

“De la violencia al diálogo:

Comprendiendo y previniendo la crisis social”

*Foro coordinado por el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico*



# Violencia estructural y sustancias psicoactivas en Puerto Rico: Comprender el daño más allá del consumo

Dr. Eduardo J. Zavala-Mendoza

Principal investigador/Departamento de Salud

Catedrático auxiliar/EGTS UPRRP

05.09.2025

Carolina, Puerto Rico

# Propósitos de la presentación

- Examinar, a partir de datos y vivencias, los **vínculos** entre las **violencias** estructurales e institucionales y el uso de **sustancias psicoactivas** en Puerto Rico.
- Promover la **autorreflexión** crítica que permita identificar rutas éticas y sensibles para **transformar** las prácticas, narrativas y políticas públicas que perpetúan estas violencias en entornos de atención y comunitarios.

**“Es más fácil capear que  
recibir tratamiento”**

*(Participante de programa de tratamiento de trastorno por uso de sustancias)*

# ¿Qué es violencia estructural y violencia?

**Violencia estructural:** Daño generado por **sistemas sociales** de desigualdad **(in)visibilizados** y **normalizados**. Interactúan y se refuerzan entre sí (acceso, calidad o atención) en dimensiones como la salud pública, educación, justicia, vivienda (Galtung, 1969; Farmer, 2004; Schumacher, 2008).

**Violencia institucional:** **Discriminación** o **negligencia** (pasiva y activa) desde las **propias estructuras del Estado** o **instituciones** que afectan negativamente aspectos de la vida cotidiana (Bluthenthal, 2021; Saxena y colegas, 2007; Sturgeon, 2014; OMS, 2001).

# ¿De qué forma opera la violencia cuando no deja marcas visibles?



## NIH Public Access

### Author Manuscript

*J Health Dispar Res Pract*. Author manuscript; available in PMC 2013 September 17.

Published in final edited form as:  
*J Health Dispar Res Pract*. 2013;28(1):1-11.

## Health Disparity and Structural Violence: How Fear Undermines Health Among Immigrants at Risk for Diabetes

**Janet Page-Reeves,**  
University of New Mexico

**Joshua Niforatos,**  
University of New Mexico

**Shiraz Mishra,**  
University of New Mexico

**Lidia Regino,**  
East Central Ministries

**Andrew Gingrich,** and  
University of New Mexico

**Robert Bulten**  
East Central Ministries

### Abstract

Diabetes is a national health problem, and the burden of the disease and its consequences particularly affect Hispanics. While social determinants of health models have improved our conceptualization of how certain contexts and environments influence an individual's ability to make healthy choices, a structural violence framework transcends traditional uni-dimensional analysis. Thus, a structural violence approach is capable of revealing dynamics of social practices that operate across multiple dimensions of people's lives in ways that may not immediately appear related to health. Working with a Hispanic immigrant community in Albuquerque, New Mexico, we demonstrate how structural forces simultaneously directly inhibit access to appropriate healthcare services and create fear among immigrants, acting to further undermine health and nurture disparity. Although fear is not normally directly associated with diabetes health outcomes, in the community where we conducted this study participant narratives discussed fear and health as interconnected.



## HHS Public Access

### Author manuscript

*SSM Qual Res Health*. Author manuscript; available in PMC 2022

Published in final edited form as:  
*SSM Qual Res Health*. 2021 December ; 1 : . doi:10.1016/j.ssmqr.2021.100010.

## Structural, everyday, and symbolic violence and t vulnerability to HIV of women who use drugs in T

**Haneefa T. Saleem<sup>a,b</sup>, Leanne Zhang<sup>a</sup>, Claire Silberg<sup>b</sup>, Carl Latkin<sup>c</sup>, Sa**

<sup>a</sup>Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, J University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland, 21205, USA

<sup>b</sup>Department of Population, Family and Reproductive Health, Bloomberg S Johns Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland, 21

<sup>c</sup>Department of Health, Behavior and Society, Bloomberg School of Public University, 624 North Broadway Avenue Hampton House Room 737, Balti USA

<sup>d</sup>School of Public Health and Social Sciences, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, P.O. Box 65015, Dar es Salaam, Tanzania

### Abstract

Women who use drugs shoulder a disproportionate burden of the HIV epidemic in Tanzania. The mechanisms through which violence contributes to their excessively high rates of HIV have not been explored. In this paper, we use concepts of everyday, symbolic, and structural violence to critically examine the relationship between violence and heightened HIV vulnerability of women who use drugs in Dar es Salaam, Tanzania. We conducted cross-sectional surveys with 200 women who use drugs and follow-up, in-depth interviews with 30 survey participants who identified as living with HIV between November 2018 and March 2019. We drew from grounded theory methods to analyze qualitative data and complemented qualitative findings with survey results. Structural violence perpetuated constraints on women's economic opportunities and reduced their agency in sexual encounters manifesting in their disproportionately high rates of HIV. Nearly all women in our study engaged in sex work to meet basic needs and to support their drug use. Their involvement in overlapping drug use and sex work scenes exposed them to physical and sexual violence. Despite the pervasiveness of structural and everyday violence, some women reenacted agency by adopting strategies to maintain control and safety, and to exercise harm reduction. A

### RESEARCH ARTICLE

## Emergency department experiences of people who use drugs who left or were discharged from hospital against medical advice

**Samara Mayer<sup>1,6,7</sup>, Verena Langheir<sup>1,6,7</sup>, M. Nolan S. Boyd<sup>1,5\*</sup>, Will Small<sup>1,6,7</sup>, Ryan McNeil<sup>1,5,8,9†</sup>**

**1** British Columbia Centre on Substance Use, Vancouver, British Columbia, Canada, **2** Interdisciplinary Studies Graduate Program, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, **3** Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, **4** Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences, Vancouver, British Columbia, Canada, **5** Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, **6** Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada, **7** Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Vancouver, British Columbia, Canada, **8** Internal Medicine, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, United States of America, **9** Yale Program in Addiction Medicine, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, United States of America

\* These authors contributed equally to this work.

† RM is senior author on this work.

\* ryan.mcneil@yale.edu

### Abstract

#### Background

People who use drugs (PWUD) frequent emergency departments at a higher rate than the general population, and experience a greater frequency of soft tissue infections, pneumonia, and chronic conditions such as, HIV/AIDS and hepatitis C. This population has distinct health care considerations (e.g. withdrawal management) and are also more likely to leave or be discharged from hospital against medical advice.



### OPEN ACCESS

**Citation:** Mayer S, Langheir V, Nolan S, Boyd J, Small W, McNeil R (2023) Emergency department experiences of people who use drugs who left or were discharged from hospital against medical advice. *PLoS ONE* 18(2): e0282215. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282215>

**Editor:** Tara Gomes, University of Toronto Leslie Dan Faculty of Pharmacy, CANADA

**Received:** February 8, 2022

**Accepted:** February 9, 2023

**Published:** February 23, 2023

**Copyright:** © 2023 Mayer et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.



# Definiendo las sustancias psicoactivas

Son drogas u otras sustancias que afectan el **funcionamiento** del cerebro y provocan **cambios** en el estado de ánimo, la consciencia, los pensamientos, los sentimientos o el comportamiento. (NIH, 2022)

"**Psicoactivo**" no implica necesariamente que produzca dependencia.

Su producción, distribución, venta o uso (incluyendo el no médico) puede estar contralado o prohibido. (WHO, 2025)

# Clasificación de las sustancias psicoactivas

(NIDA, 2020; SAMHSA, 2017; WHO, 2016)

Categoría	Subcategorías y ejemplos
<b>Opioides</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Naturales: morfina, codeína</li><li>- Semisintéticos: heroína, oxicodona, hidrocodona</li><li>- Sintéticos: fentanilo, metadona, nitacenos</li></ul>
<b>Estimulantes</b> del sistema nervioso central (SNC)	Cocaína, anfetaminas, metanfetamina
<b>Depresores</b> del SNC	Alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas (alprazolam – <i>Xanax</i> -, diazepam – <i>Valium</i> -, clonazepam)
<b>Alucinógenos</b> clásicos/psicodélicos	LSD, mescalina, psilocibina (hongos)
<b>Cannabinoides</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Naturales: tetrahidrocannabinol (THC)</li><li>- Sintéticos: K2, Spice</li><li>- Medicinales aprobados: dronabinol, nabilona</li></ul>
<b>Disociativos</b>	Ketamina, fenciclidina (PCP), dextrometorfano (DXM)
<b>Otras sustancias</b> de interés emergente	<ul style="list-style-type: none"><li>- Xilacina (“anestesia de caballo”): no psicoactiva, pero neuroactiva</li><li>- Inhalantes: tolueno, óxido nitroso</li><li>- Sustancias psicoactivas novedades</li></ul>



# Violencias vinculadas al uso de sustancias psicoactivas

Fuente	Forma de violencia estructural e institucional identificada	Relación con el uso de sustancias psicoactivas
World Health Organization (2022)	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Negligencia</b> en el acceso a tratamientos informados por evidencia.</li><li>- <b>Omisión</b> en proveer medicamentos esenciales y servicios preventivos.</li><li>- <b>Ignorar</b> determinantes sociales clave.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Impide el tratamiento adecuado y la efectividad terapéutica de las adicciones.</li><li>- Aumenta el riesgo de complicaciones y exclusión del sistema de salud.</li></ul>
Bluthenthal (2021)	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Estigmatización</b> social e institucional.</li><li>- Políticas excluyentes en servicios públicos, empleo, educación y vivienda.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Refuerza ciclos de marginación.</li><li>- Disuade a las personas de buscar ayuda o integrarse socialmente.</li></ul>
American Psychological Association (2017)	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Trato irrespetuoso.</b></li><li>- <b>Abuso</b> verbal o físico hacia personas que buscan tratamiento o apoyo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Deteriora la confianza en los servicios de salud.</li><li>- Aumenta barreras para el acceso a intervenciones terapéuticas.</li></ul>
National Institute for Occupational Safety and Health (2022)	<b>Precariedad</b> en el espacio de trabajo, <b>estrés</b> psicosocial, <b>privación</b> socioeconómicas e <b>inseguridad</b> laboral.	Reducción en la calidad, estabilidad y seguridad de los servicios brindados por trabajadores en condiciones precarias

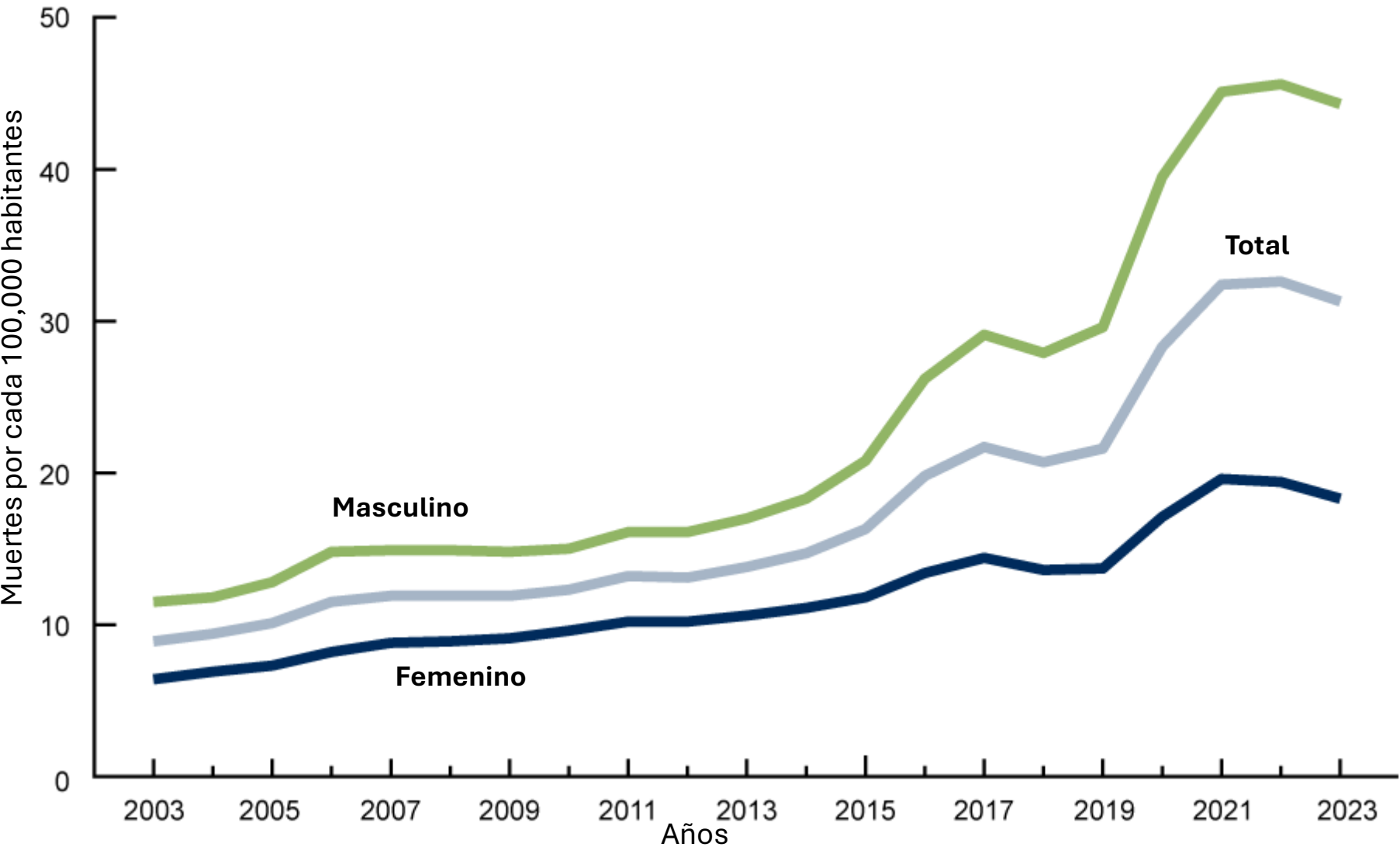


**Más allá del consumo:  
Complejidades estructurales y  
sociales en la crisis por sustancias  
psicoactivas en Puerto Rico**

...Yo tuve una violación a los nueve años hasta los 19, amenazada porque me le iban a hacer daño a mi papá. Personas que sí eran peligrosas. De ahí empecé a usar las Percocet. Yo me tomaba 35 Percocet al día...Siempre es por algo o de la niñez, algo que nos ha pasado, un vacío que uno tiene que llenar. Es prácticamente lo que yo pienso que es...

*(Participante CNA\_EN\_B02, del estudio "Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a los opioides, estimulantes y polisustancias en la población de Puerto Rico")*

**Gráfica 1.** Tasa de mortalidad por sobredosis de drogas ajustada según edad y sexo: Estados Unidos, 2003-2023 (CDC, 2024)



La tasa general ajustada según edad de las muertes por sobredosis **incrementó** de 8.9 por cada 100,000 habitantes en **2003** a 32.6 en **2022**. No obstante, la tasa **disminuyó** a 31.3 en **2023**

Las tasas **disminuyeron** entre 2022 y 2023 en ambos sexos y en las personas de **15 a 54 años**, pero **aumentaron** para los adultos de **55 años o más**

Fuente: CDC’s National Vital Statistics System; Garnett & Miniño (2024).

**Tabla 1.** Distribución anual de las defunciones relacionadas a intoxicaciones: Puerto Rico, 2018-2024

Años	Totales
2018	402
2019	449
2020	542
2021	691
<b>2022</b>	<b>818</b>
2023	817
2024	452
No especificada	1
<b>Total</b>	<b>4,172</b>

Distribución de casos por género:

- Masculino: **3,660 casos**
- Femenino: 502 casos

La Región de Salud con el mayor numero de casos relacionados a muertes por intoxicación durante el periodo de 2018 a diciembre 2024:

- Región Metro con **1,047 casos**

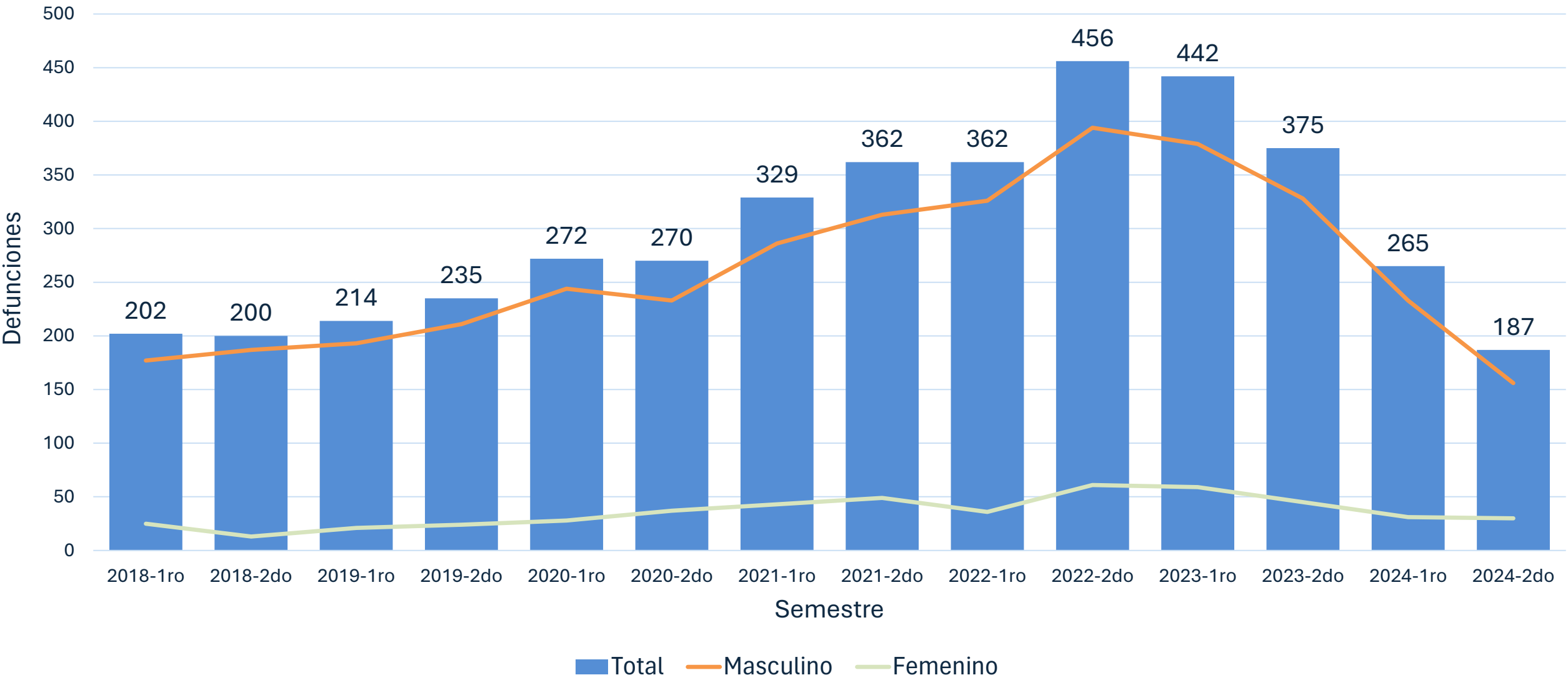
*Fuente:* Base de datos de intoxicaciones fatales del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico (ICF) del 01.01.2018 al 12.31.2024 (actualizado el 01.29.2025).  
*Elaborado por:* División de Salud Publica para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Psicoactivas, DSPR.

**Tabla 2.** Distribución por Región de Salud de las defunciones relacionadas a intoxicaciones: Puerto Rico, 2018-2024

Región de Salud	Género			Total
	Femenino	Masculino	No determinado	
Arecibo	62	401	3	466
<b>Bayamón</b>	<b>87</b>	<b>670</b>	<b>0</b>	<b>757</b>
Caguas	75	562	1	638
Mayagüez/Aguadilla	62	457	1	520
<b>Ponce</b>	<b>63</b>	<b>576</b>	<b>2</b>	<b>641</b>
<b>Metropolitana</b>	<b>146</b>	<b>899</b>	<b>2</b>	<b>1,047</b>
Fajardo	7	93	0	100
En PR (sin esp.)	0	0	0	0
Fuera de PR	0	0	0	0
No esp.	0	2	1	3
Total	502	3,660	10	<b>4,172</b>

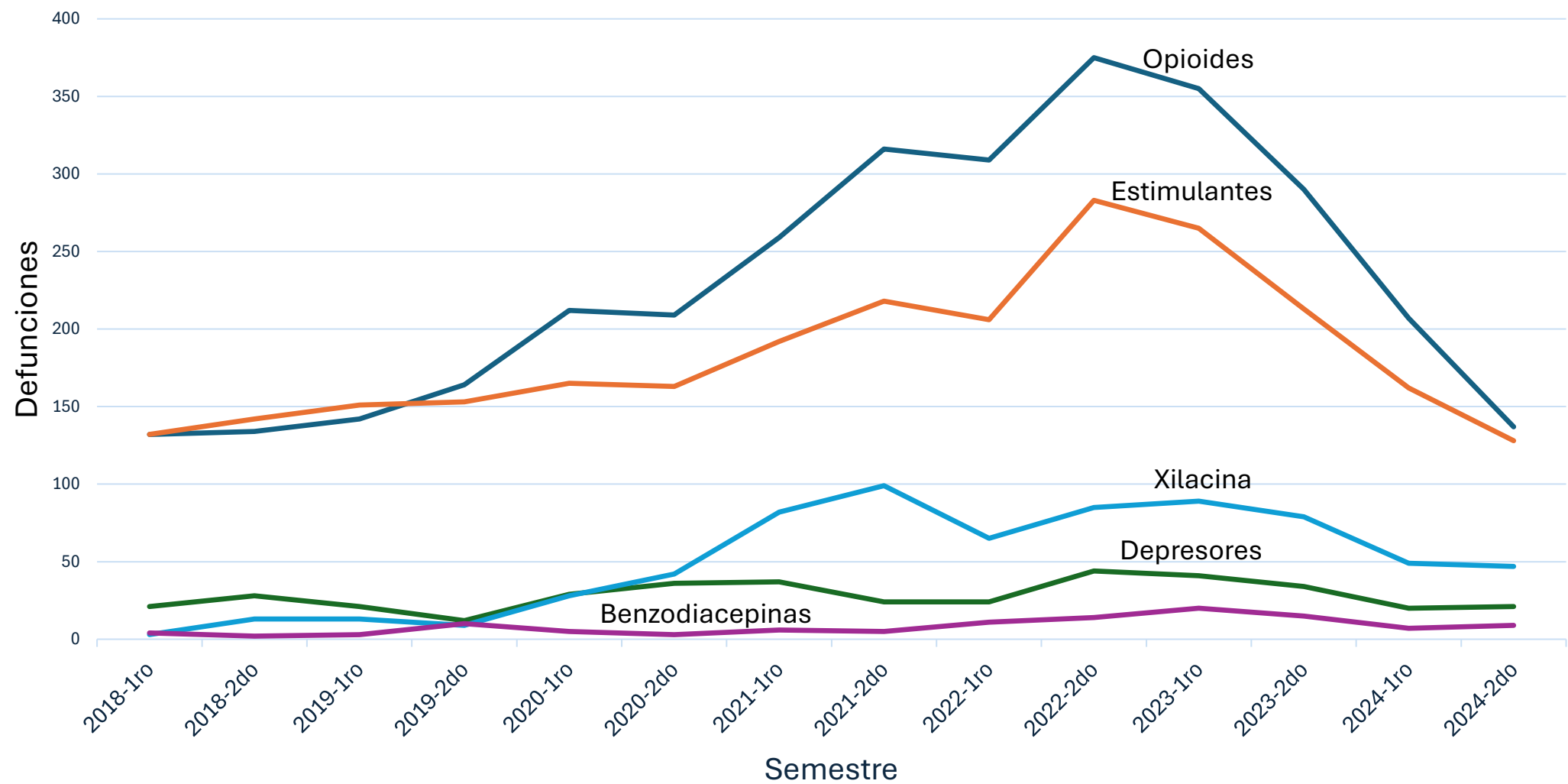
*Fuente:* Base de datos de intoxicaciones fatales del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico (ICF) del 01.01.2018 al 12.31.2024 (actualizado el 01.29.2025). *Elaborado por:* División de Salud Publica para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Psicoactivas, DSPR.

**Gráfica 2.** Defunciones relacionadas a intoxicaciones y en las que se identificó la presencia de alguna sustancia por sexo: Puerto Rico, 2018-2024



*Fuente:* Base de datos de intoxicaciones fatales del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico (ICF), actualizado el 01.29.2025.  
*Elaborado por:* División de Salud Publica para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Psicoactivas, DSPR.

**Gráfica 3.** Defunciones relacionadas a intoxicaciones y en las que se identificó alguna sustancia psicoactiva según categorías:  
Puerto Rico, 2018-2024



Estas categorías, incluyeron las siguientes sustancias:

**Opioides:** Fentanilo, Morfina, Codeína, Heroína, Oxiconona, Metadona y Tramadol

**Estimulantes:** Cocaína, Cocaetileno y Benzoilecgonina

**Depresores:** Alcohol

**Benzodiazepinas:** Alprazolam, Clonazepam, Temazepam y Lorazepam

*Fuente:* Base de datos de intoxicaciones fatales del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico (ICF), actualizado el 01.29.2025.  
*Elaborado por:* División de Salud Publica para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Psicoactivas, DSPR.



# Característica en Puerto Rico: Consumo desde la Polisustancia

Sustancias con mayor presencia en las defunciones relacionadas a intoxicación

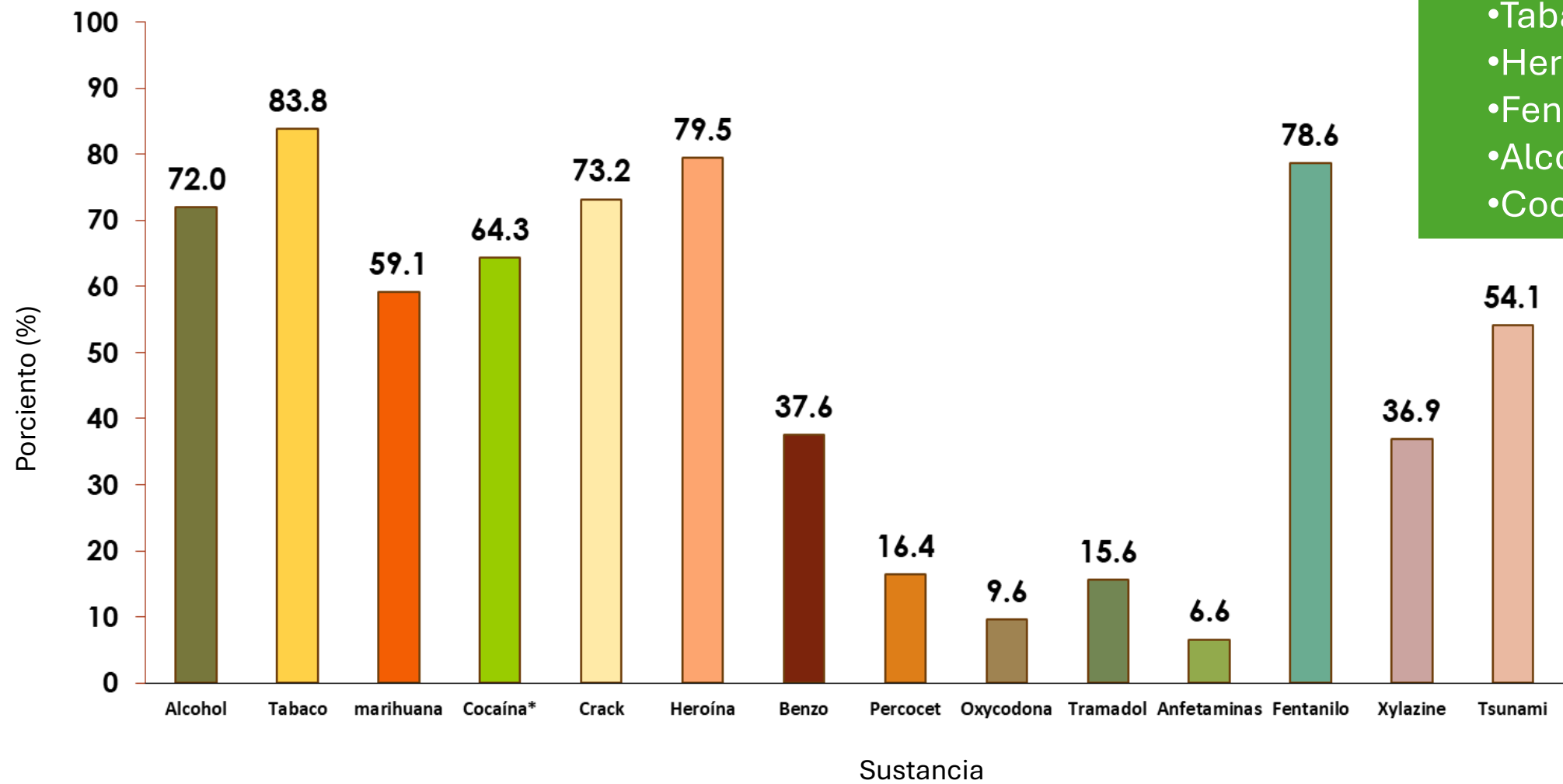
**Fentanilo: 3,026 casos (73%)**  
**Cocaína: 2,566 casos (62%)**  
**Xilacina: 703 casos (17%)**

Combinación de sustancias con mayor presencia en las defunciones relacionadas a intoxicación

**Cocaína y Fentanilo: 995 casos (26%)**

*Fuente:* Base de datos de intoxicaciones fatales del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico (ICF), actualizado el 01.29.2025. *Elaborado por:* División de Salud Pública para la Prevención de Sobredosis por Sustancias Psicoactivas, DSPR.

**Gráfica 4.** Características del uso de sustancias: Puerto Rico, 2024  
(N=400)



De acuerdo con Reyes y colegas (2024), las sustancias mas utilizadas:

- Tabaco: 83.8%
- Heroína: 79.5%
- Fentanilo: 78.6%
- Alcohol: 72.0%
- Cocaína: 64.3%

Fuente: Reyes et al./Departamento de Salud (2024)

# **ACCESO, CALIDAD Y ADHERENCIA A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO**

Es una burocracia que nunca se va a acabar...cada vez que yo tengo que ir a hacerme cualquier cosa...es que si el referido, que si la contrafirma del médico, que si la farmacia, que si este medicamento no te lo cubre el plan, que si cuesta tanto.

*(Participante CNA\_EN\_A02, del estudio "Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a los opioides, estimulantes y polisustancias en la población de PR")*

Yo estuve muchos años ahí recibiendo tratamiento para mi condición de VIH. Nunca. Allí yo nunca vi psicólogo, psiquiatra, nada. Era solo al médico de mi condición. Nada *(para el uso de sustancias)*.

*(Participante CNA\_EN\_A01, del estudio "Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a los opioides, estimulantes y polisustancias en la población de PR")*

# 40.7 millones

de personas con un trastorno por consumo de drogas ilícitas o alcohol en el último año no recibieron tratamiento en un centro especializado.

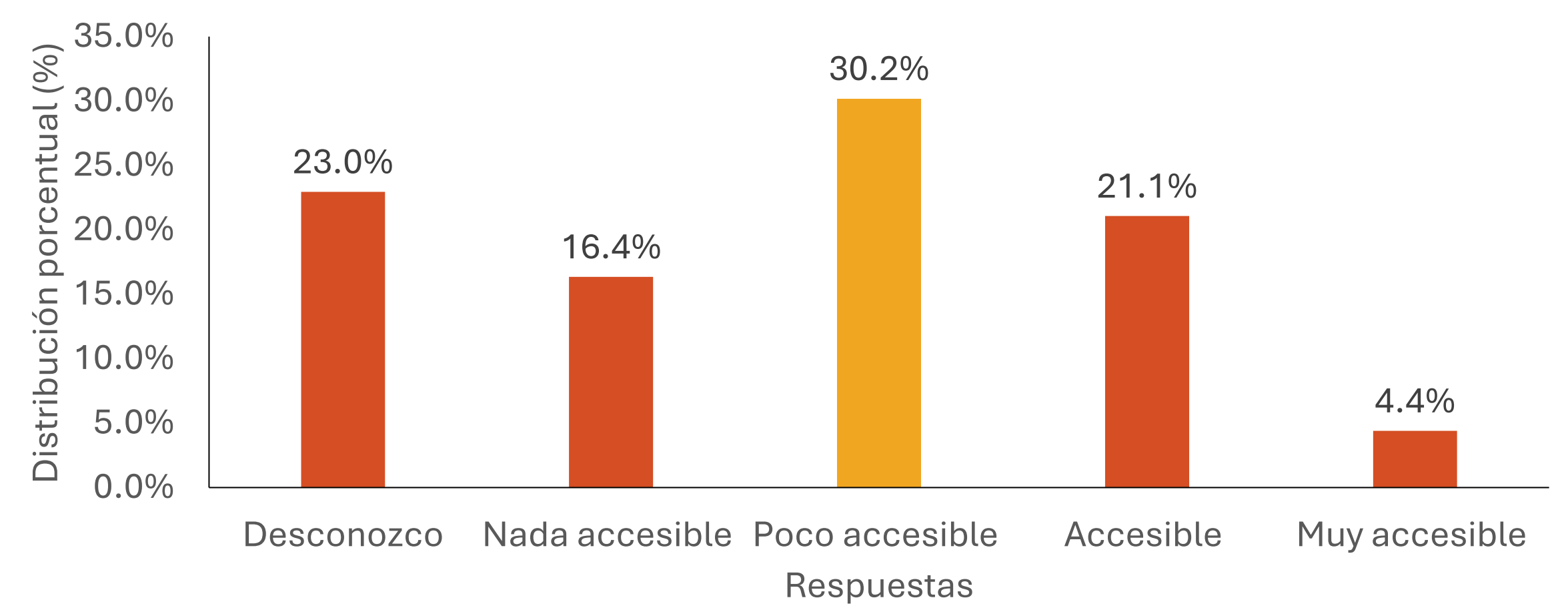
Fuente: SAMSHA,  
2021

# 9.1 millones

de personas con un diagnóstico de alguna enfermedad de salud mental que recibieron tratamiento de salud mental en el último año.

Fuente: NIH,  
2021

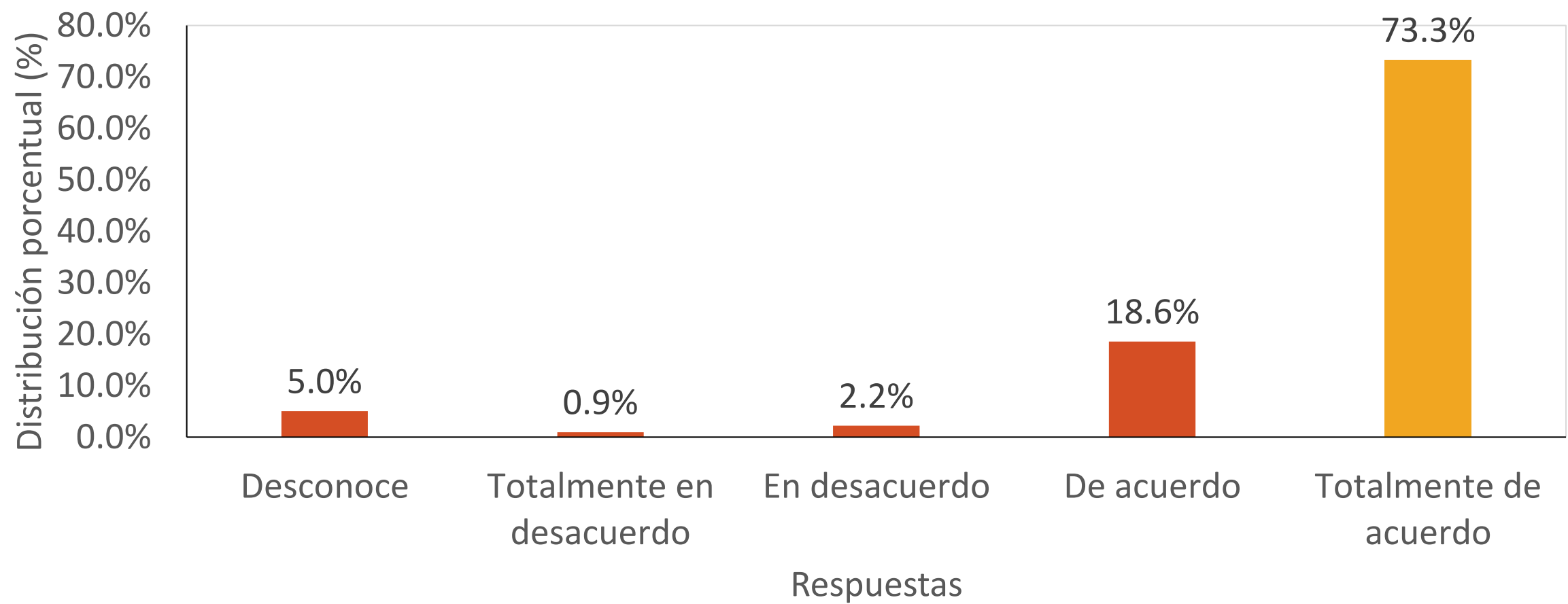
**Gráfica 5.** ¿Cuán accesible son los servicios de salud para que personas de su comunidad asistan a programas de recuperación con uso problemático de sustancias? (Puerto Rico, CNA 2024)



**N=318**

**Fuente:** *Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a opioides, estimulantes y polisustancias en la población de Puerto Rico, 2024.*

**Gráfica 6.** ¿Cree que hay una necesidad de servicios de salud (ej. médica, psicológica, psiquiátrica, entre otros) para superar la dependencia a opioides, estimulantes o polisustancias? (Puerto Rico, CNA 2024)

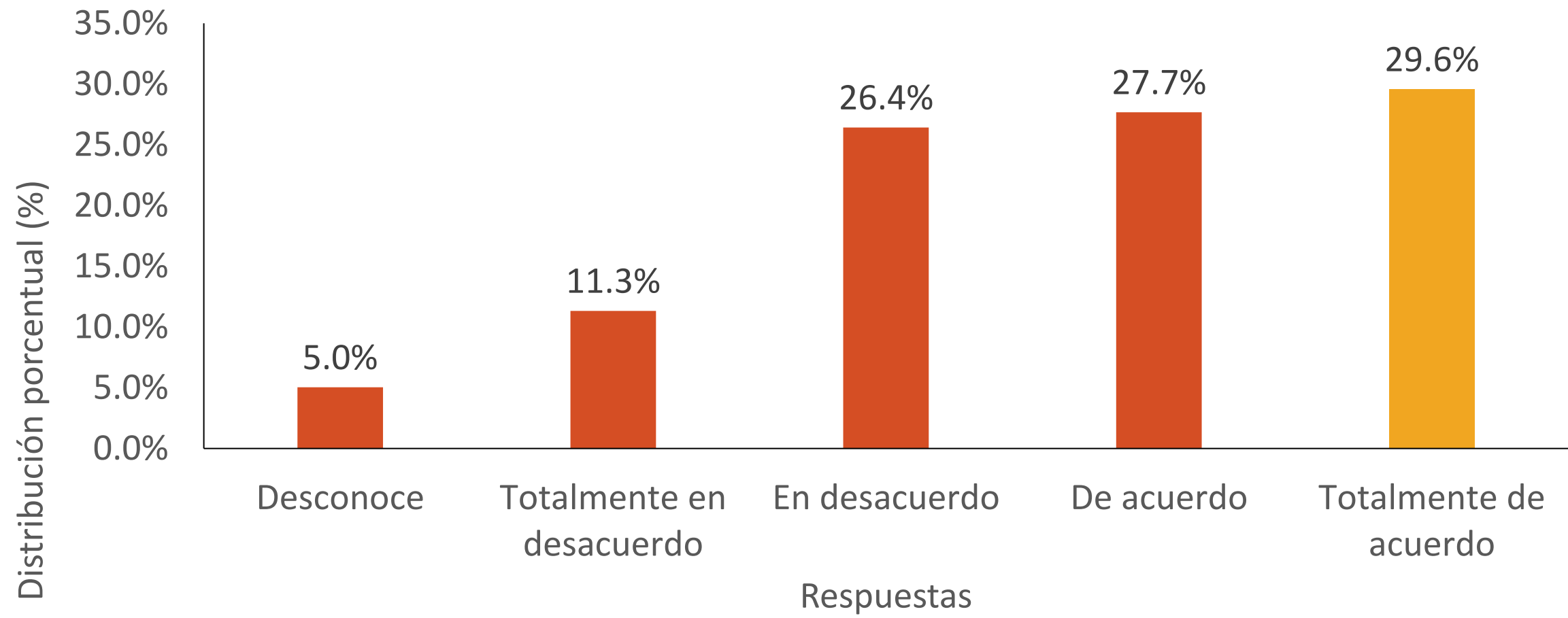


**N=318**  
**Fuente:** *Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a opioides, estimulantes y polisustancias en la población de Puerto Rico, 2024.*



# Quantitative findings

**Gráfica 7.** ¿Considera que pertenecer a un grupo vulnerado (ej. LGBTTQ+, confinados, migrantes, población sorda, mujeres, entre otros) es un impedimento para acceder a tratamientos de calidad? (Puerto Rico, CNA 2024)



**N=318**  
**Fuente:** *Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a opioides, estimulantes y polisustancias en la población de Puerto Rico, 2024.*

# Población general en necesidad de servicios relacionados al uso de sustancias

- Colón et al., 2002: estimado de 74,300 personas
- Canino et al., 2016: estimado de 57,300 personas

**Tabla 3.** Estimado de clínicas de tratamiento de adicción y censo de pacientes por modalidad, Puerto Rico (a marzo 2023)

Modalidad	Censo			
	Clínicas	%	Mar 2023	%
Todas	226	100.0	15,395	100.0
Residencial	93	41.2	3,255	21.1
Ambulatorio	133	58.8	12,140	78.9
No MOUD*	68	30.1	2,040	13.3
MOUD *	65	28.8	10,100	65.6
Metadona	5	2.2	3,800	24.7
Buprenorfina	60	26.5	6,300	40.9

Fuente: Colón et al., (2024). Estos representan datos preliminares. \*Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD)

**Personas privadas de libertad en necesidad de servicios relacionados al uso de sustancias** (Physician Correctional, según datos al 04.21.2025):

- aproximadamente **5,460 personas** (**78%** de la población del Sistema Correccional con dependencia a sustancias/censo total estimado: +7,000 personas)
- El **42%** tiene problemas de salud mental y el **66%** enfermedades crónicas.

**Tabla 4.** Estimado de capacidad/camas para servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias: Sistema Correccional de Puerto Rico (a febrero, 2023)\*

Servicios Internos de Salud Mental y Tratamiento de Trastornos por uso de Sustancias	Capacidad/Camas	Admisiones	Altas	Días Pacientes	Ocupación	Censo Promedio/Mensual
Unidad Psicosocial de Ponce 500	16	6	5	620	138.4%	22
Unidad Residencial de Tx Sustancias Ponce	150	0	4	728	17.3%	26
Unidad Residencial de Tx Sustancias Aguadilla	43	3	1	1,047	87.0%	37
Sub Totales	209	9	10	2,395	40.9%	86
Total Servicios Internos	253	14	15	3,245	45.8%	116

Fuente: Physician Correctional (2023). \*La tabla fue extraída de reporte estadístico.

# Retos de acceso y adherencia

(Reyes et al.,/Departamento de Salud, 2024)

*...primero la cita para el doctor que me dieron fue ponerle en un mes en ese mes pues no me pude quitar porque no me podía quitar, se me hacía difícil pero como quiera quería hacerlo, pero no podía fui al doctor, el doctor ahí me mandó una cita para el psicólogo ahí a dos meses más.*

*Antes tu tenías todo el día que pues por lo menos en el caso de las personas que trabajan no tenían problema porque podían ir a cualquier hora y ahora no porque ahora es hasta las hasta las 1 y media y los días de fiesta hasta las 11: 45 son muchas personas que trabajan bien temprano, se les hace bien difícil llegar allí porque en la fila esto y muchos llegan a los trabajos tarde y hasta uno pierde, uno ha perdido hasta trabajo por estar allí.*

Esperas y demoras para acceder al tratamiento (reconocimiento de mejorías)

Experiencias negativas con programas de tratamientos (sin integrar modelos informados por evidencia)

Atribuyen problemas de salud relacionados a tratamiento prolongado

Limitaciones de horarios y transportación

*Mira mi amor, ya nada más te voy a enseñar, mira y es calcio, mira a mí se me han ido separando (los dientes) se me separaron, yo no te miro, yo tenía unos dientes hermosos se me separaron, estos de aquí así se me están cayendo los de aquí se me están cayendo.*

# **ESTIGMA ESTRUCTURAL Y OTRAS FORMAS DE DISCRIMACIÓN**

“...Fui a ver a un (profesional) y me dijo, "tú nunca vas a dejar eso. Tú siempre vas a ser así. Hay ayuda para eso, pero tú no puedes. Eso siempre tú lo vas a llevar ahí.”

*(Participante CNA\_EN\_B03, del estudio "Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a los opioides, estimulantes y polisustancias en la población de PR")*

“...me mandó a hacer pruebas...todo salió negativo. Me dejaron como tres días en el hospital. Pero si recuerdo esa parte... (la profesional) del hospital tratándome como que yo fuera usuaria...no se sintió nada bien. Y aunque yo estuviera usando, esa no era manera de tratar...De sentirse rechazado, de sentir que la miren de cierta manera...les remuevan los niños...”

*(Participante CNA\_EN\_B01, del estudio "Avalúo de necesidades de la comunidad relacionado a los opioides, estimulantes y polisustancias en la población de PR")*

# Intersecciones, dinámicas y patrones de opresión

(Reyes et al./Departamento de Salud, 2024)

Los factores asociados a historial de sobredosis no fatales incluyeron, según el estudio (N=400): ser **hombres** (80.1%), entre **45-54 años** (31%), con educación de **escuela superior** (55.4%), **solteros** (63.2%), y con **historial de tratamiento** (75.6%) y **encarcelamiento** (72.9%).

Además, se caracterizó por: no **tener hogar**, síntomas severos de ansiedad y depresión, y **uso** de cocaína, heroína, benzodiazepinas, oxicodona, xilacina, fentanilo y uso inyectado.



# Cuando el estigma entra a la consulta: Percepciones hacia los trastornos por uso de sustancias

(Albizu-García et al.,/Departamento de Salud, 2024)

*De los resultados de la administración del Medical Condition Regard Scale (subescalas de beneficencia, distanciamiento social, y peligrosidad) a profesionales de la salud en sectores comunitarios y correccionales:*

- Un **40–60 % de profesionales** en los sectores (psicosocial: n 51 y, médicos/enfermeros: n: 88) endosaron la idea de que las personas con TUS son peligrosas o socialmente irresponsables, percepción más acentuada entre médicos/enfermeros.
- En **distanciamiento social**, médicos/enfermeros mostraron mayor respaldo a ideas como que estas personas “deben ser encerradas” o “no pueden asumir responsabilidades”, lo que dificulta el establecimiento de vínculos terapéuticos respetuosos.
- Aunque se observó **alta beneficencia general**, fue notable el acuerdo con la afirmación: “*Nuestros centros de tratamiento parecen más prisiones que lugares de cuidado*” (posible tensión entre cuidado y lo institucional)
- El **personal psicosocial** mostró menor respaldo a percepciones de peligrosidad y mayor apoyo a la autonomía del paciente, lo que sugiere su valor estratégico en intervenciones para reducir el estigma.

**Tabla 5.** Patrones estructurales compartidos y elementos diferenciados en grupos que enfrentan barreras al tratamiento por uso de sustancias

Idea triangulada	Personas gestantes	Personas con VIH	Comunidad LGBTIQIAPGN+
Estigma social y profesional limita búsqueda de apoyo	Estigma de familiares, comunidad y profesionales	Estigma de familiares, comunidad y profesionales	Estigma, homofobia y violencia institucionalizada
Uso activo prolongado sin intervención temprana	Uso activo por más de una década	No especificado	Uso activo por décadas
Experiencia carcelaria sin apoyo terapéutico	Abstinencia carcelaria sin tratamiento adecuado	No especificado	Abstinencia carcelaria sin tratamiento adecuado
Dificultad para manejar la abstinencia y reintegrarse	Manejo de la abstinencia y reinserción comunitaria	Falta de herramientas para manejar abstinencia	Falta de herramientas para manejar abstinencia
Falta de acceso a servicios y atención integral	Falta de acceso a servicio	Falta de acceso a servicio	Falta de acceso a servicio
Dificultad para encontrar empleo o reinserción	Dificultad en búsqueda y encuentro de trabajo	No especificado	Dificultad en búsqueda y encuentro de trabajo
Criminalización del uso y participación en programas	Miedo a buscar apoyo por remoción de hijos/as	Criminalización del uso y participación en programas	Criminalización del uso y de participantes

Fuente: Departamento de Salud (2024). La información que se presenta se origina del análisis de lo recopilado en grupos focales y entrevistas.

# A manera de ir concluyendo

- **Fallas estructurales acumuladas y que se refuerzan entre sí:** El trastorno por uso de sustancias no puede abordarse solo como un problema individual o médico.
- Las **violencias estructurales e institucionales erosionan** el acceso a tratamiento, refuerzan estigmas y profundizan desigualdades en salud pública.
- **Tensión entre el lucro y el derecho:** Reconocer las implicaciones del ejercicio profesional en un sistema de producción capitalista y neoliberal.
- **Escuchar e integrar las voces** de las personas que consumen no es opcional: es un camino imprescindible para construir respuestas éticas y efectivas.

# Cuatro asuntos claves para la autorreflexión

Se urge a una **respuesta** que transite desde modelos punitivos y homogéneos **hacia enfoques integrales, culturalmente sensibles y centrados en derechos humanos**, que reconozcan el consumo como una **experiencia atravesada** por trauma, exclusión estructural y estigma institucional.

Este aprendizaje se sostiene en cuatro dimensiones discutidas:

1. Estigmatización activa y pasiva desde los servicios de salud, que refuerza la exclusión y limita el acceso.
2. Vínculo profundo entre consumo, trauma y desigualdades estructurales (género, pobreza, VIH, identidad).
3. Percepción generalizada de dificultades en el acceso a servicios existentes, tanto clínicos como psicosociales.
4. Urgencia reiterada por servicios dignos, afirmativos, y con acompañamiento humano, no disciplinario.

# Referencias

- Bluthenthal, R. N. (2021). Structural racism and violence as social determinants of health: Conceptual, methodological and intervention challenges. *Drug and Alcohol Dependence*, 222, 108681.
- Canino G, Vila D, Santiago-Batista K, García P, Velez-Baez G, & Moreda-Alegría A (2016). Need assessment study of mental health and substance use disorders and service utilization among adult population of Puerto Rico.
- Colón H, Rivera M, Marrero CA, Robles R, & López CM (2002). Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program: 2002 Provider Survey Final Results. Mental Health and Anti-Addiction Services Administration. San Juan, Puerto Rico.
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. <https://doi.org/10.1086/38225>

# Referencias

Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>

Garnett, M, & Miniño, A. (2024). Drug overdose deaths in the United States, 2003–2023. NCHS Data Brief, no 522. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistic. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc/170565>.

National Cancer Institute. (s.f.). *Psychotropic substance*. NCI Dictionary of Cancer Terms. Recuperado el 4 de mayo de 2025, de <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/psychotropic-substance>  
[Comprehensive Cancer Information](https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/psychotropic-substance)

National Institute for Occupational Safety and Health. (2022, agosto 9). *Precarious work, job stress, and health-related quality of life*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2022/08/09/precarious-work/>

# Referencias

National Institute on Drug Abuse. (2020, julio). *Marijuana DrugFacts*.

<https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/marijuana>

Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity and inefficiency. *The Lancet*, 32-43.

Schumacher, S. 2008. Unpublished Scientific Committee Memorandum. IFOTES XVIII International Congress. Vienna.

Sturgeon, S. (2014). Stigma and marginalisation: Structural violence and the impact on mental health. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 48(1), 58-67.

<http://dx.doi.org/10.15270/48-1-105>