

“Tengo una adicción, pero no soy un yonqui”.

Una revisión narrativa de artículos relativos a intervenciones sobre el estigma en personas con problemas por consumo de sustancias.

"I have an addiction, but I'm not a junkie".

A narrative review of articles on stigma interventions for people with substance use problems.

Blanca María Martín Roldán

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia

22208023: Trabajo de Fin de Máster en Psicología de la Intervención Social

Dra. María José Fuster Ruiz de Apodaca

Septiembre 2022

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL
**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO CIENTÍFICO PARA LA
DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER**

Quien suscribe:

Autor/a: Blanca María Martín Roldán

Hace constar que es el/la autor/a del trabajo

Título completo del trabajo: “Tengo una adicción, pero no soy un yonqui”. Una revisión narrativa de artículos relativos a intervenciones sobre el estigma en personas con problemas por consumo de sustancias.

En tal sentido, manifiesto la originalidad de la conceptualización del trabajo, interpretación de datos y elaboración de las conclusiones, dejando establecido que aquellos aportes intelectuales de otros autores, se han referenciado debidamente en el texto de dicho trabajo, que el trabajo que remito es un documento original y no ha sido publicado, total ni parcialmente por otros autores, en soporte papel ni en formato digital.

- Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de datos por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él.
- No he incurrido en fraude científico, plagio o vicios de autoría; en caso contrario, aceptaré las medidas disciplinarias sancionadoras que correspondan.

Firmado:



Fecha: septiembre 2022

Máster Universitario en Psicología de la Intervención Social
Facultad de Psicología de la UNED C/Juan del Rosal 10, 28040 Madrid

Agradecimientos

Me gustaría transmitir mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas de mi entorno cercano que me han apoyado a lo largo de la realización de este proyecto. A mi padre, por sus consejos, y a David, que siempre ha logrado transmitirme la fuerza necesaria para motivarme en este proyecto de forma incondicional. También, a mi tutora, la Doctora María José Fuster, que pese a la gran carga de trabajo que realiza a favor de la lucha contra el estigma del VIH, siempre ha estado disponible para brindarme una fundamental ayuda. Gracias por orientarme en las primeras etapas de este proyecto, así como ofrecerme todas las útiles aportaciones para que la finalización y presentación de este trabajo haya sido posible. Muchas gracias.

Financiación

El presente documento ha sido elaborado para su presentación como proyecto de fin de máster universitario y no ha recibido financiación de ningún tipo.

Índice de contenidos

Portada.....	1
Declaración Jurada de Autoría.....	2
Agradecimientos	3
Financiación.....	3
Título, Resumen y Palabras clave	7
Title, Abstract and Keywords	8
Introducción.....	9
Descripción y contextualización.....	9
El estigma asociado al consumo de sustancias.....	9
Manifestaciones del estigma	10
Características de la estigmatización: la visibilidad, la controlabilidad y el riesgo percebido	10
Características del estigma asociado al colectivo de las personas consumidoras de sustancias	12
Consecuencias del estigma en las personas que consumen sustancias.....	15
Interseccionalidad del estigma	17
Intervenciones para reducir el estigma	17
Justificación	18
Método	19
Búsquedas exploratorias	20
Estrategia de búsqueda.....	21
Selección y elegibilidad	21
Resultados.....	25
Características de los estudios.....	25

Diseño	25
Objetivo	25
Reclutamiento y características de los participantes	25
Variables dependientes	27
Limitaciones de los estudios	27
Características de las intervenciones	34
Manifestación del estigma	34
Enfoque de la intervención	34
Hallazgos clave	35
Discusión	46
Referencias bibliográficas	56
Anexos.....	68
Anexo I. Instrumentos de medida.....	68

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Categorías o criterios de inclusión	22
Tabla 2. Categorías o criterios de exclusión.....	23
Figura 1. Flujo de información en el proceso de selección de registros	24
Tabla 3. Características de los estudios.....	29
Tabla 4. Características de las intervenciones	39

Resumen

El principal objetivo de esta revisión fue identificar y analizar estudios de intervenciones para reducir el estigma por consumo de sustancias en personas que las usan. La búsqueda se realizó siguiendo el procedimiento PRISMA en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo y PSICODOC. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión y sin delimitar año de publicación, se identificaron un total de 440 artículos. Se seleccionaron finalmente para el análisis narrativo un total de siete registros de información. Este resultado, hace patente la necesidad de ampliar la investigación en esta área de estudio, tanto por esta escasez de estudios, como por la novedad de estos. Los estudios se caracterizaron por muestras pequeñas, reclutadas en unidades de desintoxicación o tratamiento por consumo de sustancias, compuestas principalmente por hombres adultos. También se encontraron ciertas limitaciones como la ausencia de algunas medidas o la falta de grupos control. Las intervenciones analizadas en los estudios se caracterizaron por ser de corta duración y se centraron en terapias de tercera generación o algunos de sus elementos, o en la musicoterapia. Sus resultados fueron positivos, aunque la comparación entre estudios fue complicada por la diversidad de instrumentos de medida utilizados. Fruto de la revisión realizada, el presente trabajo recoge también recomendaciones y sugerencias para la mejora de la investigación futura, como la inclusión de la perspectiva de género, el uso de diferentes fuentes de reclutamiento de la muestra o la creación de instrumentos de medida que abarquen todos los dominios del estigma.

Palabras clave: Estudios de intervención, estigma, trastorno por consumo de sustancias, drogas, revisión sistemática.

Abstract

The main objective of this review was to identify and analyze studies of interventions to reduce substance use stigma in people who use substances. The search was conducted following the PRISMA procedure in the databases PsycArticles, PsycInfo and PSICODOC. Following the inclusion and exclusion criteria and without delimiting the year of publication, a total of 440 articles were identified. A total of seven data records were finally selected for narrative analysis. In this sense, the need for further research in this area of study is evident, both because of the scarcity of studies and because of their novelty. The studies were characterized by small samples, recruited from detoxification or substance use treatment units, composed mainly of adult men. Some limitations were also found, such as the absence of some measures or the lack of control groups. As for the interventions analyzed in the studies, these were characterized by being of short duration and focused on third-generation therapies or some of their elements, or on music therapy. Their results were positive, although comparison between studies is complicated by the diversity of measurement instruments used. In addition, this paper also includes recommendations and suggestions for the improvement of future research, such as the inclusion of the gender perspective, the use of different sources of sample recruitment or the creation of measurement instruments covering all domains of stigma.

Keywords: Intervention studies, stigma, substance use disorders, drugs, systematic review.

Introducción

Descripción y contextualización

Los trastornos por consumo de sustancias en la quinta edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association [APA], 2013) hacen referencia a la adicción patológica asociada al consumo de una sustancia.

Con relación a estos trastornos, en el año 2019, la Organización de las Naciones Unidas estimaba que 275 millones de personas en el mundo de entre 15-64 años, o una de cada 18 personas en este rango de edad, habían usado drogas al menos una vez en el año previo (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2021). Pero además de esta cifra, se estimaba que aproximadamente 36.3 millones de personas, sufrían de problemas por consumo de sustancias. Es decir, su consumo era hasta tal punto dañino que experimentaban dependencia o requerirían tratamiento, pudiendo cumplir los requisitos diagnósticos para el trastorno por consumo de sustancias. Esto corresponde a una prevalencia de problemas por consumo de sustancias de aproximadamente un 0.7 por ciento de la población global de entre 15 y 64 años (UNODC, 2021).

El estigma asociado al consumo de sustancias

El concepto de estigma fue incorporado por Goffman en el campo de las ciencias sociales (Goffman, 1963). El mismo autor nos indicaba que los griegos crearon el término para referirse a signos corporales cuya función era exhibir algo malo y no habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Pero como nos indica Herek (2009), las definiciones del estigma han pasado de centrarse en la condición o atributo que desacredita a las personas, a hacer hincapié en los procesos sociales a través de los cuales la condición o el atributo adquieren su significado, procesos que varían según las situaciones. Además, como nos indica este autor, esta consideración negativa de inferioridad se asocia colectivamente a las personas estigmatizadas por parte de la sociedad y lleva implícita la existencia de un

conocimiento compartido sobre qué es valorado por la sociedad y cuáles son los atributos y categorías que se denigran (Herek, 2009).

A pesar de su alta prevalencia, los trastornos por consumo de sustancias están comúnmente muy estigmatizados (Lloyd, 2013; Yang et al., 2017). Por ejemplo, un estudio reportó que, el 67% de las personas en tratamiento por trastorno por consumo de sustancias indicó que fueron rechazadas por sus amigos al saber acerca de su consumo de sustancias y el 65% por familiares (Luoma et al., 2008). Además, algunos estudios apuntan que las experiencias estigmatizantes que sufren quienes usan sustancias son más negativas que las que experimentan personas con otras condiciones estigmatizadas como la enfermedad mental (Barry et al., 2014; Corrigan et al., 2009; Schomerus et al., 2011; Yang et al., 2017).

Manifestaciones del estigma

Adentrándonos aún más en el concepto de estigma cabe destacar que normalmente se habla de diferentes manifestaciones del estigma que se encuentran interrelacionadas unas con otras, clasificándose así el estigma de distintas formas. En este sentido, siguiendo a los autores Pryor y Reeder (2013) podríamos hablar de cuatro tipos principales de estigma los cuales se encuentran interrelacionados entre sí. Estos serían, el estigma estructural, el estigma público, el estigma por asociación y el autoestigma (Pryor y Reeder, 2013).

El autoestigma incide en el yo de diversas maneras. Por un lado, estigma percibido o sentido, es decir, la experiencia o anticipación de discriminación por parte de la persona estigmatizada. Y por otro, el estigma internalizado, el cual refiere al acuerdo de las personas estigmatizadas con los estereotipos negativos hacia su grupo y la aplicación de dichos a uno mismo y sus efectos (Herek, 2009).

Características de la estigmatización: la visibilidad, la controlabilidad y el riesgo percibido

Según la literatura existente, podemos hablar de diferentes características del estigma que determinan tanto la forma en que la persona estigmatizada es tratada como su experiencia subjetiva. Partiendo de la clasificación propuesta por Crocker et al. (1998) se distinguen dos dimensiones, la visibilidad y la controlabilidad. A estas dos, habría que añadir el riesgo percibido o el temor que producen las personas pertenecientes al grupo estigmatizado, características que ya contemplaban otras clasificaciones de la literatura previa (Jones et al. 1984). Estas tres dimensiones parecen tener una posición esencial (Frable, 1993; Fuster-RuizdeApodaca, 2011; Molero y Pérez-Garín, 2017).

En cuanto a la visibilidad del estigma, por un lado, habría condiciones que no es posible que sean encubiertas, por ser claramente más visibles. Un ejemplo podrían ser algunos casos de discapacidad intelectual como el Síndrome de Down. Mientras, por otro lado, nos encontramos con condiciones que pueden ser claramente ocultadas. En este sentido, por ejemplo, tener el de VIH puede ser normalmente revelado u ocultado según la voluntad de la persona. En este caso, la persona que no da a conocer su condición puede hacerlo para beneficiarse en algunos aspectos, aunque esta ocultación también trae consigo ciertas consecuencias negativas (Molero y Pérez-Garín, 2017).

La controlabilidad también es capaz de modificar la severidad del estigma. Cuando la condición que lleva al estigma se percibe como algo controlable, el grado de rechazo hacia las personas estigmatizadas es mucho mayor (Major et al., 2003). Además, en esta influyen factores como la atribución de responsabilidad derivada de algunos sesgos. Un sesgo habitual que puede estar afectando a la severidad de la estigmatización de este colectivo es el error de atribución fundamental. Este sesgo se define como la tendencia de las personas a atribuir acciones o comportamientos de los demás a rasgos internos en lugar de a circunstancias externas (Ross, 1977). Este puede suponer una barrera más para empatizar con el colectivo de personas que consumen drogas.

Con relación a la característica del estigma relacionada con el riesgo o temor, podríamos plantear como ejemplo el caso de VIH. En este sentido, en relación con el estigma que tiene asociado, las creencias relacionadas con una errónea facilidad de transmisión de forma accidental se encuentran asociadas a un mayor temor hacia este colectivo.

Efectivamente, este hecho se vio apoyado por un estudio de Fuster-Ruiz de Apodaca et al. (2013) realizado a través de encuestas telefónicas, en el cual se ponía de manifiesto que en la medida en que las personas entrevistadas mantenían creencias erróneas acerca de la transmisibilidad del VIH a través de estornudos o bebiendo de un mismo vaso, el rechazo hacia las personas con VIH era mayor.

Características del estigma asociado al colectivo de las personas consumidoras de sustancias

Analizar estas dimensiones en relación con el estigma asociado a las personas con problemas por consumo de sustancias puede darnos una idea de sus características, lo que, a su vez, nos podrá ayudar a entender mejor sus consecuencias. Asimismo, profundizar sobre sus características podría ofrecernos claves para delinear cómo podríamos prevenirlo o intervenir sobre él.

De esta manera, empezaremos este análisis hablando en un primer lugar acerca de la característica de visibilidad del estigma. Por un lado, hablábamos tanto de condiciones que no se pueden encubrir, por ser claramente visibles, y por otro de condiciones que se pueden revelar u ocultar según la voluntad de la persona. En cambio, aquí planteamos que, en relación con los problemas por consumo de sustancias, la visibilidad no puede ser considerada una característica común. Ya que, aunque hay ciertos estereotipos en cuanto a la apariencia física de las personas que consumen sustancias (Ljubičić et al., 2013) que podrían llevarnos a la creencia de que esta condición es claramente identificable, esto no es así en todos los casos. De esta forma, la visibilidad realmente dependería no solo de la sustancia,

sino también del contexto o la situación e incluso de la historia de uso de la persona. Por ejemplo, el deterioro cognitivo o algunos cambios físicos asociados a la exposición a las drogas se encuentran relacionados con una mayor duración de consumo (Coullaut-Valera et al., 2011; Newton, 2006). En este último sentido, una persona probablemente también presentará más signos visibles característicos de un uso problemático cuánto mayor tiempo lleve consumiendo la sustancia. Por todo esto, aquí planteamos que el consumo de sustancias podría ser una condición estigmatizada ocultable en términos generales, aunque podría no serlo en ciertas ocasiones.

Por otro lado, y continuando con el análisis de las características del estigma, seguiremos con la dimensión de controlabilidad. Como comentábamos con anterioridad y aplicado a las personas con problemas por consumo de sustancias, que la condición que lleve al estigma se perciba como algo controlable provocaría un mayor rechazo a este colectivo (Cuddy et al., 2008). Respecto a esta característica, y en el caso de las personas consumidoras de sustancias, podemos considerar que efectivamente se perciben en la sociedad como responsables de sus acciones. La percepción general suele ser que las personas que forman parte de este colectivo son las que han decidido consumir drogas y que podrían dejar de hacerlo en cualquier momento, pero deciden deliberadamente no hacerlo. Así, son percibidas como poco fiables y dispuestas a dejar de consumir sustancias (Crisp et al., 2000; Wogen y Restrepo, 2020).

En este sentido, el error de atribución fundamental podría estar jugando un papel esencial en esta tendencia, por la cual se atribuye la responsabilidad a las personas consumidoras de sustancias de su condición estigmatizante (Ross, 1977). De esta forma, frecuentemente se tiende a pensar en la falta de voluntad y se asocia el consumo de sustancias a la inmoralidad (Buchman y Reiner, 2009; Earp et al., 2019). Esta atribución obvia que se trata de un problema de salud, y no tiene en cuenta el origen de la adicción, circunstancias del

entorno que pueden estar perpetuándola o posibles cambios neurológicos que dificulten el cambio de conducta (Volkow y Li, 2004).

Por último, podríamos decir que existe claramente un riesgo percibido con relación a este colectivo (Crisp et al., 2005; Lloyd, 2013). Podemos nombrar ciertos factores que contribuirían a ello.

En primer lugar, podríamos mencionar el miedo a ciertas infecciones, por ejemplo, la hepatitis C o el VIH. El colectivo de personas consumidoras de sustancias está muy asociado a estas infecciones y es cierto que un gran número de personas consumidoras las padecen. En este sentido, si tenemos en cuenta que una conducta de riesgo para la transmisión de estas infecciones es la de compartir jeringuillas previamente utilizadas, lo que puede ocurrir con frecuencia entre personas consumidoras de sustancias por vía intravenosa, este hecho no será sorprendente (Degenhardt et al., 2017). Además, con relación a esta asociación, podríamos pensar que este riesgo percibido podría considerarse muy alto, debido al hecho de que estas ideas se podrían instaurar en la mente de muchas personas incluso cuando son muy jóvenes. En este sentido, podríamos plantear de forma hipotética que esta asociación podría ya comenzar a establecerse en la mente de muchos niños ante la común advertencia de no tocar ni acercarse a ninguna jeringuilla si la encuentran mientras juegan en la calle o en el parque. Aviso que lógicamente tiene sentido, pero que también podría requerir una mayor educación posterior sobre la transmisibilidad de ciertas infecciones o sobre los problemas por consumo de sustancias.

Pero no sólo la transmisión de infecciones puede hacer que percibamos a este colectivo como peligroso. Asimismo, también se asocian los problemas por consumo de sustancias a la criminalidad o conductas de tipo delictivo (Newman y Crowell, 2021). Se plantea aquí que esto podría ser en un primer lugar, por el ya asociado carácter de ilegalidad atribuido a las drogas y por el tipo de conductas que se pueden realizar para conseguir las

sustancias. Pero, además, también podríamos pensar en la tendencia a atribuir a las personas con problemas por consumo de sustancias un comportamiento impredecible (Crisp et al., 2005). Esto podría deberse a comportamientos impulsivos o irracionales, o la pérdida de control, debido a su asociación con la intoxicación por consumo de sustancias (McCusker, 2006). Pero, aunque los motivos que planteamos aquí son sólo suposiciones, lo que sí es evidente es que se suele vincular a las personas que sufren trastornos de tipo adictivo, de forma estereotipada, con el narcotráfico, la violencia y la prostitución, esta última asociación especialmente en el caso del género femenino (Ronzani et al., 2014).

Consecuencias del estigma en las personas que consumen sustancias

Una vez documentada la existencia de la estigmatización hacia las personas que consumen sustancias, se hace ahora necesario pasar al análisis de las diferentes consecuencias negativas que este estigma puede tener sobre sus vidas. Estas consecuencias negativas, derivadas del estigma asociado al consumo de sustancias, nos servirán para plantear las bases sobre las que justificar el presente estudio. Las consecuencias negativas del estigma han sido documentadas en numerosos estudios y en diversos grupos sociales. Entre las principales se podían mencionar la salud y el bienestar, pero también las relaciones sociales o el desempeño académico o laboral (Frost, 2011).

Por lo que respecta a las personas que consumen sustancias, las consecuencias derivadas del estigma se pueden manifestar de múltiples maneras. En primer lugar, este estigma tiene repercusiones individuales. Entre ellas, puede ser una barrera que dificulte la posible recuperación y rehabilitación de dichas personas (Kulesza et al., 2014). En este sentido, Crapanzano et al. (2019) encontraban que el estigma percibido puede impactar negativamente en los resultados obtenidos en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

También en esta línea, Luoma et al. (2014), encontraban que el autoestigma en personas dependientes de sustancias estaba asociado con periodos más largos en tratamientos de adicciones de tipo residencial. Esto tiene una repercusión fundamental en la vida de las personas afectadas, pues la dependencia a las sustancias lleva consigo graves problemas, que debido al efecto de estas barreras pueden verse perpetuados por más tiempo.

Además de sus repercusiones a nivel individual, el estigma puede tener consecuencias a un nivel más grupal o social (Molero y Pérez-Garín, 2017). Por ejemplo, no es infrecuente el descontento de los vecinos cuando se decide abrir un nuevo servicio de desintoxicación en su barrio, un centro de reducción de daños o un servicio de baja exigencia para consumidores de drogas.

También podemos encontrar otras consecuencias negativas a un nivel organizacional. Las dificultades de recuperación y rehabilitación a consecuencia del estigma se asocian a periodos más largos en tratamiento, que potencialmente pueden suponer mayores costes (Luoma et al. 2014). Por lo que, teniendo en cuenta los programas de desintoxicación del estado o centros de rehabilitación de drogas gratuitos, el estigma puede conllevar mayores costes para el sistema y las instituciones.

Otras consecuencias negativas a un nivel organizacional, serían la mayor dificultad que tienen las organizaciones que ayudan al colectivo de personas que usan sustancias de recibir donaciones o aportaciones. De hecho, el colectivo de personas con problemas por consumo de sustancias o adicciones no está entre aquellos que concentran el grueso de las ayudas que ofrecen los españoles, ni tampoco figura entre las causas de mayor interés o dentro de los grupos que más preocupan en este país (Asociación Española de Fundraising [AEFr], 2018). Esto puede deberse a las características del estigma hacia el colectivo de personas que usan drogas. En concreto, la tendencia a realizar una atribución de responsabilidad a estas personas podría suponer un peso importante en la decisión de no

realizar donaciones a favor de este colectivo. Asimismo, las personas tendemos al sesgo de la creencia en un mundo justo, lo que justificaría aún más culpabilizar a las personas estigmatizadas (Lerner, 1980).

Interseccionalidad del estigma

El consumo de sustancias se encuentra de manera habitual asociado con otras condiciones que pueden presentarse de forma concurrente. Algunas de estas características pueden afectar al colectivo, de manera que supongan un estigma adicional al ser también objeto de estigmatización por sí mismas. Por ejemplo, el estigma asociado a tener el VIH, o el asociado a la criminalidad (Newman y Crowell, 2021). Por mencionar algunas asociaciones en este sentido, podemos indicar el hallazgo de relaciones entre el estigma internalizado relacionado con el VIH y el consumo de sustancias (Wolitski et al., 2009).

Por otro lado, estos estigmas y otras condiciones también podrían presentar otros desafíos que hagan que las personas afectadas se encuentren particularmente vulnerables. De hecho, la interseccionalidad del estigma no implica un mero solapamiento, sino que resulta en un conjunto de desigualdades que conduce a una “nueva desigualdad”. Es un estigma nuevo que es la suma de las desigualdades que componen los originales (Garay Montañez y Fernández Arrillaga, 2018; Jackson-Best, y Edwards, 2018; Turan et al., 2019). Algunos de los desafíos interseccionales a los que podían enfrentarse las personas con consumo de sustancias serían, estar en situación de calle o sin estabilidad en la vivienda, o ser víctima de abusos, entre otras. De esta forma, el estigma se podría ver agravado.

Intervenciones para reducir el estigma

Autores como Major et al. (2003) consideran que el estigma es un estresor que depende del juicio y de la capacidad para afrontarlo. Y es precisamente en la posibilidad de optimizar esta capacidad donde las intervenciones sobre el estigma cobran sentido.

Podríamos organizar las intervenciones para la reducción del estigma mediante un acercamiento multinivel, diferenciando así intervenciones intrapersonales, interpersonales y a nivel estructural (Cook et al., 2014).

Además, como aquí se ha ido exponiendo, el interés por la estigmatización se ha dado en diversos grupos sociales, no siendo, lógicamente, algo exclusivo del consumo de sustancias. De hecho, la intervención sobre el estigma se ha llevado a cabo y desarrollado en mucha mayor medida en otros colectivos estigmatizados diferentes del que aquí nos es foco de interés. Por ejemplo, se pueden encontrar estudios que muestran intervenciones efectivas para la reducción del estigma en colectivos como las personas con VIH. En este sentido, podríamos destacar, por ejemplo, los resultados del programa de Fuster-Ruiz de Apodaca et al. (2016) en este grupo social. Pero a pesar del gran interés en la reducción del estigma por infecciones de transmisión sexual o por VIH en las pasadas tres décadas, todavía es necesario profundizar en su estudio (Andersson et al., 2020). Además, como señalan los autores Ma et al. (2019), las revisiones sistemáticas centradas en las intervenciones sobre el estigma han mostrado que sólo un pequeño número de ellas se focalizan en reducir el autoestigma en comparación con las centradas en la reducción del estigma público.

En esta línea, parece que, respecto al estigma relacionado con el consumo de sustancias, la intervención con personas estigmatizadas tampoco parece ser un campo ampliamente explorado. Esto queda reflejado en otras revisiones de intervenciones, donde parece ser que las acciones están más bien dirigidas a reducir el estigma externo, es decir, a las creencias y actitudes negativas de terceros hacia las personas que consumen sustancias (Tostes et al., 2020).

Justificación

La introducción de este trabajo ha expuesto el contexto y el marco teórico de interés, poniendo de manifiesto la existencia del estigma y la severidad de sus consecuencias en el

colectivo de las personas consumidoras de sustancias. Asimismo, en el análisis de la literatura revisada se identificaron las líneas actuales de intervención y sus principales características, apreciándose que las intervenciones realizadas para reducir el estigma en estas personas son escasas y tienen limitaciones.

Es por esto por lo que el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión narrativa de estudios de intervenciones cuyo objeto de intervención sea el estigma relacionado con el consumo de sustancias dirigidas al colectivo de personas que las consumen.

Con esta revisión no sólo se pretendió contextualizar y evaluar el estado de la intervención sobre el estigma en personas con problemas por consumo de sustancias, sino también, delimitar el estado actual de la investigación que evalúa estas intervenciones. De esta manera, se espera que se puedan identificar líneas futuras de investigación y posibles limitaciones que nos permitan proponer sugerencias y recomendaciones, cuya finalidad última sea la de mejorar la intervención en este campo.

Así, se espera que mediante el progreso de la intervención sobre el estigma relacionado con sustancias en el colectivo de personas que las consumen, se pueda optimizar su afrontamiento y mejorar su calidad de vida.

Método

Para la revisión e inclusión de artículos en el presente trabajo se siguieron los pasos definidos por el diagrama de flujo PRISMA 2009, tomado de Moher et al. (2009), que definen las diferentes fases de búsqueda y selección de artículos. En primer lugar, se llevó a cabo la fase de identificación de los artículos a través de la búsqueda en las diferentes bases de datos. Posteriormente, la fase de selección y filtrado de los artículos se realizó con un sistema de exclusión por categorías. Por último, los artículos seleccionados se incorporaron en una tabla resumen para ver sus principales características. A continuación, se detalla cada una de las fases del proceso.

Búsquedas exploratorias

En primer lugar, se llevaron a cabo numerosas búsquedas exploratorias. En ellas se encontraron dos revisiones de intervenciones sobre estigma por consumo de sustancias. Además de tratarse de revisiones, las intervenciones que recogían no estaban dirigidas exclusivamente a las personas que consumen sustancias. Por lo tanto, no cumplían los criterios que se indicarán más adelante para la búsqueda definitiva. Sin embargo, es completamente necesario aludir a ellas.

Livingston et al. (2011), realizaron una revisión sistemática dirigida a la eficacia de las intervenciones para reducir el estigma relacionado con los trastornos por consumo de sustancias, que incluyó 13 artículos de los cuales tan solo tres se dirigían específicamente a las personas estigmatizadas. De estas tres intervenciones, uno de los artículos se recogió entre los que se seleccionaron en la búsqueda en bases de datos por lo que no se detallará aquí. Se trata del artículo de Luoma et al. (2008). De los otros dos artículos, sólo uno abarcaba el estigma en el grupo de interés, pues el otro estaba centrado en el colectivo de personas que habían dejado atrás su problema de consumo. Pero finalmente este último tampoco se recogió en esta revisión por no cumplir los criterios de inclusión. Esta decisión se tomó sobre los datos aportados en la revisión, en la cual se señalaba que el enfoque de intervención era desde un ámbito médico y las medidas eran observaciones anecdóticas de cirujanos. Por lo que la variable objeto de intervención no coincidía con nuestro foco de atención, el estigma relacionado con el consumo de sustancias.

Una revisión sistemática más reciente, realizada en cinco diferentes bases de datos y que incluyó 28 artículos, no contenía ningún estudio en los que se interviniese sobre las personas estigmatizadas (Tostes et al., 2020). Los grupos hacia los cuales se dirigían las intervenciones para la reducción del estigma eran casi en su completa totalidad personas profesionales en el ámbito de la salud.

Estrategia de búsqueda

Posteriormente se concretaron los términos definitivos y se tomó la decisión de no imponer ninguna delimitación en las fechas de publicación de los registros o en el idioma para así poder abarcar el mayor número de artículos sobre el área de interés. Pero sí se consideró relevante aplicar el filtro de publicaciones académicas.

La búsqueda de artículos definitiva se llevó a cabo en diferentes bases de datos a través de la plataforma de investigación EBSCOhost. Así, se seleccionaron de forma simultánea las siguientes bases de datos: PsycArticles, PsycInfo y PSICODOC. Los términos que conformaron la búsqueda definitiva se delimitaron con los siguientes operadores booleanos. En primer lugar, se usó el operador booleano AND para analizar la intersección de tres campos diferentes. Por otro lado, en cada campo se ha utilizado el operador booleano OR para combinar diferentes términos.

La búsqueda quedó descrita de la siguiente manera: Intervention OR therapy OR effectiveness AND stigma OR shame AND drug OR substance. Finalmente, esta estrategia de búsqueda, utilizada el día 21 de noviembre de 2020, dio como resultado un total de 440 registros de información. De esta manera quedó definida la primera fase de identificación de los artículos científicos, que dio paso al proceso de selección.

Selección y elegibilidad

Una vez definida la búsqueda en las bases de datos e identificados los artículos, se procedió a la selección y elegibilidad. Para ello, en primer lugar, se eliminaron los registros de información duplicados, de forma que quedaron 429 registros.

A continuación, se seleccionaron los artículos que interesaban con relación al objetivo del trabajo. Este consistía en incluir todos los estudios relativos a intervenciones para la reducción del estigma relacionado con consumo por sustancias dirigidas a las personas que las consumen. Pero se ha de tener en cuenta que las búsquedas exploratorias hacían entrever

que el objeto de interés concreto, en el cual pone el foco este proyecto, parece no haber sido un área muy estudiada, lo que ha sido relevante para tomar varias decisiones en este proceso de selección de artículos.

En primer lugar, se tomó la decisión de incluir intervenciones sobre las diferentes manifestaciones del estigma relacionado con consumo de sustancias en el colectivo. Así, se incluyeron tanto intervenciones centralizadas en el estigma percibido como en el estigma internalizado, o incluso algunos conceptos muy relacionados como la vergüenza. Los criterios de inclusión se incluyen en la Tabla 1.

Además, dado que lo fundamental en el este estudio era el estigma por consumo de sustancias, no se excluyeron registros de información en función del tipo de sustancia de consumo, ni se puso como condicionante el contar con algún diagnóstico concreto por consumo de sustancias siguiendo algún manual diagnóstico. De este modo, el colectivo se consideró como el grueso de personas que consumen sustancias. Esta decisión se basó en la creencia de que el estigma no es dependiente de un diagnóstico. Por lo tanto, se pretendió centrar así el interés no tanto en la condición estigmatizante, sino en el estigma asociado.

Tabla 1.

Categorías o Criterios de Inclusión

Categoría	Descripción
A	Intervención sobre el estigma por consumo de sustancias. Intervención sobre constructos similares al estigma por consumo de sustancias.
B	Intervención dirigida a personas que usan sustancias.
C	Artículos científicos publicados.

Por último, y para conseguir el objetivo planteado fue necesario establecer también ciertos criterios de exclusión. Estos criterios quedan definidos en la Tabla 2.

Tras la búsqueda se llevó a cabo este filtrado de elegibilidad de los registros siguiendo los criterios de exclusión planteados, para finalmente seleccionar exclusivamente los estudios incluidos para el análisis en esta revisión. Además, también se revisaron las bibliografías de los trabajos seleccionados para evaluar si era posible la inclusión de nuevos artículos que pudiesen ser objeto de análisis. Desafortunadamente, no se pudieron incluir más artículos a través de este medio. Esto fue debido a que los únicos artículos que se encontraron útiles y que, cumpliendo los criterios establecidos podían ser incluidos en la revisión, ya se encontraban entre los artículos inicialmente seleccionados.

Tabla 2.

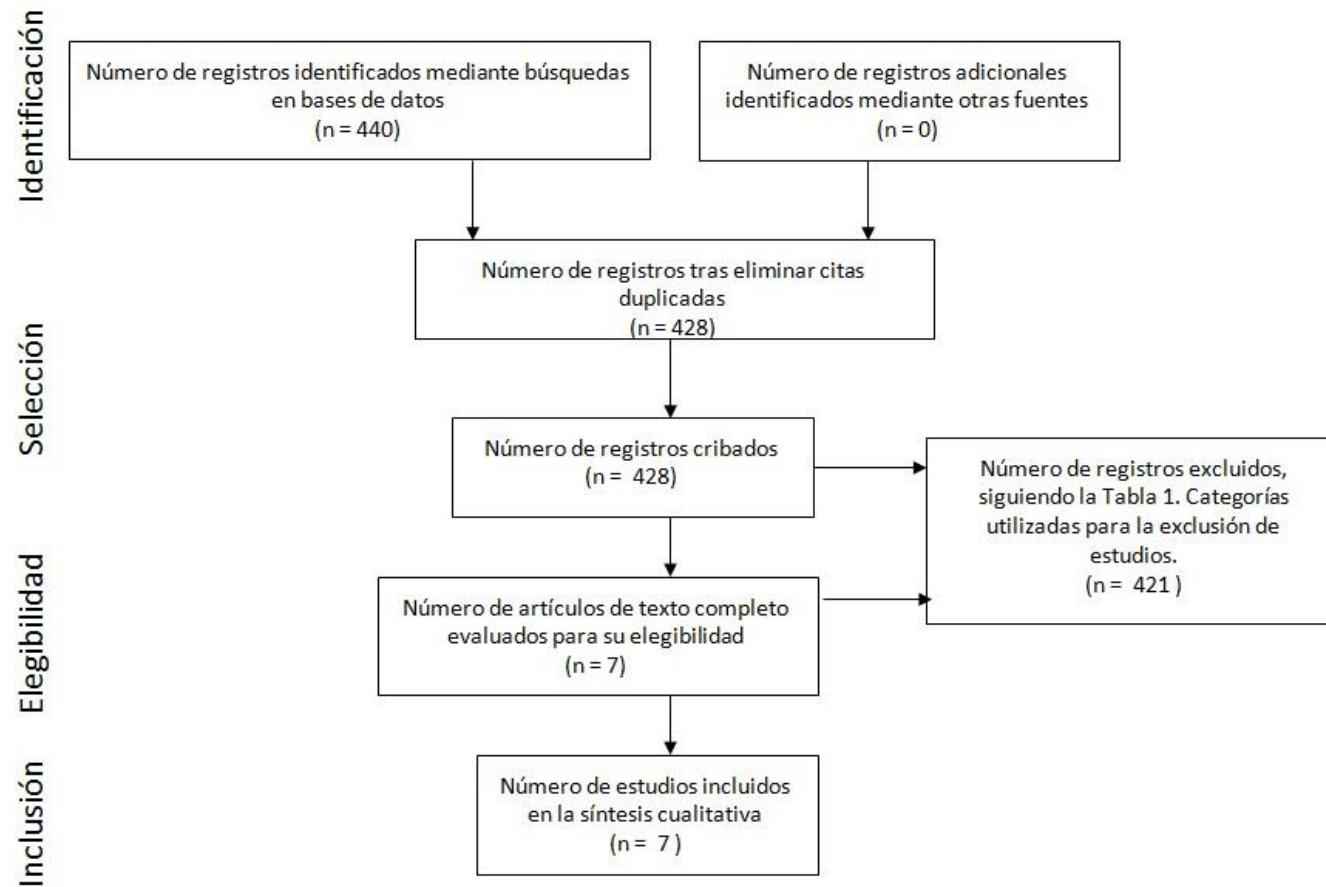
Categorías o Criterios de Exclusión

Categoría	Descripción
A	Evaluación o descripción del estigma o de constructos relacionados en personas que usan drogas.
B	Evaluación o descripción del estigma o de constructos relacionados en otros grupos. Evaluación o descripción de otros constructos en personas que usan drogas. Evaluación o descripción de otros constructos en otros grupos.
C	Estudios teóricos o revisiones de literatura.
D	Intervenciones para reducir el estigma o constructos relacionados en otros grupos. Intervenciones sobre otros constructos en personas que usan drogas. Intervenciones sobre otros constructos y en otros grupos.
E	Registros de información que no son artículos científicos publicados.

El flujo de información, a través de las diferentes fases de búsqueda y selección de registros para la presente revisión, se puede ver reflejado en el esquema representado en la Figura 1.

Figura 1.

Flujo de Información en el Proceso de Selección de Registros



Nota. Fases de búsqueda en la revisión tomadas del diagrama de flujo PRISMA 2009, tomado de Moher et al. (2009).

Resultados

Tras la identificación de registros de información y su consiguiente filtrado para seleccionar y comprobar su elegibilidad, finalmente se incluyeron en la presente revisión un total de siete artículos científicos. La mayoría estaban redactados en inglés, exceptuando uno en lenguaje portugués (Silveira et al., 2021).

Características de los Estudios

En primer lugar, se exponen las principales características de los estudios con relación a su diseño, procedimiento, participantes, variables dependientes y sus limitaciones. La Tabla 3 especifica la lista de datos de los estudios individuales, conteniendo de forma detallada, los autores y el año de publicación, el tipo de diseño que se ha utilizado en el artículo, el proceso de muestreo y las características principales de la muestra de participantes utilizada, las variables dependientes y los instrumentos utilizados para su medición, así como sus limitaciones más importantes.

Diseño

Un estudio contó con un diseño de tipo cualitativo (Silveira et al., 2021) y dos de ellos con un diseño de tipo pre-experimental por no contar con grupos control, indicándose en ambos que se trataban de estudios piloto (Luoma et al., 2008; Held et al., 2018). El resto de los estudios contaban con un diseño experimental.

Objetivo

El objetivo de los diferentes estudios se centró en la evaluación de los resultados de una intervención frente al tratamiento habitual que recibían los participantes en los servicios de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias. Aunque otros sólo tuvieron como propósito evaluar la viabilidad de la intervención o fines exploratorios (Silveira et al., 2021; Luoma et al., 2008).

Reclutamiento y Características de los Participantes

El tamaño de las muestras fue variable entre los estudios. En el estudio de Silveira et al. (2021) participaron 18 personas en promedio, aunque como los grupos eran abiertos, se contó con 13 personas con presencia asidua en las reuniones. Held et al. (2018) contaron con una muestra de 19 personas. Luoma et al. (2008) de 48 participantes. Gul y Aqeel (2020) de 65 participantes. Los mayores tamaños muestrales se hallaron en los estudios de Silverman (2019) que contó con 118 participantes, Silverman (2020) con 132 y Luoma et al. (2012) con 133.

El reclutamiento de los participantes se realizó en servicios de tratamiento por consumo de sustancias o en unidades de desintoxicación en todos los estudios analizados. Estos servicios se utilizan por personas que buscan poner solución a un uso problemático de sustancias, por lo que en los estudios aquí revisados parecía ser frecuente contar con un diagnóstico clínico por consumo de sustancias (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Luoma et al., 2012; Silverman, 2019; Silverman, 2020). En uno de los estudios se especificó tener un diagnóstico por consumo de sustancias como criterio de inclusión (Gul y Aqeel, 2020).

Respecto a las sustancias que consumían los participantes, exceptuando un artículo en el que se excluyó la cafeína (Gul y Aqeel, 2020), no se impusieron condicionantes por lo que las sustancias consumidas eran diversas. En algunos estudios en los que se recogieron datos de las sustancias más consumidas en los días previos, hallaron, con excepción del tabaco, el alcohol, metanfetaminas y marihuana (Luoma et al., 2008; Luoma et al., 2012). En otros se recogió la adicción principal que tenían los participantes, que era al alcohol y a la heroína (Silverman, 2020; Silverman, 2019). En un último estudio se preguntó por la sustancia de elección y las principales indicadas fueron el alcohol, los estimulantes y los opiáceos (Held et al., 2018). En otros estudios no se recogieron datos sobre las sustancias específicas (Silveira et al., 2021; Gul y

Aqeel, 2020). El alcohol fue la única sustancia que se mencionó en todos los artículos en los que recogieron datos respecto a las mismas (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Luoma et al., 2012; Silverman, 2019; Silverman, 2020).

Respecto a los datos demográficos, en todos los estudios los participantes eran adultos, estando las medias reportadas entre los 30 y los 40 años. La mayoría de los participantes en todos los estudios eran de origen caucásico, exceptuando el de Silveira et al. (2021) en el que no se indica, y el de Gul y Aqeel, 2020, en el que las variables demográficas no se midieron. Además, la mayoría de los participantes de los estudios revisados eran hombres, incluso en un estudio sólo se contó con presencia exclusiva del género masculino (Gul y Aqeel, 2020). Sólo en el estudio de Luoma et al. (2008) la presencia de mujeres fue mayor, contando con 47 frente a 41 hombres.

Variables dependientes

Las variables dependientes que se pretendía modificar con la intervención variaban según el estudio, por tanto, los instrumentos de medida utilizados para medirlas fueron diversos (vea Anexo II).

Limitaciones de los estudios

Se hallaron limitaciones relacionadas con la validez interna de los estudios debido a la imposibilidad de realizar estudios experimentales, como ausencia de grupos control (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Silveira et al., 2021) o ausencia de aleatorización (Silveira et al., 2021). Además del uso de instrumentos de medida no validados, también se señalaron limitaciones como el uso de medidas de autoinforme (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Silverman, 2019), ausencia de medidas de seguimiento o mantenimiento de resultados (Luoma et al., 2008; Silverman, 2020), o la limitación de estas y pérdida de datos en las mismas (Luoma et al., 2012). También se hallaron limitaciones relacionadas con la muestra, como tamaños muestrales reducidos,

baja tasa de participación, pérdida de datos o variabilidad en la asistencia (Silveira et al., 2021), entre otros. Por último, el tratamiento habitual concurrente en los servicios de tratamiento también se señaló como una limitación en diferentes artículos (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Luoma et al., 2012).

Tabla 3.*Características de los Estudios*

Autores y año	Diseño	Objetivo	Reclutamiento y características de los participantes	Variables dependientes	Limitaciones
Silveira et al. (2021)	Cualitativo. Intervención con evaluación descriptiva.	Evaluar viabilidad de protocolo de intervención basado en la terapia de aceptación y compromiso para la reducción del estigma interiorizado entre consumidores de sustancias, adaptado al contexto brasileño.	n promedio=18 personas (13 asistencia regular). n hombres= 24, n mujeres=8. Edad entre 21-56 años. Reclutamiento en centro de atención psicosocial para usuarios de alcohol y otras drogas. No información relativa a las sustancias de consumo.	Viabilidad y aceptación de la intervención.	Ausencia de aleatorización. Variabilidad en asistencia a las sesiones. Sin grupo control.
Luoma et al. (2008)	Pre-experimental. Diseño pre-post sin grupo control. Estudio piloto.	Describir el desarrollo de un tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso para el auto-estigma en personas en tratamiento por trastorno de uso de sustancias con propósitos exploratorios.	n = 88 completaron prueba pre (n mujeres = 47, n hombres = 41). Muestra final 48 pares de cuestionarios (pre y post) de participantes que atendieron al menos 4 horas del total de 6 de la intervención (55% del total inicial). Edad media 35.8 años. Reclutamiento en programa residencial de tratamiento 28 días. Sustancias más consumidas: alcohol, metanfetaminas y marihuana (exceptuando tabaco).	Resultados del tratamiento. Estigma internalizado del abuso de sustancias. Flexibilidad psicológica y evitación experiencial. Credibilidad de las actitudes estigmatizantes. Salud mental general. Calidad de vida.	Medidas de autoinforme. Ausencia de seguimiento. Ausencia de grupo control. Tratamiento concurrente no específico.

Autores y año	Diseño	Objetivo	Reclutamiento y características de los participantes	Variables dependientes	Limitaciones
Silverman (2020)	Experimental. Dos grupos aleatorizados. Grupo experimental medida post, grupo control medida pre.	Determinar efectos de una única intervención de musicoterapia con canciones sobre el estigma percibido y apoyo social percibido en adultos con trastorno por consumo de sustancias en una unidad de desintoxicación.	n = 132 participantes. Grupo experimental n=70 (n hombres=44, n mujeres = 26; edad M=35.43). Control n=62 (n hombres = 44, n mujeres = 18; edad M =34.45). Predominancia origen étnico caucásico. Reclutamiento en unidad de desintoxicación médica de un hospital que ofrecía una programación mínima de tratamiento psicosocial, para la que se requería cumplir criterios de diagnóstico de algún tipo de dependencia de sustancias. Adicción principal al alcohol o a la heroína.	Apoyo social percibido. Autoestima. Estigma percibido. Rechazo relacionado con el estigma. Ocultación. Credibilidad de las razones para consumir drogas. Satisfacción. Estigma percibido de la adicción. Apoyo social percibido.	Ausencia de ambas medidas pre y post en el mismo grupo, y de medidas de mantenimiento de resultados. Doble rol investigador y terapeuta. Alta rotación de pacientes.
Gul y Aqeel (2020)	Diseño experimental. Ensayo	Evaluar el efecto de la terapia de aceptación y compromiso centrada	n = 65 participantes (n grupo experimental =35, n grupo control o tratamiento estándar=30).	Screening inicial. Medidas principales para medir el estigma	Muestra pequeña con presencia única de género masculino.

Autores y año	Diseño	Objetivo	Reclutamiento y características de los participantes	Variables dependientes	Limitaciones
	controlado aleatorio de doble ciego y grupos paralelos.	en el estigma y la vergüenza frente al tratamiento estándar en el trastorno por uso de sustancias.	Evaluados para elegibilidad 200 pacientes. Criterios de inclusión: Edad entre 18-35 años. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia basado en Entrevista del DSM-V con gravedad de leve a moderada, especificador de remisión temprana a sostenida y excluyendo cafeína. Estar en programa de tratamiento residencial durante 2 meses con orientación general hacia modelo de 12 pasos, psicoterapia, programas psicosociales, gestión de la medicación y atención sanitaria general. Criterios de exclusión: No disponibilidad. Consideración de deterioro cognitivo grave que pudiese obstaculizar participación o incapacidad para cumplir requisitos del consentimiento o protocolo, por perturbación grave.	internalizado: Vergüenza, estigma declarado, estigma anticipado y estigma internalizado. Medidas secundarias: Aceptación de pensamientos y sentimientos desagradables, salud mental general y estrés, calidad de vida, apoyo social percibido.	Variables demográficas no evaluadas.
Luoma et al. (2012)	Diseño experimental. Dos grupos con asignación aleatoria.	Examinar intervención grupal para la vergüenza basada en los principios de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes en un programa residencial de	n =133 participantes (n grupo experimental n=68, n control o tratamiento habitual = 65 ; n hombres = 72, n mujeres=61; edad M=33.6 años). Predominancia de origen étnico caucásico (86% raza blanca). Dieciséis cohortes. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y participación en programa de	Vergüenza internalizada. Utilización del tratamiento. Consumo de sustancias. Salud mental en general. Calidad de vida.	Falta de enmascaramiento. Dificultad para caracterizar tratamiento habitual. Medición de vergüenza limitada a internalizada.

Autores y año	Diseño	Objetivo	Reclutamiento y características de los participantes	Variables dependientes	Limitaciones
		tratamiento de adicciones.	tratamiento residencial. Sustancias más consumidas en los 30 días previos a admisión: alcohol, metanfetaminas y marihuana (excluyendo tabaco). También se informó de consumo de cocaína, otros alucinógenos, heroína y otros opiáceos, inhalantes y metadona.	Apoyo social percibido.	No garantía de comparabilidad. No datos sobre número de participantes inelegibles o que se negaron a participar. Pérdida de datos en seguimiento y sólo sobre uso de drogas.
Silverman (2019)	Experimental. Dos grupos aleatorizados con medida única en una sola sesión, post en grupo experimental y pre en control.	Determinar los efectos de la musicoterapia en forma de composición de canciones en grupo sobre el estado de vergüenza, culpa y orgullo con adultos en una unidad de desintoxicación.	n = 118 participantes. n grupo experimental =58 (n hombres=32, n mujeres= 25; edad M=38.36) n grupo control = 60 (n hombres = 32, n mujeres = 27; edad M=35.98) Predominancia origen étnico caucásico. Reclutamiento en unidad de desintoxicación médica de un hospital, con programación mínima de tratamiento psicosocial y criterio de diagnóstico de algún tipo de dependencia de sustancias. Adicción principal en la muestra alcohol o heroína.	Vergüenza, culpabilidad y orgullo en el momento de la medición.	Medidas de autoinforme. No se distingue entre diferentes formas de conceptualizar la culpa.
Held et al. (2018)	Pre-experimental. Diseño pre-post sin grupo control.	Investigar en el entrenamiento breve en autocompasión en entorno de tratamiento ambulatorio de	Evaluación pre 50 participantes, sólo datos pre y post test de 19 individuos (pérdida experimental=62%) (n hombres = 13, n mujeres= 6; edad M=34,68). Predominancia origen étnico caucásico.	Datos demográficos. Auto-compasión. Culpa relacionada con el trauma. Vergüenza relacionada	Ausencia de grupo control. Medidas de autoinforme. Riesgo de varianza

Autores y año	Diseño	Objetivo	Reclutamiento y características de los participantes	Variables dependientes	Limitaciones
Estudio piloto.	trastorno por consumo de sustancias, específicamente en varias variables de salud mental y bienestar.	Reclutamiento en centro de tratamiento intensivo con requisito de criterio diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y abstinencia. Principales sustancias de elección: alcohol, estimulantes y opiáceos. Media de 17,47 años de consumo de drogas. Destacable alta prevalencia de depresión (52,6%), ansiedad (36,8% ansiedad) y déficit de atención/hiperactividad (21,1%). Siguiendo lista de verificación del TEPT para DSM-5, 72% cumplía criterios de "probable TEPT."	con el trauma. Síntomas de trastorno de estrés postraumático. Inteligencia emocional. Significado en la vida.	del método compartido. Muestra pequeña. Baja tasa de cumplimentación. Gran número de pruebas estadísticas.	

Características de las Intervenciones

A continuación, se exponen las principales características de las intervenciones y sus hallazgos. En la Tabla 4, se presentan estos datos de forma detallada en función de los estudios individuales.

Manifestación del Estigma

En cuanto a la manifestación del estigma foco de interés de las intervenciones analizadas, tres de ellas se centraban en el tratamiento del autoestigma o estigma internalizado (Gul y Aqeel, 2020; Luoma et al., 2008; Silveira et al., 2021), dos de estas incluyeron también en el foco de intervención la vergüenza (Gul y Aqeel, 2020; Luoma et al., 2008). En cuanto a otros tipos de estigma, una intervención se centraba en el estigma percibido, además de en el apoyo social percibido (Silverman, 2020).

En relación con conceptos similares al estigma, una intervención se centraba en el tratamiento de la vergüenza internalizada (Luoma et al., 2012) y otro en reducir la vergüenza y la culpa, y en promover el orgullo (Silverman, 2019). Por último, un estudio se centró en los niveles de autocompasión, culpa y vergüenza relacionadas con el trauma, gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), inteligencia emocional y sentido de la vida (Held et al., 2018).

Enfoque de la Intervención

Todas las intervenciones de los artículos aquí revisados se llevaron a cabo de manera grupal. También hay que destacar la breve duración de algunas de las intervenciones aquí estudiadas que oscilaron entre tan sólo una sesión de aproximadamente 45 minutos (Silverman, 2020; Silverman, 2019), hasta la más larga con 12 horas de intervención (Silveira et al., 2021), siendo la duración más frecuente de seis horas (Gul y Aqeel, 2020; Luoma, 2008; Luoma, 2012).

Otra característica de los estudios reseñable es el enfoque desde el cual se realizaron las intervenciones. De los siete estudios aquí revisados, cinco de ellos centran su atención en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) o en algunos de sus elementos, las cuales entran dentro de las denominadas terapias de tercera generación (Pérez-Álvarez, 2012). Los dos estudios restantes, centran su intervención en programas basados en la musicoterapia, que entran dentro de las llamadas terapias creativas (Johnson et al., 2009).

Por otro lado, hay que mencionar que los estudios que basaron su intervención en la musicoterapia son ambos pertenecientes al mismo autor (Silverman, 2020; Silverman, 2019).

Hallazgos clave

Se expone a continuación un resumen de la evidencia hallada en cada uno de los artículos sobre la eficacia de la intervención.

En primer lugar, el estudio de Silveira et al. (2021) tenía únicamente el objetivo de evaluar la viabilidad de la intervención centrada en la terapia de aceptación y compromiso en el contexto brasileño, sin entrar en sí el programa de intervención fue efectivo para la reducción del estigma. Así, esta resultó ser efectivamente viable, por lo que se concluye que la intervención es posible, independientemente de los resultados que se pudiesen lograr con ella. No obstante, también se señalaron posibles efectos positivos. En este sentido, se hallaron en las entrevistas resultados que indicaban que la intervención podría derivar en posibles beneficios en reducción del estigma internalizado derivados de la intervención. Por lo tanto, también se indicó que la intervención podría ayudar a aumentar el cumplimiento del tratamiento y la calidad de la atención a este colectivo, además de a mantener los beneficios obtenidos durante más tiempo.

El segundo documento de Luoma et al. (2008), consistió en un programa centrado en la terapia de aceptación y compromiso con ausencia de un grupo control. Esta intervención encontró reducciones significativas entre las pruebas pretest y post test en referencia al foco

de interés, que fue el estigma internalizado y la vergüenza internalizada. La reducción significativa de estas medidas es compatible con el indicio de que la intervención podría ser útil para mejorar estas variables. También se hallaron diferencias en otras medidas secundarias que se recogieron, como la salud mental general, autoestima, reducción de la ocultación de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y aumento en el apoyo social recibido por parte de amigos. Mientras que no fueron significativos los cambios en el apoyo social recibido por parte de la familia o de otras personas significativas, ni en rechazo relacionado con el estigma o el estigma percibido. En las medidas del proceso se encontraron mejoras significativas en la evitación experiencial pero no en la credibilidad de las actitudes estigmatizantes ni en la creencia de las razones habituales para el uso de drogas. Además, es necesario mencionar que este documento fue el estudio piloto que se llevó a cabo y sirvió de antesala para la realización de la evaluación de la intervención que se detalla en el quinto artículo revisado perteneciente a Luoma et al. (2012).

El quinto estudio de Luoma et al. (2012), evaluó una intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) mediante un estudio con grupo control. En comparación con el grupo control, en el grupo experimental las mejoras en la vergüenza a corto plazo fueron más reducidas, pero en el seguimiento se encontró un mejor progreso. En los modelos mediadores, sólo la utilización del tratamiento siguió siendo significativa, lo que sugiere que la reducción más lenta de la vergüenza observada en la condición de la terapia de aceptación y compromiso contribuyó a una mayor participación en el tratamiento y, por lo tanto, a mejores resultados en la disminución del uso de sustancias. De este modo, los autores sugieren que las mejorías más lentas después del tratamiento en el grupo experimental sirvieron de patrón protector para el uso de sustancias. La intervención condujo a niveles más altos de asistencia a tratamiento ambulatorio durante el seguimiento, y niveles más bajos de

consumo de sustancias. En general, mostraron un patrón de ganancias continuas en el tratamiento, en lugar de los ciclos de auge y caída observados en el grupo control.

En el estudio que se analizó en tercer lugar, Silverman (2020), se lleva a cabo una intervención basada en la musicoterapia con grupo control. En cuanto a los resultados de esta intervención, aunque el grupo experimental tendió a tener puntuaciones medias de estigma percibido ligeramente más bajas y de apoyo social percibido ligeramente más altas, no encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control.

El cuarto estudio Gul y Aqeel (2020) estudiaron la eficacia de un tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso dirigido al autoestigma o estigma internalizado y la vergüenza, en comparación con el tratamiento habitual. En ambos grupos se vieron mejoras significativas en las medidas secundarias de salud mental general, calidad de vida, flexibilidad psicológica y apoyo social. Pero en cuanto a las medidas primarias en las que se focalizaba la intervención, no se dieron diferencias significativas en el grupo control de tratamiento estándar. En cambio, en el grupo experimental se mostraron diferencias significativas tanto en el estigma internalizado como en la vergüenza, desde las medidas pre a post y hasta el seguimiento. Así, los resultados generales mostraron que el grupo experimental mostró más reducción del estigma y la vergüenza, más mejoras en salud mental general, calidad de vida, flexibilidad psicológica y apoyo social en comparación con el tratamiento estándar.

Silverman (2019) llevó a cabo el sexto estudio, basado en la musicoterapia con grupo control. El grupo experimental en comparación con el grupo control tendía a tener puntuaciones medias menores en las subescalas de vergüenza y culpa, pero las diferencias no fueron significativas. Estas diferencias entre los grupos si fueron significativas en el orgullo estado, en el que se encontraron mayores puntuaciones entre los participantes que habían

recibido la intervención. Además, los participantes también indicaron que disfrutaron la sesión y que se sintieron mejor tras ella.

En el séptimo y último estudio, de Held et al. (2018), la intervención consistió en un entrenamiento breve en autocompasión, uno de los aspectos del mindfulness. El estudio se llevó a cabo sin la presencia de grupo control. En cuanto a los resultados obtenidos, se dieron cambios significativos en forma de un mayor aumento de la autocompasión y sus subescalas, la inteligencia emocional y en la subescala de presencia de significado en la vida en el grupo experimental, aunque no en la subescala de búsqueda de sentido de la vida. También se encontraron puntuaciones significativamente más bajas en este grupo en la culpa, y sus subescalas, y en la vergüenza relacionadas con el trauma. En esta última se encontró una reducción significativa en la puntuación total y en su subescala de vergüenza internalizada, pero no en la de vergüenza externalizada. En cuanto a gravedad de los síntomas del TEPT no hubo cambios significativos, aunque sí en su subescala de alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo. Por último, en el cuestionario sobre el significado de la vida se encontraron cambios en la subescala de presencia de significado vital pero no en la de búsqueda de sentido de la vida.

Tabla 4.*Características de las Intervenciones*

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
Silveira et al. (2021)	Estigma internalizado.	Intervención basada en la ACT con seis sesiones de dos horas de duración y periodicidad semanal. Protocolo utilizado se adaptó del manual Acceptance and Commitment Therapy – Group Therapy Manual for Self-Stigma and Shame in Substance Use Disorder de Luoma et al., 2005. Este incluye en su introducción aspectos relacionados con el estigma y la terapia de aceptación y compromiso. Las sesiones incluyen tanto discusiones, como ejercicios experienciales.	En función de los procesos de identificación y reclutamiento de la población, así como la aceptabilidad y los resultados obtenidos con la intervención, se concluyó que esta resultó ser viable. Indicadores de posibles beneficios en reducción del estigma internalizado derivados de la intervención en las entrevistas.
Luoma et al. (2008)	Auto-estigma.	Basada en la terapia de aceptación y compromiso. Sesiones grupales, de seis horas de duración, tanto experienciales como didácticas que entraban su atención en el uso de procesos psicológicos de aceptación, defusión cognitiva ¹ y el contacto con valores importantes para los participantes.	Se encontraron diferencias significativas entre las pruebas pre y post test en vergüenza internalizada ($p < 0,001$) y estigma internalizado ($p = 0,029$). En las medidas secundarias, se encontraron mejoras significativas en la salud mental general ($p < 0,001$), en la autoestima ($p < 0,002$), la reducción de la auto ocultación ($p < 0,0017$), aumento en el apoyo social recibido por parte de amigos ($p = 0,038$) aunque no hubo cambios significativos en el

¹ Las técnicas de defusión cognitiva están diseñadas para reducir las funciones de los pensamientos alterando el contexto en el que se producen, en lugar de intentar alterar la forma, la frecuencia o la sensibilidad situacional de los propios pensamientos (Masuda et al., 2004).

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
			<p>apoyo social recibido por parte de la familia o de otras personas significativas, ni tampoco en el rechazo relacionado con el estigma o el estigma percibido.</p> <p>En las medidas del proceso se encontraron mejoras significativas en la evitación experiencial tanto en las medidas con el Cuestionario de Aceptación y Acción ($p < 0,005$) como con el Cuestionario de Aceptación y Acción II ($p < 0,002$). No se encontraron cambios en la credibilidad de las actitudes estigmatizantes ni en la creencia de las razones habituales para el uso de drogas.</p> <p>En las pruebas ANOVA para evaluar efectos de cohorte se encontró que las puntuaciones aumentaron significativamente con el tiempo para la vergüenza internalizada ($p = 0,01$), y salud mental general ($p = 0,048$), la alianza terapéutica post ($p < 0,001$) y la satisfacción del cliente ($p = 0,003$).</p> <p>En cuanto a la satisfacción y la alianza terapéutica. Los participantes informaron estar generalmente satisfechos con la intervención, aunque parece para la mayoría no cubrió todas sus necesidades. Aunque las puntuaciones de la alianza terapéutica post fueron algo bajas, aparentemente esta escala no se ha utilizado previamente para evaluar terapias de grupo breves por lo que puede no ser adecuada.</p> <p>Relaciones entre resultados y procesos. Análisis de mediación no posible debido a falta de grupo de control y tamaño de muestra inadecuado para buscar relaciones con el estigma internalizado. Pero puntuaciones del Cuestionario de Aceptación y Acción, y de la vergüenza post estaban altamente</p>

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
Silverman (2020)	Estigma percibido y el apoyo social percibido.	Basada en la musicoterapia, a través de composición grupal de canciones. Una sesión de aproximadamente 45 minutos. La canción debía titularse "the stigma blues". Primera estrofa de la canción se refería al estigma relacionado con el trastorno por consumo de sustancias. Dio la oportunidad para entablar diálogo que les permitió quejarse y desahogarse, identificando y atacando el estigma como falsa construcción social. La segunda se centró en el apoyo social percibido, sirviendo para afrontar y abordar el estigma percibido resultante del estigma público. Sesiones del grupo control se centraron en juego de bingo musical.	correlacionadas ($p<0,0001$). Con el fin de centrarse en el impacto del tratamiento, ajustando diferencias de la línea de base, correlación entre cambios pre-post en el Cuestionario de Aceptación y Acción, y cambios en la vergüenza internalizada estaban fuertemente correlacionados ($p<0,01$). Ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre grupos para ninguna característica demográfica. La condición experimental tendió a puntuaciones medias de estigma percibido ligeramente más bajas y de apoyo social percibido ligeramente más altas que la condición de control, pero el resultado de los análisis de varianzas no indicó diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las dos variables.
Gul y Aqeel (2020)	Estigma internalizado y vergüenza en trastornos por consumo de sustancias.	Intervención de hasta seis horas de duración, en tres semanas, basada en la terapia de aceptación y compromiso. Sesiones de grupo tanto experienciales como didácticas con uso de procesos de aceptación psicológica, defusión cognitiva y contacto	En el grupo experimental se dio una disminución significativa del estigma desde la prueba pre hasta la post y el seguimiento ($p=0,000$). También en la vergüenza en la prueba pre post ($p=0,000$) y el seguimiento ($p=0,000$). Estas no se dieron en el grupo control de tratamiento estándar. Las medidas secundarias de salud mental general, calidad de

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
Luoma et al. (2012)	Vergüenza internalizada, estigmatización y juicios sobre sí mismos y los demás.	<p>con valores importantes para los participantes. Centrada en cinco módulos básicos específicos (voluntad, valores, acción comprometida, capacidad de trabajo y fusión) y dos objetivos no específicos (estigma y vergüenza).</p> <p>Intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso, con tres sesiones grupales de dos horas de duración durante una semana siguiendo el manual de intervención desarrollado en un ensayo piloto (Luoma et al., 2008). La primera sesión se centró en la viabilidad de la supresión y la evitación y en desarrollar habilidades para la defusión cognitiva y aceptación. La segunda en enseñar habilidades de defusión y aceptación, y un ejercicio de mindfulness. La tercera incluyó un ejercicio de atención plena y se centró en trabajar sobre objetivos y valores vitales de los participantes.</p>	<p>vida, flexibilidad psicológica y apoyo social, mejoraron en ambos grupos.</p> <p>En el seguimiento hubo un ligero aumento de las medidas.</p> <p>Resultados primarios: Consumo de sustancias. Diferencia significativa entre las condiciones de tratamiento ($p=0,02$), odds ratio para los participantes en el grupo experimental que no consumieron durante una semana determinada de 2,32, más de 21/4 veces más probabilidades de no consumir durante cualquier semana. Resultados confirmados con ecuación de estimación generalizada, odds ratio sólo ligeramente superior que sugiere efectos de cohorte limitados.</p> <p>Utilización del tratamiento. Efecto significativo, participantes en el grupo experimental utilizaban un 82% más de tratamiento de drogas y alcohol ($p=0,04$). Patrones similares para drogas y alcohol considerados por separado. Sin diferencias significativas en utilización de otros servicios (psicológicos, médicos, legales, laborales o familiares).</p> <p>Vergüenza interiorizada. Al contrario de lo que se esperaba, los participantes en el grupo control mostraron mejora media y significativa pre-post ($p=0,00$), pero no significativa desde pre hasta el seguimiento. En el grupo experimental pequeña y significativa mejora del pre al post ($p=0,045$), que aumentó a</p>

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
			<p>media y significativa durante el seguimiento ($p=0,000$).</p> <p>En el seguimiento, 19,7% del grupo control había mejorado y 15,2% deteriorado. En el grupo experimental, 30,9% mejorado y el 2,9% deteriorado. Diferencia significativa en la mejora ($p=0,04$) y el deterioro ($p=0,026$).</p> <p>Resultados secundarios:</p> <p>Salud mental general. El grupo control mostró mejora media y significativa de pre a post ($p<0,001$), pero no desde el pre hasta el seguimiento (ahora en deterioro).</p> <p>El grupo experimental también mostró mejora media y significativa de pre a post ($p<0,001$), pero mantuvo mejora pequeña y significativa en el seguimiento ($p=0,002$).</p> <p>En el seguimiento, el 32,5% del grupo control se había deteriorado y el 30% había mejorado, en comparación con el 5,4% de deterioro y el 35,1% de mejora en la condición experimental, una diferencia significativa en el deterioro ($p=0,003$).</p> <p>Calidad de vida. Pequeña, aunque significativa mejora en grupo control entre pre y post ($p=0,002$), sin cambios significativos entre pre y seguimiento.</p> <p>En la condición experimental pequeña, aunque significativa mejora entre pre y post ($p=0,007$), que se mantuvo durante el seguimiento ($p=0,002$).</p> <p>Apoyo social. Los participantes del grupo experimental no mostraron cambios significativos entre pre y post, pero sí una mejora significativa durante el período de seguimiento ($p=0,007$). Los participantes del grupo control no mostraron</p>

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
Silverman (2019)	Vergüenza, culpa y orgullo.	<p>Intervención de una sesión de aproximadamente 45 minutos. Desde la musicoterapia, basada en la composición de canciones de blues dirigida al estigma interiorizado en adultos con enfermedades mentales (Silverman, 2013) y en ejemplos de un texto de musicoterapia para la gestión de la enfermedad y la recuperación (Silverman, 2015).</p> <p>Condición experimental (sólo postest): Sesión altamente estructurada de aproximadamente 45 minutos. Consistió en la creación de una canción sobre vergüenza percibida y culpa inadaptaada en relación con la adicción, llamada "Ain't Guilty Blues". Facilitó la normalización y diferenciación de la vergüenza y la culpa, proporcionó la oportunidad de enmarcar la vergüenza como distorsión cognitiva, diferenciación de comportamientos e identidades, y trabajo para cambiar la culpa desadaptativa por la adaptativa y la vergüenza por el orgullo.</p> <p>Condición de control (sólo pre): Juego de bingo musical diseñado para no abordar la vergüenza, la culpa o el orgullo.</p>	<p>mejoras significativas. Sin diferencias significativas entre los grupos para ninguna medida demográfica. Aunque en los participantes en el grupo experimental en comparación con el grupo control tendían a tener puntuaciones medias menores en las subescalas de vergüenza y culpa, estas diferencias no fueron significativas. Sí se encontró una diferencia significativa entre grupos en el orgullo estado ($p < 0,012$), con mayores puntuaciones en el grupo experimental. Aunque el tamaño del efecto fue pequeño. Indicadores cualitativos de posibles efectos positivos de la intervención.</p>
Held et al.	Autocompasión,	Consistió en la aplicación del entrenamiento	A través de la aplicación de pruebas t de Student para medias

Autores y año	Manifestación del estigma	Enfoque de la intervención	Hallazgos clave
(2018)	culpa y vergüenza relacionadas con el trauma, gravedad de los síntomas del TEPT, inteligencia emocional y sentido de la vida.	breve en auto compasión (Briefself-compassion training [BSCT] de Held et al., 2016), desarrollado previamente para el tratamiento en casos de altos niveles de culpa y vergüenza. Cuatro sesiones semanales de una hora en formato grupal. Se enseñan nuevas habilidades de forma experimental, se practican ejercicios guiados de respiración consciente y escaneo del cuerpo, y se recomiendan tareas para casa. La primera sesión se basa en la educación sobre la autocompasión y presenta la atención plena, elemento central de la misma (Neff, 2003) y habilidad crucial para tomar conciencia de las experiencias del momento presente. La duración de los ejercicios de mindfulness aumenta cada semana. La segunda sesión dirige la atención hacia los pensamientos críticos y comienza a enseñarles a relacionarse consigo mismos de forma más compasiva. En la tercera, se enseña a dar respuestas compasivas. En la cuarta, se siguen practicando respuestas y se hace una revisión y preparación para el futuro.	dependientes con datos pre y post se identificaron aumentos significativos en la autocompasión ($p<0,05$), así como en cambios significativos en todas sus subescalas. La culpa global, disminuyó significativamente ($p<0,01$), así como sus tres subescalas. Las puntuaciones totales de vergüenza relacionada con el trauma y su subescala de vergüenza internalizada disminuyeron de forma estadísticamente significativa ($p<0,05$), aunque el cambio en su subescala de vergüenza externalizada no fue significativo. En la gravedad de los síntomas del TEPT no hubo cambios significativos, aunque en la subescala de alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo sí se encontró una tendencia a la reducción significativa ($p=0,06$). En la inteligencia emocional hubo un aumento significativo ($p<0,05$). En el cuestionario sobre el sentido de la vida se encontraron cambios en la subescala de presencia de significado vital ($p<0,01$) pero no en la de búsqueda de sentido de la vida.

Nota. Sólo se reporta el valor p para resultados significativos.

Discusión

Uno de los primeros aspectos a los que se hace necesario aludir respecto a esta revisión es la aparente escasez en los estudios de intervenciones focalizadas en el estigma relacionado con sustancias en personas que las consumen. Ya en las revisiones sistemáticas localizadas relacionadas con el foco de interés, parecían indicar una escasez en este tipo de estudios (Livingston et al., 2011; Tostes et al., 2020). Esto se vio respaldado por la carencia de estudios que se encontraron tanto en las búsquedas exploratorias como en la búsqueda final utilizada en la revisión del presente documento. Además, en este sentido, se ha de tener en cuenta también que la búsqueda realizada no se limitó a ninguna manifestación del estigma en concreto, sino de forma más amplia, con el criterio de que la intervención estuviera dirigida al estigma por consumo de sustancias o constructos similares en el colectivo estigmatizado. Por lo tanto, se hace patente la falta de documentación científica que recoja, y o analice, estudios de intervención sobre el estigma relacionado con sustancias en personas que las consumen.

De la misma forma, es necesario mencionar la novedad de las publicaciones aquí recogidas. En este sentido, en el segundo artículo analizado, los autores en Luoma (2008) indicaban que creían que su estudio parecía ser el primero que presentaba como foco de interés principal la evaluación de una intervención sobre el autoestigma en personas con problemas de consumo de sustancias. Y en efecto, dando peso a esta afirmación, la búsqueda realizada en este trabajo mostró que se trataba del artículo de investigación con más años de antigüedad. De este modo, el resto de los artículos incluidos en esta revisión cuentan con fechas de publicación posteriores, encontrándose estas comprendidas entre los años 2008 y 2021.

Así, la escasez de artículos junto con la novedad de las publicaciones analizadas en esta revisión, parecen indicar que las investigaciones en esta área de estudio son las primeras indagaciones en un nuevo campo de interés que no ha sido aún estudiado en profundidad.

En cuanto a las características de los estudios analizados, hay ciertas de ellas comunes. El reclutamiento de los participantes es uno de los primeros aspectos que llaman la atención, pues en todos los estudios se llevó a cabo en unidades de desintoxicación o tratamiento por consumo de sustancias. Su frecuencia cobra sentido, entendiendo que el estigma relacionado con el consumo de sustancias se dará principalmente en personas consumidoras que presenten problemas debido a su consumo, pero también parece conllevar ciertas limitaciones.

En primer lugar, una gran limitación es el efecto compartido con el tratamiento concurrente no específico (Luoma et al., 2008), la dificultad de caracterizar el tratamiento habitual en un programa residencial y el posible efecto por adición de atención de personas ajenas a la unidad o de terapeutas inusualmente capacitados (Luoma et al., 2012). Al mismo tiempo, los posibles cambios producidos por la mayor abstinencia debida al cese o la reducción en el uso de sustancias (Held et al., 2018), es difícil atribuirlos exclusivamente a la intervención realizada sobre el estigma. Además, otra limitación relacionada con el tipo de servicios en donde se suele reclutar la muestra es la considerable pérdida de participantes durante el proceso experimental. Esto es debido a que el reclutamiento en estos servicios puede imponer una serie de condicionantes asociados a la alta tasa de abandonos que presentan. En este sentido, en un estudio se indicó que la tasa de no finalización que se encontró era comparable con la de los programas de tratamiento ambulatorio de trastorno por consumo de sustancias (Held et al., 2018), con tasas de abandono que de hasta un 80% (Loveland y Driscoll, 2014). En este sentido, en el estudio de Held et al. (2018) se indicó que a pesar de no haber podido recopilar datos sobre las razones por las que los participantes no

completaron el estudio, supieron que se había expulsado a varias personas del servicio de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias por no mantener la abstinencia. Este era un requisito del centro de tratamiento, aunque no del estudio en sí.

Para poner solución a esta pérdida de la muestra, en algunos de los estudios aquí analizados, como en Luoma et al. (2008), se ha hecho uso inteligentemente de vales regalo, para incentivar la participación o la cumplimentación de pruebas pre o post test. Otra recomendación interesante sería realizar el proceso de muestreo en otros lugares donde también se pueda encontrar alta prevalencia de personas con problemas por consumo de sustancias, pero sin este posible efecto compartido con el tratamiento, ni tampoco tasas altas de abandono o alta rotación de personas. Por ejemplo, se podría reclutar a la muestra en servicios de alojamiento de larga estancia para personas sin hogar, población que cuenta con una alta prevalencia en este tipo de trastornos (Rodríguez-Pellejero et al., 2017). En estos servicios los usuarios pueden hacer uso de la residencia ofrecida sin los condicionantes impuestos en los servicios de tratamiento y sin presencia de tratamiento concurrente, aunque se puedan implementar estrategias basadas en la reducción de daños (Wallace et al., 2018). Y aunque la generalización de los resultados podría verse complicada por contar la muestra con características propias, esta es una cuestión que tampoco parece estar garantizada por recoger la muestra de personas en servicios de tratamiento. Y de esta manera, en cambio, podríamos minimizar el posible efecto del tratamiento concurrente en la intervención sobre el estigma y la pérdida de participantes durante el estudio, aumentando así la validez interna de los estudios.

Debido en parte a esta pérdida de participantes, los tamaños muestrales de los estudios analizados eran pequeños. Sólo tres de los siete artículos contaron con más de 100 participantes (Silverman, 2019; Silverman, 2020), contando la mayor muestra presentada con 133 participantes (Luoma et al., 2012). Estos datos apuntan hacia la necesidad de contar con

muestras más amplias para garantizar la validez en los estudios y la generalización de resultados (Cozby y Bates, 2018). En cuanto a las características de los participantes en los estudios, se ha visto que se encontraban en una adultez temprana o media y predominantemente de origen caucásico. También se señalaba que las mujeres constituían una minoría, incluso un estudio se caracterizó por presencia masculina exclusiva (Gul y Aqeel, 2020). En este sentido, los datos apuntan a que la prevalencia de trastornos por consumo de sustancias en la población general es mayor entre los hombres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Por esto, podríamos esperar que esta desproporción se vea reflejada de igual manera en los estudios que tienen como foco esta población. Sin embargo, hay ciertos factores que pueden actuar como condicionantes de género, haciendo que el consumo en la mujer sea menos visible, y su acceso a servicios de tratamiento menos frecuente. En esta línea, se menciona en los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional sobre Adicciones del Gobierno de España que abarca los años desde 2017 al 2024, que se debe incluir la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial a este problema (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Ya que, en el caso de las mujeres, se pueden identificar consumos poco visibles, mayor estigma y culpa y menores apoyos y comprensión. Además, puede existir un mayor juicio endurecido por la idea de ser madres y las consecuencias para los hijos. También se indica la necesidad de tener en cuenta la posible dificultad en el acceso a la red asistencial y en el proceso de rehabilitación e inserción social en el caso de las mujeres, ya que las responsabilidades familiares todavía suelen recaer de forma mayoritaria en ellas. Todo esto apunta a la necesidad de tener en cuenta estos factores, así como la inclusión de la perspectiva de género en futuros estudios y la posible adaptación de las intervenciones. Además, puede ser interesante de cara al futuro profundizar en las relaciones entre el estigma relacionado con el consumo de sustancias y el género. Planteándose cuestiones como, por ejemplo, si el género

influye de diferente manera en el estigma por consumo de sustancias o si el género puede ser un factor moderador de los efectos de la intervención sobre el estigma. Analizando estas posibles relaciones y ampliando el conocimiento en esta área podremos seguir mejorando y ofreciendo intervenciones efectivas que se adapten a las características específicas de los usuarios.

Respecto a las sustancias que consumían los participantes en los estudios, éstas fueron diversas, aunque su comparación entre las muestras es complicada debido a las diferencias en la recogida de datos. En algunos estudios se preguntó por las sustancias más consumidas los días previos (Luoma et al., 2008; Luoma et al., 2012), mientras que en otros por la adicción principal (Silverman, 2019; Silverman, 2020) o por las principales sustancias de elección (Held et al., 2018). También la ausencia de recogida de las sustancias de consumo (Silveira et al., 2021) o la ausencia total de medida de las variables demográficas (Gul y Aqeel, 2020) suponen una limitación para el estudio de estas características en relación con la intervención sobre el estigma. La recogida de estas variables es necesaria para evaluar posibles diferencias entre los grupos, por lo que se recomienda su incorporación en futuros estudios.

En este sentido, también se han encontrado otras limitaciones relativas a la ausencia de medidas, como la ausencia de medidas pre y post en el mismo grupo (Silverman, 2020), o la ausencia de datos sobre el mantenimiento o seguimiento de los resultados de la intervención (Luoma et al., 2008; Silverman, 2020), o limitaciones en la recogida de estos últimos (Luoma et al., 2012). De este modo, se necesario incorporar la evaluación del mantenimiento de los resultados en futuros estudios (Luoma et al., 2008).

Igualmente, en relación con las medidas recogidas, el uso de instrumentos de medida no validados y la gran diversidad de instrumentos utilizados para medir las variables dependientes, suponen una limitación que dificulta la comparación entre los resultados de los diferentes estudios. Esta diversidad era esperable puesto que el estigma es un constructo

complejo, con diversas manifestaciones, y constructos relacionados que se consideraron para la búsqueda. Pero esta diversidad también puede indicar una falta de consenso a la hora de medir el constructo del estigma por consumo de sustancias. Además, las medidas de constructos similares al estigma también presentan ciertas limitaciones. Por ejemplo, la no diferenciación de las diversas maneras de conceptualizar la culpa (Silverman, 2019), que también puede presentarse como una emoción más adaptativa (Tangney y Dearing, 2002), o la falta de acuerdo en la precisión de la medida de los niveles situacionales de vergüenza o su distinción de la culpa (Luoma et al., 2012). Para paliar esta falta de unificación en las medidas sería interesante la creación de un instrumento que recoja los diferentes dominios del estigma, que a su vez facilitará la comparación de resultados de diferentes estudios.

Apoyando esta recomendación de crear una herramienta que contenga todos los dominios del estigma, encontramos una revisión reciente que tuvo como objetivo examinar cómo se han desarrollado los instrumentos existentes para medir el estigma que afecta a las personas que usan drogas. Además, es interesante la mención a las conclusiones hechas por KwakepeseSemegni et al. (2021), ya que entre los instrumentos que revisaron se incluyeron dos escalas utilizadas en dos de los estudios incluidos en esta revisión: Perceived Stigma of Addiction Scale de Luoma et al., 2010 (Silverman 2020), y Substance Use Stigma Mechanism Scale (Gul y Aqeel, 2020). Así, se indicó que en general, todos los estudios incluidos tenían buenas cualidades metodológicas, pero la mayoría utilizaron instrumentos validados para medir el estigma en salud mental adaptados para ajustarse al contexto del consumo de sustancias. Y basándose en estos resultados, se recomendó estudiar la experiencia de las personas que consumen drogas con respecto al estigma y las percepciones de los proveedores de servicios que prestan atención a estas (KwakepeseSemegni et al., 2021). De esta manera se podrán desarrollar instrumentos validados para medir de estigma de manera específica en este contexto.

Relacionada también con los instrumentos de medida utilizados, una última limitación metodológica a señalar es que estos se basan en medidas de autoinforme (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Silverman 2019). Por este motivo algunos autores indican que los resultados se han de interpretar con precaución, ya que estas medidas pueden no haber sido precisas (Silverman, 2019). En este sentido, como mencionan los autores Luoma et al. (2008), futuros estudios deberían incluir también otro tipo de medidas que sean más objetivas.

Respecto al diseño de los estudios, se encontraron algunas limitaciones, relacionadas con la escasez de diseños experimentales y de medidas encaminadas a reducir sesgos y obtener evidencias suficientes de validez. Sólo se ha encontrado ausencia de asignación aleatoria a los grupos en un artículo, cuyo estudio contaba con presencia de grupos abiertos y variabilidad en la asistencia a las sesiones (Silveira et al., 2021). A pesar de la dificultad existente en el ámbito de la evaluación de programas para hacer uso de experimentos totalmente aleatorios (Cook, 1991), en el resto de los artículos analizados se hizo uso de la aleatorización. Por otro lado, fue frecuente encontrar ausencia de grupos control en los estudios revisados, (Held et al., 2018; Luoma et al., 2008; Silveira et al., 2021). Por lo que, se hace necesario recalcar la necesidad de grupos control en futuros estudios. Estos, aunque sean del tipo no equivalente, serán de gran utilidad en el área de interés. Servirán para comprobar si la intervención sobre el estigma registra unos resultados en el grupo experimental que no se dan en el grupo control, lo que podría indicar si esta intervención es o no efectiva en la reducción del estigma. También se ha encontrado una ausencia de enmascaramiento en los artículos revisados (Luoma et al., 2012). Este es un procedimiento a través del cual una o varias partes de una investigación desconocen a cuál de los grupos han sido asignados los participantes en un estudio. Su ausencia es una posible fuente de sesgos en los resultados, afectando de diversas maneras, por ejemplo, mediante el aumento de las expectativas o de la

motivación de un mejor resultado en el grupo experimental. En este sentido, en los artículos analizados, era común que el investigador realizara una doble función de terapeuta o administrador de la intervención (Silverman, 2020). Asimismo, en los artículos analizados también se puede encontrar ausencia de enmascaramiento respecto a los participantes, de modo que, los resultados pueden haberse debido no sólo a unas expectativas de una mayor mejora entre el personal de la unidad de tratamiento, sino también entre los propios participantes (Luoma et al., 2012). Así, esta limitación se debería intentar corregir en futuras investigaciones mediante técnicas como el doble ciego.

Las intervenciones evaluadas contaban con ciertas características comunes en su enfoque, centrándose principalmente en las terapias de tercera generación, en concreto en la terapia de aceptación y compromiso o en algunos de sus elementos, y por otro lado en la musicoterapia. Dentro de las terapias de tercera generación, el enfoque de la terapia de aceptación y compromiso se centra en aumentar la flexibilidad psicológica, definida como la capacidad para contactar con el momento presente y las experiencias internas. A pesar de haber sido aplicada previamente en estudios controlados para reducir las actitudes estigmatizantes hacia personas en recuperación por problemas con drogas y para reducir el actual uso de sustancias, la terapia de aceptación y compromiso no había sido aplicada antes para reducir el estigma ninguna población (Luoma et al., 2008). Respecto al porqué de la utilización de estos enfoques en la reducción del estigma en la población, la explicación la podríamos encontrar en la complicada tarea que supone el abordaje del estigma. En este sentido los autores Luoma et al. (2010) señalan la posibilidad de que las intervenciones basadas en la educación sobre el estigma puedan dar lugar a niveles más altos de estigma percibido, lo cual, haciendo este estigma más presente, potencialmente podría aumentar el autoestigma. Por lo que su intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso cobraría sentido. Y aunque este planteamiento sea simplemente una posibilidad, otros autores

también han apostado por este cambio de perspectiva en las intervenciones hacia un marco más positivo. Así, y como indica Silverman (2019), la musicoterapia también ofrece este cambio de dirección, basándose en conceptos más ligados a la satisfacción personal basada en acciones y logros. De esta manera, resultaría ser menos confrontacional, lo que consecuentemente, podría mejorar la alianza terapéutica y también los resultados obtenidos con la intervención.

En cuanto a los resultados obtenidos por las intervenciones, los tratamientos basados en las terapias de tercera generación han mostrado hallazgos prometedores. La intervención resultó ser viable con evidencia de que podría conducir a resultados positivos (Silveira et al., 2021). Se asoció con mejoras en la salud mental general, autoestima, reducción de la ocultación de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y aumento en el apoyo social recibido por parte de amigos, y mejoras en la evitación experiencial (Luoma et al., 2008), de la autocompasión, la inteligencia emocional y la presencia de significado en la vida (Held et al., 2018). También con reducciones significativas en el estigma internalizado y la vergüenza (Gul y Aqeel, 2020), así como en la culpa y en la vergüenza relacionadas con el trauma (Held et al., 2018). Incluso se asoció la intervención sobre el estigma con un patrón de ganancias continuas en el tratamiento de los problemas de consumo de sustancias, en lugar de los ciclos de auge y caída observados habitualmente (Luoma et al., 2012).

Por otro lado, en una de las intervenciones basadas en la musicoterapia no se encontraron cambios significativos (Silverman, 2020). En la otra no se encontraron cambios significativos en comparación con el grupo control en vergüenza o culpa, aunque sí se hallaron mayores puntuaciones en el orgullo estado entre los participantes del grupo experimental (Silverman, 2019). No obstante, hay que recordar la brevedad de estas intervenciones.

Respecto a la comparación de los resultados obtenidos según el tipo de enfoque, sería muy arriesgado afirmar como más efectivo o apropiado uno sobre otro. Por un lado, por la brevedad de las intervenciones evaluadas en los artículos revisados, algunas de las cuáles contaron con tan sólo una sesión de aproximadamente 45 minutos (Silverman, 2020; Silverman, 2019), y las limitaciones metodológicas vistas. Por otro lado, por las diferentes formas de contextualizar el estigma y la diversidad de instrumentos de medida utilizados. Esto, junto con la escasez y novedad de los artículos encontrados, hace patente una vez más la insuficiente evaluación de intervenciones sobre el estigma en consumo de sustancias en el colectivo estigmatizado. Por lo tanto, es todavía necesario profundizar más en este campo de interés antes de realizar afirmaciones más concluyentes.

Por último, es importante destacar la dificultad o imposibilidad de conseguir un estudio con un nivel más alto de fortaleza metodológica en el área de estudio en la que nos encontramos, debido a la dependencia de este de multitud de factores. Y se hace totalmente necesario reconocer el esfuerzo de los investigadores en evaluar las intervenciones puesto que ofrecen así la valiosa oportunidad de mejorarla. Asimismo, se espera que la información y recomendaciones recogidas en esta revisión sean útiles para que los futuros estudios superen las limitaciones halladas. La optimización de la intervención sobre el estigma relacionado con el consumo de sustancias en el colectivo estigmatizado tendrá repercusiones individuales de mejora su calidad de vida y su bienestar. El perfeccionamiento de estas intervenciones tiene una importancia crítica para la reducción de un problema social, por lo que sus beneficios incidirían a toda la sociedad en general.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association: The Official Guide to APA Style (7th ed.). American Psychological Association.

Asociación Española de Fundraising (AEFr) (2018). La colaboración de los Españoles con las ONG y el perfil del donante. AEFr. https://www.aefundraising.org/wp-content/uploads/2017/09/Resumen-Ejecutivo-Perfil_Donante_2018_DEF.pdf

Andersson, G. Z., Reinius, M., Eriksson, L. E., Svedhem, V., Esfahani, F. M., Deuba, K., Rao, D., Lyatuu, G. W., Giovenco, D. y Ekstöm, A. M. (2020). Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. *Lancet HIV*, 7(2), e129–e140. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30343-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30343-1)

Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A. y Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment, effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269-1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>

Bos, A., Pryor, J., Reeder, G. y Stutterheim S. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>

Buchman, D. Z. y Reiner, P. B. (2009) Stigma and Addiction: Being and Becoming. *The American Journal of Bioethics*, 9(9), 18-19.

<http://dx.doi.org/10.1080/15265160903090066>

Cook, T. D. (1991). Clarifying the Warrant for Generalized Causal Inferences in Quasi-Experimentation. En M. W. McLaughlin y D. Phillips (Eds.), *Evaluation and Education at Quarter Century* (pp. 115-144). National Society for the Study of Education. <http://dx.doi.org/10.1177/016146819109200606>

Cook, J., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. y Busch, J. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, 103, 101-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>

Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., y O'Shaughnessy, J. (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: Findings from a Stratified Random Sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139–147. <http://dx.doi.org/10.1177/1468017308101818>

Coullaut-Valera, R., Arbaiza Diaz del Río, I., Arrúe-Ruiloba, R. de, Coullaut-Valera, J., y Bajo-Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 168–173. https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema6/documentos/C14D_1.pdf

Cozby, P. C. y Bates, S. C. (2018). *Methods in behavioral research* (13th ed.). McGraw-Hill Education.

Crapanzano, K.A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N. y Kullar, R. (2019). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: A review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10, 1-12.
<https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>

Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. y Meltzer, H. (2005). Stigmatisation of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(2), 106–113. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16633526/>

Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H. y Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>

Crocker, J., Major, B. y Steel, C. (1998). Social stigma. En S. Fiske, D., Gilbert y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology*, 2 (pp. 504-553). McGraw-Hill.

Cuddy, A.J.C., Fiske, S.T., Glick, P. (2008). Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception: The Stereotype Content Model and the BIAS Map. *Advances in Experimental Social Psychology*, 40, 61-149.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)

- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E.B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R.P., Hickman, M. y Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: A multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5, e1192-207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
- Earp, B. D., Skorburg, J. A., Everett, J., y Savulescu, J. (2019). Addiction, Identity, Morality. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(2), 136–153. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1590480>
- Frost, D. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 824-839. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x>
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A. y Vitoria, A. (2013). HIV- and AIDS-Related Stigma: Psychosocial Aspects in a Representative Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, e30,1-8. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.52>
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J. (2011). La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. E-Espacio UNED. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-MJfuster>

Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Molero, F. y Ubilllos, S. (2016). Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it.

Anales de Psicología, 32(1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.192121>

Garay Montañez, N., y Fernández Arrillaga, I. (2018). Los desafíos en la enseñanza del constitucionalismo y su historia: La interseccionalidad de raza y género. *Revista De Educación Y Derecho*, 18.

<https://doi.org/10.1344/REYD2018.18.24118>

Goffman, E. (1963). *Stigma; Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Gul, M. y Aqeel, M. (2020). Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: A double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413-419.

<https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1846803>

Held, P., Owens, G. P., Thomas, E. A., White, B. A. y Andersson, S. E. (2018). A pilot study of brief self-compassion training with individuals in substance use disorder

treatment. *Traumatology*, 24(3), 219–227. <https://doi.org/10.1037/trm0000146>

Herek, G. M. (2009). Sexual prejudice. En T. D. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 441–467). Psychology Press.

Jackson-Best, F. y Edwards, N. (2018). Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health*, 18, 919.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5861-3>

- Johnson, D. R., Lahad, M. y Gray, A. (2009). Creative therapies for adults. En E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, y J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 479–490). The Guilford Press.
- Kulesza, M., Ramsey, S. E., Brown, R. A. y Larimer, M. E. (2014). Stigma among Individuals with Substance Use Disorders: Does it Predict Substance Use, and Does it Diminish with Treatment? *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 3(1). <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000115>
- KwakepepseSemegni, C., Phetlhu, D. R. y Marie Modeste, R. R. (2021). An Integrative Review of Measurement Instruments Used to Assess the Stigma That Affects People Who Use Drugs. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244020963067>
- Lerner, M. J. (1980). *The Belief in a Just World. A Fundamental Delusion*. Springer.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L. y Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20 (2), 85-95. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.743506>

Loveland, D. y Driscoll, H. (2014). Examining attrition rates at one specialty addiction treatment provider in the United States: A case study using a retrospective chart review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9, 41.

<https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-41>

Ljubičić, M., Labaš, S. D., y Nastasić, P. (2013). Students' attitudes on persons suffering from psychological malfunctions: Addition to stereotype research. *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions*, 49(2), 85–100.

<https://hrcak.srce.hr/136118>

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K. y Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149–165. <https://doi.org/10.1080/16066350701850295>

Luoma, J. B., Kulesza, M., Hayes, S. C., Kohlenberg, B. y Larimer, M. (2014). Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 206–212.

<https://doi.org/10.3109/00952990.2014.901337>

Luoma J. B., O'Hair A. K., Kohlenberg B. S., Hayes S. C. y Fletcher L. (2010). The Development and Psychometric Properties of a New Measure of Perceived Stigma Towards Substance Users. *Substance Use & Misuse*, 45, 47-57.

<https://doi.org/10.3109/10826080902864712>

- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. y Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43–53. <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Ma, P. H. X., Chan, Z. C. Y. y Loke, A. Y. (2019). Self-stigma reduction interventions for people living with HIV/AIDS and their families: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 23(3), 707–741. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2304-1>
- Major, B., McCoy, S. K., Kaiser, C. R. y Quinton, W. J. (2003). Prejudice and yoesteem: a transactional model. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European Review of Socially Stigmatized. Social and Personality Psychology Compass*, 5, 824-839.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., y Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 477–485.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008>
- McCusker, C. (2006). Towards understanding loss of control: An automatic network theory of addictive behaviours. En M. Munafò & I. P. Albery (Eds.), *Cognition and addiction* (pp. 117–145). Oxford University Press.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.083>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones del 2017-2024. *Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones*

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

Molero, F. y Pérez-Garín, D. (2017). La estigmatización social. En F. Molero, D. Lois, C. García-Ael y A. Gómez (Eds.), *Psicología de los Grupos* (pp. 315-337). Editorial UNED.

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Newman, B. N. y Crowell, K. A. (2021). The intersectionality of criminality and substance use self-stigmas. *Stigma and Health*, Advance online publication.
<https://doi.org/10.1037/sah0000293>

Newton, T. (2006). Addictions. En Wedding, D. y Stuber, M. L. (Eds.), *Behavior & medicine* (pp. 125-131). Hogrefe & Huber Publishers.

Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33723643008.pdf>

- Rodríguez-Pellejero, J. M., Núñez, J. L. y Hernández, D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 22(3), 197–206. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18848>
- Ronzani, T. M., Noto, A. R. y Silveira, P. S. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores. Editora UFJF.
https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2018/02/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Psychology*, 10, 174-214.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60357-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60357-3)
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. y Angermeyer, M. C. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46 (2), 105-112,
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Silveira, P. S., Oliveira, A. A., Freitas, J. V. T., Tostes, J. G. A. y Ronzani, T. M. (2021). Viabilidade da terapia de aceitação e compromisso para dependentes de drogas. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14(1), 1–20.
<http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e15489>

Silverman, M. J. (2020). Therapeutic songwriting for perceived stigma and perceived social support in adults with substance use disorder: A cluster-randomized effectiveness study. *Substance Use & Misuse*, 55(5), 763–771.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1701037>

Silverman, M. J. (2019). Songwriting to target state shame, guilt, and pride in adults with substance use disorder on a detoxification unit: A cluster-randomized study. *Substance Use & Misuse*, 54(8), 1345–1354.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1580742>

Tangney, J. P. y Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.

<https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>

Tostes, J. G. A., Dias, R. T., Reis, A. A. S., Silveira, P. S. y Ronzani, T. M. (2020).

Interventions to reduce stigma related to people who use drugs: Systematic review.

Paidéia(Ribeirão Preto), 30, e3022. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3022>

Turan, J.M., Elafros, M.A., Logie, C.H., Banil, S., Turan, B., Crockett, K. B., Pescosolido, B.

y Murray, S.M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Medicine* 17, 7.

<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1246-9>

United Nations Office on Drugs and Crime (2021). World Drug Report 2021. *United Nations publication*. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf

Volkow, N. D. y Li, T. K. (2004). Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry.

Nature Reviews Neuroscience, 5, 963–970. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1539>

Wallace, B., Barber, K. y Pauly, B., (2018). Sheltering risks: Implementation of harm

reduction in homeless shelters during an overdose emergency. *International Journal of Drug Policy*, 53, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.12.011>

Wogen, J., y Restrepo, M. T. (2020). Human Rights, Stigma, and Substance Use. *Health and human rights*, 22(1), 51–60.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348456/pdf/hhr-22-01-051.pdf>

Wolitski, R. J., Pals, S. L., Kidder, D. P., Courtenay-Quirk, C. y Holtgrave, D. R. (2009). The effects of HIV stigma on health, disclosure of HIV status, and risk behavior of homeless and unstably housed persons living with HIV. *AIDS and Behavior*.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10461-008-9455-4>

Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M. y Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 378-

388. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000351>

Anexos

Anexo I. Instrumentos de Medida

Autores y año	Instrumentos de medida
Silveira et al. (2021)	Viabilidad y aceptación de la intervención: Información cualitativa recogida mediante observación y registros de campo.
Luoma et al. (2008)	<p>Resultados del tratamiento: Adaptación del Treatment Outcomes Measurement Instrument.</p> <p>Vergüenza internalizada: The Internalized Shame Scale de Cook, 1996.</p> <p>Estigma internalizado del abuso de sustancias: The Internalized Stigma of Substance Abuse scale, escala adaptada de la escala Internalized Stigma of Mental Illness scale de Ritsher et al., 2003.</p> <p>Flexibilidad psicológica y evitación experiencial: The Acceptance and Action Questionnaire y The Acceptance and Action Questionnaire 2.</p> <p>Credibilidad de las actitudes estigmatizantes: Adaptación para reflejar la perspectiva de primera persona de una escala utilizada en Hayes et al. (2004), la cual medía pensamientos estigmatizantes comunes que los profesionales tienen hacia clientes con problemas de abuso de sustancias.</p> <p>Salud mental general: The General Health Questionnaire-12 de Goldberg, 1972.</p> <p>Calidad de vida: The Quality of Life Scale de Flanagan, 1978.</p> <p>Apoyo social percibido: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support de Zimet et al., 1988.</p> <p>Autoestima: The Rosenberg Self-Esteem Scale de Rosenberg 1965.</p> <p>Estigma percibido: Medida adaptada del cuestionario de percepción-discriminación-devaluación de Link et al., 1997.</p> <p>Rechazo relacionado con el estigma: Adaptación para ser utilizada en población que utiliza sustancias, de una encuesta sobre experiencias con el estigma en salud mental desarrollada por Wahl (1999).</p> <p>Ocultación: The Self-Concealment Scale de Larson y Chastain, 1990.</p> <p>Credibilidad de las razones para consumir drogas: The Believability of Reasons Scale.</p> <p>Alianza terapéutica: The Working Alliance Inventory - Short Form de Tracey y Kokotovic, 1989.</p> <p>Satisfacción: The Client Satisfaction Questionnaire-3 de Larsen et al., 1979.</p>
Silverman (2020)	Estigma percibido de la adicción: Perceived Stigma of Addiction Scale de Luoma et al., 2010.
	Apoyo social percibido: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support de Zimet et al., 1988.
Gul y Aqeel (2020)	<p>Screening inicial: Entrevista clínica estructurada del DSM-V y MMSE minimental status examination.</p> <p>Medidas principales para medir el estigma internalizado. Vergüenza: The Other as Shamer Scale.</p> <p>Estigma declarado, estigma anticipado y estigma internalizado: Substance Use Stigma Mechanism Scale.</p> <p>Medidas secundarias.</p>

Autores y año	Instrumentos de medida
Luoma et al. (2012)	<p>Aceptación de pensamientos y sentimientos desagradables: Acceptance and Action Questionnaire.</p> <p>Salud mental general y estrés: The General Health Questionnaire-12.</p> <p>Calidad de vida: World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form.</p> <p>Apoyo social percibido: Multidimensional Scale of Perceived Social Support.</p> <p>Vergüenza internalizada: The Internalized Shame Scale de Cook, 1987.</p> <p>Utilización del tratamiento: Entrevista siguiendo el guión de The Treatment Services Review de McLellan et al, 1992.</p> <p>Consumo de sustancias: The Alcohol and Drug Timeline Follow-back Interviews de Sobell y Sobell, 1996.</p> <p>Salud mental en general: The General Health Questionnaire-12 de Vieweg y Hedlund, 1983.</p> <p>Calidad de vida: Escala de calidad de vida de Flanagan, 1978.</p> <p>Apoyo social percibido: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support de Zimet et al., 1988.</p>
Silverman (2019)	<p>Vergüenza, culpabilidad y orgullo en el momento de la medición: The State Shame and Guilt Scale de Marschall et al., 1994.</p>
Held et al. (2018)	<p>Datos demográficos: Cuestionario demográfico.</p> <p>Auto-compasión: Self-Compassion Scale de Neff, 2003.</p> <p>Culpa relacionada con el trauma: Trauma-Related Guilt Inventory de Kubany et al., 1996.</p> <p>Vergüenza relacionada con el trauma: Trauma-Related Shame Inventory de Økstedalen, et al., 2014.</p> <p>Síntomas de trastorno de estrés postraumático: PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition de Weathers et al., 2013.</p> <p>Inteligencia emocional: Emotional Intelligence Scale de Schutte et al., 1998.</p> <p>Significado en la vida: Meaning in Life Questionnaire de Steger et al., 2006.</p>