que usan drogas presentan un trastorno mental; algunas encuentran en el consumo un modo de lidiar con el dolor, de sobrevivir a la violencia, de resistir a un mundo que las excluye. Este enfoque implica abandonar la visión reduccionista y patologizante que ve el consumo como un simple síntoma de un trastorno, y adoptar una perspectiva que considere el contexto social y personal de cada mujer. Como argumenta Judith Butler (2004), los cuerpos de las mujeres son sitios de resistencia y de lucha, y sus comportamientos pueden ser interpretados como respuestas complejas a una serie de opresiones estructurales. Además, en la línea de pensamiento de M. Foucault (1975), debemos cuestionar las estructuras de poder que configuran nuestras percepciones sobre la "normalidad" y la "salud", reconociendo que las políticas de salud deben centrarse en el bienestar integral y en la dignidad de las mujeres, no en la criminalización o en la medicalización de sus decisiones. Por lo tanto, es necesario un cambio en las políticas de atención, donde se prioricen estrategias de cuidado que promuevan la autonomía y el empoderamiento, y no solo la intervención y el control.

Una atención digna parte del reconocimiento de la autonomía de las mujeres. No se trata de “rescatarlas”, “corregirlas” o imponerles un único modelo de salud. Se trata de generar condiciones para que puedan decidir con información, con apoyo y con dignidad. Esto implica romper con el paradigma biomédico hegemónico que reduce la intervención a diagnósticos y tratamientos farmacológicos, e incorporar abordajes integrales que incluyan el bienestar emocional, las redes de apoyo, los proyectos de vida y el reconocimiento de derechos. En este sentido, autores como M. García-Rosell y M. Ríos (2017) destacan la importancia de un enfoque holístico que reconozca la interrelación entre salud física, mental y social. Además, en la línea de pensamiento de Martha Nussbaum (2000), la autonomía y la capacidad de tomar decisiones libres y fundamentadas son esenciales para que las personas vivan con dignidad, lo que subraya la necesidad de adaptar los sistemas de atención a las realidades y necesidades particulares de las mujeres.

El trabajo, además, no termina en la mujer que consulta. El entorno cercano —familias, parejas, hijas e hijos— suele ser un espejo del mismo estigma que se vive en las instituciones. Muchos de los vínculos significativos de estas mujeres están marcados por la culpa, el rechazo o el abandono. Por eso, intervenir únicamente desde lo individual resulta insuficiente. Sanar, en muchos casos, implica acompañar también a esas redes, ayudarlas a comprender, a reconstruir el vínculo, a dejar de juzgar para comenzar a sostener.

Una atención verdaderamente digna debe contemplar también los contextos sociales, económicos y culturales en los que viven estas mujeres. No es lo mismo consumir en una clínica privada que en la calle. No es igual

ser madre usuaria en un barrio periférico que en un entorno de clase alta. Las condiciones materiales de existencia influyen en las formas de consumo, en la posibilidad de pedir ayuda y en el tipo de respuesta que se recibe. Por eso, el enfoque interseccional resulta clave: no podemos hablar de atención digna si no abordamos simultáneamente las desigualdades de género, clase, raza y territorio. Según Kimberlé Crenshaw, quien acuñó el término, no podemos hablar de una atención digna si no abordamos simultáneamente las desigualdades de género, clase, raza y territorio (Crenshaw, 1989).

Finalmente, es fundamental que las instituciones que prestan servicios en salud mental y adicciones revisen sus propios procedimientos, protocolos y prácticas. ¿Qué tan accesibles son? ¿Qué tan seguros se sienten los espacios para una mujer que llega por primera vez? ¿Qué tan respetadas se sienten en su autonomía, su identidad y su historia? Estas preguntas deben ser parte de una evaluación permanente, no como ejercicio burocrático, sino como compromiso ético con la justicia y la dignidad.

Solo cuando el acompañamiento se basa en la empatía, la escucha activa, la coherencia profesional y el reconocimiento de la complejidad humana, podemos hablar de una atención verdaderamente digna. Una atención que no impone, sino que propone; que no invalida, sino que sostiene; que no borra, sino que permite narrarse desde otros lugares, más allá del estigma

Una invitación abierta

A todas y todos quienes trabajamos con mujeres en cualquier contexto —consultorios, hospitales, comunidades, instituciones educativas o espacios terapéuticos— esta es una invitación a mirar más allá del estigma. A detenernos, a observar con ojos más humanos y menos técnicos, a preguntarnos desde qué lugar nos vinculamos con las mujeres que consumen sustancias psicoactivas.

Mirar más allá del estigma implica reconocer a la persona detrás de la etiqueta. A la mujer que, incluso en medio del dolor, la confusión o el consumo, sigue buscando algo: ayuda, contención, comprensión, sentido. Cada una de ellas tiene una historia que merece ser escuchada sin filtros ni etiquetas. Una historia que, en muchos casos, ha sido silenciada por años: por la vergüenza, el miedo, la violencia o la desconfianza en un sistema que les ha fallado.

Es momento de pasar del diagnóstico a la escucha, del juicio a la empatía, de la corrección al acompañamiento. Escuchar no es una acción pasiva: es un acto político. Escuchar implica sostener sin invadir, abrir un espacio sin exigir respuestas inmediatas, crear condiciones donde la palabra —y el silencio— sean posibles.

Empoderar no es imponer decisiones ajenas, sino ayudar a que cada mujer encuentre su voz, su ritmo, su camino. Acompañar no es controlar, sino caminar al lado. Sostener no es cargar, sino estar disponibles cuando el

otro se cae. Estas son prácticas humanas, profundamente necesarias en escenarios terapéuticos, comunitarios y de cuidado.

Que la empatía se vuelva política pública: que no sea solo una cualidad personal, sino un eje transversal en la formación de profesionales, en los diseños institucionales, en las estrategias de salud, en los marcos legales. Que esté presente en las políticas de acceso, en los protocolos de atención, en los manuales clínicos. Que deje de ser un lujo para convertirse en una obligación ética.

La empatía, entendida como la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás, puede y debe ser integrada en las políticas públicas, aunque no pueda ser impuesto como una obligación legal. Si bien no es posible obligar a una persona a sentir empatía, es factible fomentar su desarrollo mediante estrategias que promuevan un entorno social e institucional que valore la comprensión mutua y respeto por el otro.

Y que el respeto a la dignidad de las personas sea una práctica cotidiana. No una palabra decorativa, sino un principio rector. Que cada mujer sea tratada como lo que es: un ser humano con derechos, con historia, con capacidades, con heridas, pero también con sueños.

Esta invitación está abierta. Porque el cambio no vendrá solo desde las instituciones ni desde los libros, sino desde nuestras miradas, nuestros gestos, nuestras palabras, nuestras decisiones cotidianas. El estigma no desaparece con discursos; se transforma en el encuentro entre dos personas que se reconocen en igualdad, más allá del consumo, más allá del dolor.

Conflict of Interest

None.

Informed Consent

N/A

Funding Sources

N/A

Referencias

- Acker, J. (1990). *Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations*. *Gender & Society*, 4(2), 139-158.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.
- Butler, J. (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Verso.
- Conner, K. O., & Rosen, D. (2008). The burden of multiple stigmas for women with co-occurring mental health conditions and substance misuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(4), 97-113
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-167.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall.
- Foucault, M. (1971). *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI Editores.
- García-Rosell, M., & Ríos, M. (2017). *Modelos integrales en la atención a la salud de las mujeres: Enfoques y desafíos en la atención pública*. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 45-60.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Ediciones Morata.
- Marínez-Raga, J., & Gual, A. (2018). *Gender differences in the patterns of substance use and the implications for treatment in women*. *Addictive Behaviors*, 81, 90-98.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge University Press.
- Van Loon, A., et al. (2014). *The role of media in constructing women's substance use: Gendered representations and their effects on treatment outcomes*. *Journal of Substance Use and Misuse*, 49(9), 1168-1177.

Article Submission: <https://jcd.manuscriptmanager.net/>