



Estudio para la mejora de la atención de las personas con problemas de adicciones de origen migrante desde una perspectiva de género

Maider Moreno García

Este estudio ha sido realizado por la Asociación Progestión y ha sido financiado a través del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social 2024.

Propiedad y derechos:

Asociación Progestión

www.progestion.org

Coordinación:

Irene Ahmadi Hernández

Realización:

Maider Moreno García

Maquetación:

Natalia Sepúlveda Reina

Consultas:

investigaciones@progestion.org

Calle Manuel Fernández Caballero 4,

2819, Madrid

Fecha de publicación:

Diciembre 2025

Realización:



Financiado por:





Estudio para la mejora de la atención de las personas con problemas de adicciones de origen migrante desde una perspectiva de género. Asociación Progestión tiene licencia Creative Commons Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada 4.0 International License.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento más sincero a **todas las personas entrevistadas** que decidieron compartir parte de su tiempo y de su historia conmigo, esperando que ello pudiera servir para restarle dolor y tormento a otras. No puedo dejar de mencionar a **Alejandra**, por su generosidad y valentía, decir que te admiro es decir muy poco.

Agradezco también a **las/os profesionales** por seguir ejerciendo oficios en los que el reconocimiento -económico y simbólico- es anecdótico y, sin embargo, -mayoritariamente- siguen ingeniándose para mejorar y perseverar cotidianamente.

A **Irene**, por confiar me esta tarea.

A **mis compañeras**, por el sostén y los aprendizajes: Beatriz, María, Marta, Natalia y Virginia.

Al **Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030**, por financiar estudios que son justos y necesarios.

Existen pocas cosas más legítimas
que buscar sentirse **a salvo**.

Maider Moreno García

Doctora en Sociología



ÍNDICE

I Introducción, objetivos y metodología	6
A. Premisas: apuntes sobre la situación de las personas migrantes en España	7
B. Contexto de la investigación	9
C. Objetivos e hipótesis	10
D. Metodología	11
II El consumo de drogas en población migrante: ¿Qué sabemos?	13
A. Reseña sobre los principales resultados de estudios que aúnan consumo y migración	14
B. Factores que acrecientan el riesgo de un consumo patológico entre la población migrante	18
C. Algunos datos sobre el panorama español	24
III Necesidades de las personas que migran y padecen adicciones a sustancias: experiencias y percepciones	28
A. Estrés, duelo migratorio y consumo	30
B. (Sobre)vivir esperando: acceso a documentación, atención sanitaria y empleo	34
C. Consumo, migración y trabajo sexual	40
D. Percepción frente a los recursos especializados y la atención recibida	45
IV El acompañamiento a personas migrantes con adicciones desde la voz de quienes atienden	53
A. Marcos de atención	54
B. Del estigma a la criminalización: una lacra que permanece en el acompañamiento a personas migrantes con adicciones	60
C. Buenas prácticas en la intervención	64
V Conclusiones y recomendaciones	70
A. Recomendaciones generales	71
B. A modo de cierre	73
VI Bibliografía	75
VII Anexos	80

I. INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

A. Premisas: apuntes sobre la situación de las personas migrantes en España

Se cuentan varias décadas desde que en Europa campan a sus anchas las políticas asimilacionistas y/o que oscilan en torno a la conocida “multiculturalidad”. Surgido en la primera década del siglo XX y consolidado en la segunda, el asimilacionismo desarrollado en los Estados Unidos y Europa tras experimentar un aumento de la población migrante, **pretende que las personas que migran abandonen sus creencias, valores y cultura en favor de las del país de destino** (Malgesini y Giménez, 2000). Este paradigma supone una jerarquización cultural que invisibiliza o -en su vertiente más extrema- prohíbe prácticas, saberes y experiencias de las personas que migran, lo que aboca a la extinción de la cultura de origen.

Si la multiculturalidad pretendió diferenciarse del paradigma que le precede, esta no ha sabido superar la premisa de la “integración”. Trasladado a las políticas públicas, y pese a la promesa de ser una alternativa crítica al primer modelo asimilacionista, el multiculturalismo ha sido criticado en relación con **la formación de guetos** (Sartori, 2001). En este marco, el concepto de integración ha sido igualmente problematizado refiriendo a la posición social de la persona migrante en la sociedad de destino en ámbitos como la educación,

el mercado laboral o los espacios políticos (Bivand y Oeppen, 2013). Para las/os autoras/es críticas/os con este marco (Vertovec, 2007), lejos de constituir un proceso neutral, “la integración” implica relaciones desiguales de negociación entre quien migra y las instituciones sociales, jurídicas y simbólicas que determinan su inclusión.

De manera general, la mirada europea y estatal hacia la migración se encuentra atravesada por una fuerte contradicción: mientras que los discursos oficiales apelan a la defensa de los derechos humanos, la dignidad de las personas y la integración social, las políticas concretas priorizan la lógica “securitista” y “proteccionista”. La gestión de fronteras, encarnada en agencias como Frontex, **se ha reforzado con dispositivos de control y vigilancia que convierten el Mediterráneo en una frontera letal**, en la que miles de vidas quedan expuestas a la violencia estructural de las políticas de exclusión. En el caso español, la estrategia se alinea con este enfoque europeo, combinando programas de acogida y marcos normativos de integración con prácticas de detención en Centros de Internamiento para Extranjeros (CIE), devoluciones en caliente y externalización del control migratorio hacia terceros países. Esta incongruencia entre la retórica humanitaria y las dinámicas de securitización apunta a un modelo que, **lejos de garantizar derechos**, subordina la movilidad humana a

intereses geopolíticos y económicos, normalizando la vulneración de derechos fundamentales en el propio territorio europeo.

Como consecuencia, se produce la precarización de las condiciones de vida de las personas migrantes, la consolidación de redes de tráfico y trata ante la falta de vías seguras, y un clima social cada vez más permeable a discursos xenófobos y abiertamente racistas.

El endurecimiento de las políticas migratorias (también para las personas demandantes de protección internacional ⁻¹⁻) se traduce en unas condiciones cada vez más riesgosas para quienes se desplazan, lo que se agrava en función de otras variables como el sexo, la identidad y orientación sexual, el origen geográfico, étnico y religioso, la edad en el momento de la salida y llegada, el medio social de origen, el estatus socio-profesional en la sociedad de llegada, la situación jurídica y la salud de la persona migrante (Priebe, Giacco & El-Nagib, 2016). Las políticas migratorias y buena parte de las normas de protección internacional deshumanizan a quienes se mueven, convirtiendo a las fronteras en espacios de alteridad en el que se construye el “otro” (Cortés y Manjarrez, 2018).

La combinación del capitalismo y el patriarcado hacen aún más difícil la situación para las mujeres y niñas/os en riesgo de sufrir violencia sexual en las tres etapas principales de la migración: la partida, trayecto y llegada al destino final.

La experiencia migratoria está determinada por las variables que atraviesan a quienes se mueven y además está directamente unida al contexto político del estado de destino. Pese a la contradicción de un mundo “crecientemente globalizado” y una movilidad “seriamente restringida” (Arango, 2011, p. 32), **los más de 280 millones de migrantes internacionales (OIM, 2024) en el mundo constituyen ya lo que algunas/os denominan como el “sextº continente” o “continente móvil”** (Achotegui, 2011, p. 42).

-1- El derecho de asilo forma parte de los derechos fundamentales que reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. La ONU creó el 14 de diciembre de 1950 una agencia para tratar específicamente la cuestión de los refugiados: ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) cuyo papel es dirigir y coordinar la acción internacional para la protección de los refugiados. Al año siguiente, se firmó en Ginebra el Convenio sobre el Estatuto de los Refugiados que estableció las pautas necesarias para aplicar este derecho. El Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, firmado en Nueva York el 31 de enero de 1967, amplió las protecciones, eliminando las restricciones geográficas y temporales contempladas por el Convenio de Ginebra. En el caso español, este marco normativo se recoge en la Constitución de 1978, cuyo artículo 13.4 reconoce el derecho de asilo en los términos que establezca la ley. La Ley 12/2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, constituye el desarrollo legislativo más importante en este ámbito, adaptando el ordenamiento español a las directivas europeas.

B. Contexto de la investigación

Los estudios sobre las adicciones comenzaron a consolidarse a mediados del siglo XX, en un primer momento con una mirada fundamentalmente biomédica centrada en los efectos fisiológicos de las sustancias. Sin embargo, a partir de las décadas de 1960 y 1970, en paralelo al auge de los movimientos sociales y al impacto de determinadas drogas en contextos urbanos, emergieron investigaciones que incorporaron factores sociales, culturales y económicos para comprender los usos y abusos de las drogas. **Se empezó a hablar de contextos de consumo, trayectorias vitales y desigualdades estructurales, abriendo paso a un campo interdisciplinar en el que la psicología, la sociología y la antropología dialogaban con la medicina.**

Existe consenso respecto a la importancia de ciertos factores contextuales en la génesis del uso y abuso de sustancias, particularmente de aquellos relativos al ámbito familiar y a las redes sociales, así como de algunos menos explorados como la marginación y la pobreza (Lin, Cousins, Clingan et al., 2024). El cambio de enfoque e integración de estos factores permitió reconocer que las adicciones no pueden entenderse de manera aislada, sino como fenómenos atravesados por condiciones de vida, precariedad, redes de apoyo y procesos de exclusión social. Siguen siendo escasos los estudios que relacionan el impacto de la migración y la drogodependencia.

Pese a la escasez de la literatura que relaciona migración y consumo, los primeros estudios se remontan a la década de 1930, principalmente en Estados Unidos, el Reino Unido y los países escandinavos. Diferentes autoras/es “se han interesado por el consumo de sustancias en los inmigrantes comparándolo al de la población autóctona considerando a menudo implícitamente como normales las conductas del grupo mayoritario y desviadas las de los grupos minoritarios” (Rahmani, 2011, p. 93). **Ello revela el sesgo etnocéntrico y los prejuicios y estigmas que permean en muchos trabajos de investigación y que refuerzan ciertos estereotipos.**

En el contexto español, las investigaciones que articulan migración y drogodependencias resultan aún escasas y han quedado generalmente anticuadas. Los estudios que encontramos suelen focalizarse en subgrupos vulnerables y nos ofrecen pistas sobre los factores de riesgo entre la población migrante o sobre como la experiencia migratoria puede impactar en el uso de sustancias (Laespada y Arostegui, 2011). En lo que respecta a las publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas (2017-2024) o informe EDADES (2023) estas no suelen desagregar la información tomando en consideración la migración, lo que refuerza el desconocimiento respecto de esta población.

Por otro lado, la investigación sobre uso de sustancias se ha construido históricamente desde un patrón masculino, dejando en segundo plano las experiencias y necesidades específicas de las mujeres; no es casual que los trabajos con enfoque de género aparezcan más tarde y sigan siendo menos numerosos (Neff, 2018, p. 570). Ello se relaciona con estereotipos y normas de género que restringen ciertos espacios y prácticas “permitidas” a las mujeres, reforzando su invisibilización y desincentivando la demanda de ayuda por miedo al estigma. **Aunque a menudo se justifique su ausencia de los estudios sobre drogas por un menor consumo respecto de los hombres, las mujeres siguen estando sistemáticamente infrarrepresentadas en las investigaciones y también en los dispositivos de atención.** Los trabajos que sí incorporan perspectiva de género –comparando patrones de consumo, barreras de acceso y tiempos de permanencia en tratamiento– evidencian sesgos persistentes y muestran que mujeres y hombres no se relacionan del mismo modo ni con las sustancias ni con los recursos asistenciales (Castaño Ruiz, 2011; Cantos Vicent, 2016). En el caso de las mujeres migrantes, estas desigualdades se agravan por la intersección con factores como la precariedad laboral o la situación administrativa, lo que intensifica su invisibilización.

Todo lo anterior, **explica la necesidad de elaborar nuevos trabajos e investigaciones que relacionen migración y adicciones, priorizando una perspectiva de género**

interseccional. Con ello se pretenden dilucidar con mayor precisión y actualidad los principales factores de riesgo que inducen a un consumo problemático para esta población, sus necesidades principales en el acompañamiento y proveer de un compendio de recomendaciones y buenas prácticas destinadas a profesionales que acompañen estos procesos.

C. Objetivos e hipótesis

A continuación, presentamos los objetivos e hipótesis de las que parte este estudio y que han sido analizadas a lo largo del mismo:

OBJETIVO PRINCIPAL:

Identificar estrategias y enfoques específicos que se ajusten a las necesidades y circunstancias de las personas migrantes con problemas de adicciones.

Objetivos secundarios:

- Aumentar el conocimiento sobre los factores y programas de atención en relación con las personas migrantes con problemas de adicciones desde una perspectiva de género.
- Dar a conocer estos resultados finales entre profesionales y a la sociedad en general.

HIPÓTESIS PRINCIPAL

Los recursos y programas para personas con adicciones de origen migrante son insuficiente en el territorio español, ello redunda en que estas personas sean acompañadas desde espacios que no están destinados para ello, lo que a su vez tiene un impacto negativo en la calidad de esta atención.

Hipótesis secundarias:

- Las personas que migran tienen un menor acceso a los servicios de salud mental lo que explica el aumento progresivo de prevalencia de los trastornos.
- Las personas que trabajan con población migrante con adicciones no adoptan, generalmente, una perspectiva de género interseccional y/o intercultural.
- Las/os profesionales que acompañan a población con adicciones no tienen en cuenta la migración como un hito fundamental en sus vidas.
- Los recursos y programas que trabajan con población migrante no ponen a disposición de sus profesionales formaciones en cuanto a las adicciones.

D. Metodología

La metodología escogida para la realización de **esta investigación es cualitativa**, con la realización y análisis de entrevistas semiestructuradas, consulta de la bibliografía pertinente y otros materiales. El análisis de estos materiales se ha realizado siguiendo el método de la grounded theory que requiere de constantes idas y venidas entre las diferentes “operaciones”, siendo estas: la lectura, la escritura, la definición del objeto y el propio trabajo de campo (Glaser, Barney, Strauss y Anselm, 1967). Con todo ello hemos buscado retratar las situaciones que atraviesan las personas migrantes con adicciones a sustancias, así como conocer los recursos y el acompañamiento que reciben en el territorio español.

Los materiales endógenos producidos en el seno de este estudio son el resultado del análisis de:

- 10 entrevistas en profundidad con personas migrantes con adicciones.
- 1 grupo focal con 5 personas migrantes con adicciones a sustancias.
- 20 entrevistas con profesionales que acompañan a personas con el perfil seleccionado (con perfiles diversos: trabajadoras/es sociales, integradoras/es sociales, educadoras/es sociales, psicólogas/os y un psiquiatra).

- 33 cuestionarios a profesionales de entidades que trabajan con el perfil seleccionado.
- 1 observación participante con equipos de calle .

Nuestro material prioritario ha sido el resultante de las más de 40 horas de grabación de entrevistas. Una vez transcritas, así como la grabación del grupo focal, hemos analizado el material siguiendo el método categorial de Bardin (2002) para clasificar el contenido de acuerdo con diferenciaciones temáticas y un reagrupamiento posterior estableciendo semejanzas. La categorización permite condensar los datos brutos en representaciones simples y facilita el proceso de elaboración de las relaciones entre estos y el marco teórico. De este análisis se despejan las principales categorías enunciadas por las personas entrevistadas, así como las “ideas fuertes”, representaciones y contradicciones que aparecen en sus discursos.

En relación con las entrevistas realizadas con personas migrantes, se ha propuesto una guía que posibilite una reconstrucción biográfica con la atención puesta sobre sus trayectorias vitales, el origen social y vivencias en el país de origen, la migración y el desarrollo de sus vidas una vez “instaladas/os” en España, así como los hitos vitales relacionados con el uso o abuso de sustancias y el acompañamiento recibido (Anexo A, Guía de entrevistas a participantes).

Respecto de la elaboración de la guía de entrevistas de profesionales, se priorizó conocer su experiencia, formación, perspectivas de trabajo, así como su percepción sobre las necesidades de las personas migrantes con adicciones a sustancias. Una parte importante del intercambio se centró en lo que consideran buenas y malas prácticas (Anexo B).

Finalmente, respetando el consentimiento informado firmado por todas las personas entrevistadas se han realizado pequeños cambios en el relato, cuidando que no afectan su contenido y anonimizado sus nombres para preservar su identidad.

II.

EL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN MIGRANTE: ¿QUÉ SABEMOS?

A. Reseña sobre los principales resultados de estudios que aúnan consumo y migración

Existen ciertos consensos en cuanto a la relación entre migración y consumo de sustancias. El primero contraviene los prejuicios y estigmas sociales y es que la población migrante tiene un índice más bajo de consumo que la población nativa en España (Sordo, Indave et al., 2015).

Lo anterior no invalida el estudio de la relación entre consumo de drogas y migración, ya que otra de las correlaciones que aparece en la bibliografía especializada apunta las condiciones de la migración, y particularmente los casos en los que implica una situación traumática, como un elemento de riesgo en el desarrollo de una adicción.

Diversos estudios han demostrado el incremento o incentivo del consumo tras la migración ⁻²⁻, como una forma de autorregular o de inhibir las emociones dolorosas (Kemkem et al., 2023). Las poblaciones desplazadas - especialmente expuestas a riesgos adicionales durante su trayecto migratorio-

conocen riesgos mayores hacia su salud mental y/o física, lo que también aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno relacionado con el consumo de drogas.

Los peligros que relacionan la migración con el consumo aparecen en todas las etapas de la trayectoria migratoria: en la salida del país de origen, el transcurso del viaje y al llegar e “instalarse” en el país de destino. Antes de emprender el viaje, pueden darse factores que impidan u obliguen a una persona iniciar su proceso migratorio: conflictos interestatales o supranacionales, violaciones de los derechos humanos, violencia interpersonal, persecución, amenazas, búsqueda de mejores oportunidades profesionales o pérdida de estabilidad. En el caso de las personas desplazadas el trayecto puede resultar muy virulento, potencialmente mortal, largo y/o impredecible. En este sentido, las condiciones de viaje y el medio de transporte pueden desencadenar o agravar un trauma.

Respecto a la llegada, esta puede entrañar situaciones traumáticas ligadas a las políticas relacionadas con

-2- La exposición a un evento traumático a menudo tiene consecuencias psicológicas. Entre ellas se incluyen la angustia reactiva, la disociación, los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de pánico y el TEPT (trastorno por estrés postraumático). Este último es el trastorno más frecuente, especialmente entre los refugiados, los desplazados y los solicitantes de asilo recién llegados. Relacionados con el trauma y el estrés, “los síntomas pueden incluir flashbacks, ansiedad grave, hipervigilancia, pesadillas, alteraciones negativas de los pensamientos y el estado de ánimo, comportamientos evasivos y complicaciones físicas (como trastornos del sueño y de la concentración, ataques de ira o comportamientos autodestructivos como el consumo de sustancias).” (Kemkem et al., 2023, p. 15).

la migración, la concesión y reconocimiento de la protección internacional, la exclusión social, la estigmatización, el racismo, la xenofobia, la precariedad o explotación laboral, la problemática residencial, las barreras idiomáticas y la incertidumbre administrativa pueden sostener consumos problemáticos y dificultar el acceso a tratamientos (EUDA, 2023) o a los servicios sociales y de salud.

En relación con la literatura resultado de estudios etnográficos, encontramos varios trabajos que se han centrado en conocer las prácticas y hábitos de consumo de drogas de la población migrante. **Dichos trabajos son también poco numerosos y analizan generalmente la experiencia de migrantes centroamericanas/os o mexicanas/os en los Estados Unidos.** En este sentido el trabajo de Torres López y otras/os (2014) identifica la migración con un fenómeno complejo en el que las personas hacen frente a múltiples estresores relacionados con la preparación, el trayecto y la adaptación, potenciados en caso de migraciones ilegales que implican “fatiga física y psicológica, además del riesgo de experimentar situaciones de violencia, extorsión, deportación, encarcelamiento e incluso muerte” (Torres López et al., 2014, pp. 249), lo que hace eco con los trabajos mencionados al inicio de este apartado.

Este estudio vincula migración y drogodependencia especialmente apuntando al mayor acceso a sustancia en el país de destino

(los Estados Unidos) y relaciona el incremento del uso de drogas con el aumento de los medios económicos, el cambio de normas sociales (las entrevistas sugieren “una mayor libertad” o “apertura” hacia el consumo en EEUU que en sus países de origen), a lo que se suman factores como sentimientos de soledad, aislamiento social y discriminación. Como respuesta a sus hallazgos, **las/os autoras/es subrayan la necesidad de garantizar una socialización y conservación de la cultura para combatir el desarrollo de adicciones a sustancias tras la migración** (Torres, López et al., 2014, p. 268).

Arellanez y Sánchez Huesca (2008) que han analizado el consumo de drogas en mujeres mexicanas emigradas a los Estados Unidos, comienzan señalando como otros trabajos han demostrado que la migración tiene un impacto positivo en muchas familias, sin embargo, puede desentrañar costos muy altos para la salud de la persona que migra. El contagio y trasmisión de enfermedades o problemas de alcoholismo y consumo de drogas ilegales son algunos de estos costos que los autores relacionan con situaciones de estrés y depresión ligadas a la salida del país de origen.

Entre los trabajos cualitativos y estudios de casos también se hace hincapié en que **el uso de sustancias se incrementa de manera significativa cuando la persona migrante entra en contacto con hábitos y actitudes diferentes a las observadas en su país de origen** (Sánchez Huesca et al., 2006).

Lo que quiere decir que existe un fenómeno de aculturación o asimilación, también en cuanto al consumo de drogas. En este sentido, estudios comparativos entre pacientes que han tenido o no experiencias migratorias a los EE. UU. (ídem) han señalado que los primeros presentaban un patrón de consumo más severo y complejo, con el uso por primera vez de drogas duras o de diseño (crack, metanfetamina y éxtasis) o substancias sin prevalencia en el país de origen (Méjico) como el LSD, PCP y otras sustancias. Así los estudios entienden que “la experiencia migratoria ha afectado la historia de consumo de la mayoría de los sujetos, y ha dado lugar al uso de drogas nuevas o modificado el patrón de consumo existente.” (Sánchez Huesca et al., 2006, p. 150). **Uno de los factores más influyentes en el consumo por parte de migrantes es “el choque cultural, es decir, el proceso de aculturación que están atravesando.”** (Arellanez y Sánchez Huesca, 2008, sspp).

El consumo por asimilación aparece en estudios contemporáneos en España, especialmente cuando se analiza la triada: prostitución, migración y consumo. Carmen Meneses, una de las principales investigadoras en la temática, describe con acierto y virtuosidad esta problemática: “En prácticamente todas las sociedades podemos encontrar usos de sustancias psicoactivas asociadas a diversas actividades o contextos (lúdico, religioso, terapéutico, cotidiano) que son modeladas por los sistemas

culturales. Cada sistema cultural dispone de sus propios referentes en lo que considera sustancias psicoactivas permitidas y prohibidas, en las formas de usarlas, la valoración de los usos, usuarios y entornos de consumo. Aunque los procesos de globalización han extendido diferentes usos de drogas, y algunos patrones de consumo se han globalizado, muchos de estos consumos experimentan procesos de aculturación.” (Meneses, 2011, p.107).

En relación con los estudios y análisis ejecutados desde el Tercer Sector encontramos el trabajo pionero de la Asociación, con base en Ámsterdam, Mainline. Esta es la encargada de realizar, entre 2022 y 2023, un estudio al que se unen otras seis organizaciones de la Unión Europea para estudiar la vida de las personas migrantes que consumen drogas en la UE. SEMID-UE -3- pretendía colmar las lagunas de conocimiento y práctica sobre el consumo de drogas en las poblaciones migrantes, para ello se entrevistó a un centenar de migrantes con consumo en las ciudades de París, Berlín, Atenas y Ámsterdam. Al comprender mejor las necesidades de las personas migrantes que consumen drogas en Europa, se pretendía mejorar las políticas y respuestas que afectan a estos grupos para aumentar su acceso a una asistencia sanitaria de alta calidad, tratamiento de la drogodependencia, reducción de daños -4- y servicios de (re)integración.

SEMID-UE se ha centrado en las personas migrantes más marginalizadas, para quienes las barreras institucionales, estructurales, sociales y personales se interponen en el camino de la realización de sus derechos humanos fundamentales.

En su informe SEMID-EU comienza por ilustrar los movimientos migratorios hacia y en Europa en los últimos años. En este sentido se recalca que Europa tiene una larga historia de migración, en 2020, había cerca de 87 millones de migrantes residentes en Europa, de los cuales 44 millones habían nacido en Europa y después emigrado dentro de la región. En 2015 y 2016, la migración a la UE desde países de Oriente Medio y África subsahariana alcanzó su punto máximo, impulsada en parte por los conflictos en estas regiones.

-4- “La reducción de daños (Harm reduction) es un enfoque que pretende reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas asociadas al consumo de drogas y contrarrestar las políticas de drogas punitivistas mediante intervenciones y prácticas basadas en la prioridad a la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas. La reducción de daños ha demostrado ser muy eficaz para responder a las necesidades y promover la salud de los migrantes que consumen drogas.” (Baghdadi, Bowler, Busz, Podvisocka, 2023, p. 18). Según Harm Reduction International, la reducción de riesgos se refiere a las políticas, programas e intervenciones que tienen como objetivo limitar los efectos nocivos, en términos de salud, sociales y jurídicos, relacionados con el consumo de drogas y las políticas y la legislación en la materia. Basada en los derechos humanos y la justicia, la reducción de riesgos hace hincapié en el cambio positivo y el trabajo con las personas, sin juicios, coacción ni discriminación, y sin condicionar la ayuda al cese previo del consumo de drogas (Harm Reduction International, véase www.hri.global/what-is-harm-reduction). Parte del principio de que es posible mitigar muchos de los daños relacionados con el abuso de drogas sin impedir su consumo y que, para ello, será necesario movilizar las competencias de los propios consumidores de drogas y apelar a su responsabilidad para mejorar su calidad de vida. La reducción de riesgos se basa en tres principios fundamentales: se trata de un enfoque pragmático y humanista que no impone ninguna obligación de abstinencia. Este enfoque requiere la participación de diferentes profesionales, como el personal sanitario y de enfermería y las/os mediadoras/es interculturales que forman parte del equipo técnico, así como la aplicación de diferentes medidas, estrategias, actividades y recursos. Las necesidades individuales son el núcleo del proceso y se reevalúan periódicamente. El proyecto de intervención debe definirse de común acuerdo con la persona y en función de sus objetivos (Kemkem et al., 2023).

Finalmente, en 2022, se calcula que entre 4,5 y 7,5 millones de refugiados huyeron a la Unión Europea a causa del conflicto en Ucrania, que coincidentemente tiene uno de los niveles más altos de consumo de drogas inyectables del mundo. Además, el consumo autodeclarado de drogas y alcohol entre migrantes y refugiadas/os aumentó un 20% en todo el mundo como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

El informe subraya también que se dispone de poca información sobre el consumo real de drogas entre las personas migrantes de primera generación, así como sobre sus características y el acceso a los servicios de drogodependencia. Aunque existe un consenso general en que la prevalencia

del consumo de sustancias es menor entre las personas migrantes de primera generación que entre las no migrantes, **los datos sobre los niveles de consumo de drogas ilícitas entre las/os migrantes en la UE son escasos y poco concluyentes.**

La investigación participativa llevada a cabo para SEMID-UE entre personas con experiencia vital/vivida de migración y consumo de drogas sugiere que las personas consumen drogas para soportar los traumatismos ligados a la migración, la falta de hogar y hacer frente a una mala salud mental y física, pero también debido a un acceso insuficiente a la información sobre las drogas y a la falta de conocimiento sobre sus efectos y riesgos al entrar en contacto por primera vez con una sustancia.

B. Factores que acrecientan el riesgo de un consumo patológico entre la población migrante

De manera general, varias circunstancias pueden considerarse factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas migrantes en el desarrollo de trastornos relacionados con el consumo de drogas. La literatura y los estudios sobre migración y consumo destacan, como hemos ido señalando, las malas condiciones de vida, la inestabilidad social y duración de los procesos administrativos para regularizar la documentación, la exposición a la violencia, el desempleo, el problema de la vivienda, la estigmatización, las experiencias

traumáticas, entre otros elementos para entender el desarrollo de adicciones en población migrantes. A continuación, centramos nuestra atención en aquellos factores que han sido reseñados por las/os protagonistas de este estudio: personas migrantes con adicciones y profesionales que acompañan sus procesos en España.

El consumo como fruto de las condiciones paupérrimas de la migración aparece, entre nuestras/os entrevistadas/os, como un elemento explicativo principal. Encontramos un ejemplo ilustrativo en los testimonios de un médico psiquiatra especialista en patología dual de Valladolid y de un psicólogo de un programa de jóvenes con adicciones de Canarias, **ambos profesionales con atención cotidiana a personas migrantes con adicciones:**

“
“**El peso de la migración en la problemática de las adicciones es enorme. No solo en términos de volumen de pacientes, sino en añadir complejidad. La migración o el estrés de aculturación que le llamamos nosotros, este proceso psicológico de abandonar lo mío para acoger lo extraño es un proceso que puede ser traumático, violento, y si la migración se hace en términos, como digo,**

traumáticos o en términos no regulares, pues prácticamente es el denominador común. Yo te hablo como médico, los estudios siempre han demostrado que el hecho de migrar de forma irregular eleva las tasas de enfermedad mental general. Por ejemplo, de esquizofrenia se pueden duplicar o triplicar las tasas en pacientes que han migrado en estas condiciones.”

(Médico psiquiatra, servicio público especializado en patología dual, Valladolid)

”

”

“Normalmente lo que nos encontramos son chicos que desde su país de origen consumían cannabis, pero en la situación en la que están ahora se les complica. De hecho, **muchas veces se trata de hacer un trabajo muy preventivo de otras sustancias, como benzodiacepinas, alcohol...** Es decir que antes podían tener un consumo muy parecido al que tiene un joven nacional, relacionado con la socialización, por probar el riesgo, por ocio y ahora es más un consumo de subsistencia. Te dicen que por una parte es para dormir, para poder estar tranquilo o para regularse.”

(Psicólogo, recurso de jóvenes con adicciones, Canarias)

”

La migración en sus diferentes etapas conlleva situaciones de alto estrés que se agravan en función del nivel de vulnerabilidad y urgencia que caracterice al trayecto migratorio y a las variables que condicionen a la persona que migra. El choque existente entre las expectativas y realidad tras la

llegada y en los primeros tiempos en España suelen ser reseñados como un factor clave en el desarrollo de un consumo patológico. En condiciones de alta complejidad vital el uso de drogas puede derivar en un **consumo de subsistencia o de supervivencia** en palabras de las/os entrevistadas/os.

Este hecho aparece también en varios estudios que apuntan la distinción de las razones de consumo entre migrantes y locales, cuando los segundos destacan el consumo recreativo este no se corresponde con los usuarios migrantes que aluden al consumo para lograr un mayor rendimiento laboral o sobrelevar la soledad y el aislamiento social. En resumen, “el uso de drogas durante la estancia en el lugar de destino aparece en su discurso generalmente asociado con aspectos centrales de la experiencia migratoria.” (Sánchez Huesca et al., 2006, pp. 154-155).

Los anterior, para el caso español y aparentemente europeo, se combinado con unos servicios sociales y sanitarios altamente restringidos para las personas sin documentación formando un coctel explosivo para las personas migrantes más vulnerabilizadas.

“La población traumatizada, ya sea por migración, ya sea por adversidad psicosocial, por violaciones, por violencia de género, etcétera, es población que tiene que hacer frente a un elevado nivel de estrés postraumático. Y eso, **si no tienen acceso a un servicio sanitario específico de salud mental, pues es fácil que, si tienen contacto con cualquier tipo de calmante o sustancia que logre atenuar este malestar, entren en dependencia**. En España, cada comunidad tiene un sistema de gestión de la salud, la atención urgente está garantizada, pero la atención especializada si no estás regularizado, si no tienes la tarjetita, no está garantizada. Entonces **una persona que atraviese este problema puede vivir frente al centro de salud, pero no va a recibir atención especializada hasta que no sea regularizada.**”

(Médico psiquiatra, servicio público especializado en patología dual, Valladolid)

La imposibilidad de ejercer sus derechos universales a la asistencia social y sanitaria es evidentemente un factor que incrementa las situaciones de consumo problemático. No recibir acompañamiento es un denominador común para las personas sin la documentación, pero también es muy frecuente entre quienes disponen del derecho a la atención reconocido por ley. Como demostraron Serrano y Treviño (2024), la relación entre migración y derecho a la salud, en el caso español, tomó una especial relevancia a partir de 2012, momento en que una primera modificación legal “rompe el principio de universalidad y arrebata un derecho previamente reconocido a miles de personas con

base en su situación administrativa y/o a su estatus migratorio." (Serrano y Treviño, 2024, p. 5).

Adicionalmente las diferencias territoriales, a las que apunta el médico psiquiatra entrevistado, dificultan el acceso a la salud dada la complejidad de los procedimientos y poca claridad de los mismos, además de la falta de equidad en el sistema público de salud. A esto se añade, el miedo a las repercusiones legales (ser denunciadas/os y deportadas/os) y financieras (que cobren los servicios de atención) que se convierte en una relevante barrera de acceso (Serrano y Treviño, 2024, p. 13).

Una vez más este panorama es generalizable a la Unión Europea, donde miles de personas siguen sin recibir atención (Van Selm et al., 2023). En el caso de la ciudad de París, Rogialli, Perez Gayo y Jeziorska (2023) indican que entre las barreras de acceso al sistema de salud se encuentran: la falta de documentación y de información sobre los recursos y el procedimiento para ser atendida/o, la desconfianza generada por experiencias negativas previas, que pueden incluir haber sido víctimas de discriminación estructural y violencia como consecuencia del racismo o la xenofobia y el (auto)estigma en torno al consumo de drogas. Las restricciones, en el caso de las personas migrantes sin documentación, no son exclusivas del sistema de salud, al contrario, aplican a diferentes recursos y programas sociales, desbordando a todos los espacios y ámbitos de la vida.

En España muchas entidades tienen restricciones de acceso respecto al consumo activo de sustancias, la edad de la persona y -de manera muy generalizada- la documentación. Así lo han reflejado diversas entrevistas con profesionales de estos espacios:

“Las personas sin regularizar no tienen acceso a nada. No tienen acceso a la parte laboral, no tienen acceso a formación reglada formal, no tienen acceso a sanidad, no tienen acceso a medicación, no tienen acceso a nada (...). Las personas quieren los papeles para poder tener una casa, para poder tener un trabajo... a veces parece que la documentación está en un segundo plano porque cuando la gente entra a la red de personas sin hogar o adicciones a lo mejor durante un año, un año y medio tienen una vivienda asegurada. ‘Si te portas bien, tú te vas aquí, aquí, aquí y aquí’ [diferentes recursos]. Ahora, cuando este acompañamiento termina, ¿qué hacen estas personas? ¿vuelven a la calle? (...) básicamente no puedes desarrollarte como persona porque hay una ley que no te lo permite.”

(Psicóloga, recurso de adicciones, Madrid)

“Las únicas redes que dan acceso a personas que no tienen ningún tipo de documentación son la red de sin hogar y la red de adicciones, aunque luego entre ellas conexión hay poca, pero por lo menos puedes intervenir con la persona porque muchas veces si la persona está en un proceso adictivo pues los ‘hitos burocráticos’, voy a llamarlos así, hacen que no reciba atención. Pasa con personas que no tienen derecho a que se les reconozca la discapacidad, entonces no tienen derecho a un montón de prestaciones y también pasa con personas mayores que sobrepasan la edad aceptada del recurso y se quedan en calle con 80 años.”

(Coordinadora en recurso para migrantes con adicciones, Madrid)

Quedarse en situación de calle es otro de los factores que arrojan a las personas al consumo. En el caso de las personas migrantes, los factores previos mencionados y la ausencia de lazos incrementan estas posibilidades. Combatir el miedo, la soledad o la vergüenza son algunos de los argumentos que aparen en

los relatos de las personas en situación de calle que inician o incrementan un consumo de sustancias, como lo demuestran los siguientes extractos:

“En la calle puedes tener voluntad de no beber, un día, dos, tres, pero... cuando ves que estás igual cada día y un compañero tuyo tiene algo y te ofrece un trago, [te dices] ‘no pasa nada’, y así te calmas un poco, te relajas, ¿sabes? Y así empiezas a beber. [...] Porque ¿qué hace una persona que está en la calle? Y más en invierno, que está lloviendo, pues no puedes hacer nada. Y no puedes entrar en ningún sitio, vale que te puedes ir a una biblioteca, pero te miran raro, de reojo. Entonces no te queda otra [que beber], te vas un rato al metro a calentarte y luego haces lo que puedes, porque los días son eternos, iguales. También da menos miedo estar en la calle si bebes un poco, el alcohol hace no pensar tanto, tú bebes y estás más feliz, no te interesa nadie, te tumbas en una banca y que pase lo que pase...”

(David, 59 años, Rumanía, 4/3/2025 / Madrid)

“Yo no había bebido nunca [...], yo no tenía vicios. [...] El primer día que pasé en la calle, no sabía qué hacer, dónde ir... Fui a comprarme mi primer litro de cerveza y nunca más paré de beber hasta que salí de la calle tres años después [...]. Cuando bebes no te da vergüenza estar en la calle, bebía cada día para anestesiarme del dolor, de la soledad y del miedo [...] el alcohol me permitía hablar con otra gente de la calle.”

(Rodrigo, 54 años,
Ecuador, 25/6/2025, Madrid)

“Ahí la droga [...] es para tener la fuerza para salir a la calle y enfrentarme al día. [...]. Tenía muy poca comunicación con nadie. Personas que ya sabían que estaba en la calle y ni siquiera me cogían el teléfono. Muchas veces no llamas para pedir un favor, solo es porque necesitas hablar con alguien.”

(Carlos, 48 años, Venezuela,
20/3/2025, Madrid)

La soledad, el aislamiento y ausencia de redes formales e informales conforman otro elemento entre los factores de riesgo en el desarrollo de adicciones entre las personas migrantes. Para todas las personas la soledad es un factor de riesgo al consumo, en el caso de las personas migrantes se ha comprobado que también les aleja de la posibilidad de acceder a los tratamientos. Ello se asevera en el caso de las mujeres, mucho más estigmatizadas a la hora de consumir que sus homólogos masculinos (Sánchez Huesca, Pérez Islas et al., 2006), especialmente cuando son madres, y para quienes hablar de su adicción supone también el riesgo de perder sus lazos con la comunidad de origen en el país de migración (Coordinadora en recurso para migrantes con adicciones, Madrid). Las mujeres reciben menor atención y acompañamiento en unos recursos que en muchas ocasiones no están pensados para ellas.

Lo anterior nos alerta sobre como ciertas variables inherentes a las personas van a suponer factores de riesgo al consumo. Las personas mayores y ancianas, así como las personas con discapacidad, como apuntaba el relato de la coordinadora de un recurso para migrantes con adicciones de Madrid, son atendidas en menor medida por los diferentes recursos. En el caso de las migraciones durante la adolescencia y sin acompañamiento familiar, esa falta de protección y contención también se ha traducido como un eventual factor de riesgo para el consumo y así lo

dejan ver varias entrevistas. Recogemos el testimonio de una profesional de un programa para jóvenes migrantes que salen de prisión:

“Cuando tienen 21 se los deja en la calle y se los deja sin nada, entonces en el caso de que haya un consumo estos chavales no tienen ningún tipo de ayuda y además reciben muchísima violencia cuando están fuera, a nivel laboral, a nivel institucional. Entonces lo que suele suceder es que estas personas que han llegado solas, salen de prisión y están solas [...]. No tienen opciones a prácticamente nada, pese a que ellos tienen iniciativas no pueden hacer nada, hay muchísimo estigma y muchísimos prejuicios. En la mayoría de los trabajos los tratan fatal, no tienen contratos, no pueden acceder a vivienda. No hay una estructura para que después de que estos chavales salgan de prisión puedan tener una vida autónoma y normalizada.”

(Directora de pisos terapéutico e integradora social, Barcelona)

Un problema mayor que las/os profesionales ponen sobre la mesa es la falta de recursos especializados y de calidad en los mismos para acompañar adecuadamente a las personas con adicciones (ver epígrafe IV. A., Marcos de atención a personas migrantes con adicciones). La salida de los programas de atención no significa el final de una intervención que en muchas ocasiones no ha llegado a cumplir los objetivos fijados, lo que incrementa las posibilidades de una recaída.

C. Algunos datos sobre el panorama español

En este apartado presentamos algunas características sobre el consumo de las personas migrantes en relación con los resultados de nuestra investigación. Aunque este estudio no persigue resultados cuantitativos, las entrevistas y los datos ofrecidos por algunas entidades y programas nos permiten afirmar que no existe un perfil homogéneo de consumo, no se encuentran correlaciones fuertes entre el país de origen y la sustancia de consumo y que, en la mayoría de los casos, se tratan adicciones con policonsumo.

En muchas ocasiones un consumo previo se vería agravado tras la migración y el paso por ciertos recursos, estos sí “divididos” por nacionalidades, acrecentarían un consumo específico relacionado con la región o país de origen:

“En Madrid hay centros que se sabe que les van a colocar por su propia nacionalidad. Entonces, si yo, por ejemplo, coloco a todos los argelinos en el mismo sitio, es que no va a haber una integración, se van a formar pequeños guetos. Cruz Roja tiene uno de sus centros que se sabe que es de hombres solos y en general del norte de África. Ahí, el consumo al final se reproduce.”

(Coordinadora, recurso para migrantes con adicciones, Madrid)

Otras variables parecieran ser más significativas a la hora de entender las prácticas de consumo entre la población migrante. A modo de ejemplo, encontramos el testimonio de una trabajadora social de una unidad asistencial de drogodependencias en Galicia, cuya población migrante mayoritariamente atendida es caboverdiana:

“Entre la población que consume de Cabo Verde encontramos dos perfiles. Los que llegaron hace muchísimos años, donde vemos principalmente un consumo de alcohol abusivo en hombres mayores que han trabajado muchísimo y que ahora se jubilan [...] y después hay otro perfil de entre veinte y cuarenta años que llegaron hace relativamente poco y a los que les resulta mucho más difícil encontrar un trabajo y a veces lo que hacen es el trapicheo de drogas y consumo de otras sustancias.”

(Trabajadora social, Unidad asistencial de drogodependencias, Galicia)

El consumo en la población migrante en España responde esencialmente a cuestiones estructurales que fueron señaladas en el apartado anterior (aislamiento, soledad, falta de recursos, imposibilidad de encontrar una vivienda o un empleo), a estas se suman las características sexogenéricas o la edad como variables con un fuerte impacto en las prácticas de consumo también entre quienes migran a España.

En términos generales, y como ocurre con las personas nativas, los recursos atienden a muchos más hombres que mujeres migrantes, lo que las/os profesionales vinculan con la mayor tasa de consumo por parte de los hombres y con las barreras que encuentran las mujeres a la hora de buscar/encontrar un acompañamiento. El porcentaje de mujeres que logra un tratamiento en relación con los hombres es menor a la diferencia que existe entre el número de consumidoras y consumidores, lo que significa que están infrarrepresentadas en los espacios de atención.

Asimismo, las entrevistas han apuntado las diferencias en las prácticas de consumo entre mujeres y hombres migrantes, lo que refuerza la idea de seguir investigando las adicciones en mujeres para que estas puedan llegar a los recursos y programas destinados para ello. A este respecto son muy elocuentes las palabras de la directora de un centro especializado en género y adicciones:

”

“Los hombres enferman mucho en adicciones por estirar la vía del placer, las mujeres por parar el sufrimiento. Son dos lógicas muy diferentes.”

(Directora y psicóloga, recurso de adicciones, Barcelona)

”

Otro dato de interés es que hemos podido comprobar que existen elementos comunes en el consumo de personas migrantes con independencia de su origen socioeconómico, lo que relaciona el consumo con la migración. Entre las entrevistas que realizamos pudimos obtener información de una clínica privada en la que muchas/os pacientes eran migrantes con recursos económicos, esto arrojó luz sobre algunos aspectos de la adicción en personas migrantes con independencia del factor de clase.

Aspectos como el desarraigamiento, la pérdida de vínculos y redes, así como la soledad también originan o agravan un consumo en esta población. En algunas ocasiones la migración respondería al deseo de alejarse de un consumo que previo a la migración ya era considerado como excesivo (lo que se conoce como “deslocalización”). Sin embargo, un desclasamiento social derivado de no poder ejercer la profesión desarrollada en el país de origen y el aislamiento social motivarían consumos más problemáticos. Estos datos refuerzan la importancia de estudiar los hábitos de consumo entre las personas migrantes y de contemplar la migración como un hito con potencial impacto en el desarrollo de adicciones.

En relación con las cifras aportadas por el único programa específico para personas migrantes con adicciones que hemos conocido en España, encontramos que gran parte de las atenciones se centran en asesoría jurídica gratuita, debido a que las

demandas que muy mayoritariamente reciben tienen que ver con irregularidades en la documentación o necesidad de apoyo en trámites administrativos de extranjería. Trasladado a cifras, vemos que solo el 25% de las personas que se han puesto en contacto con el programa mencionado, a lo largo del 2024, tiene permiso de residencia. Además, hay que matizar este 25% ya que incluye los permisos temporales que están a punto de caducar o los permisos de solicitantes de asilo y refugio que pueden resultar favorables o no. Esta vulnerabilidad se combina con el dato de que un 41% de las personas atendidas se encuentran en situación de calle o de infravivienda.

III. NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE MIGRAN Y PÀDECEN ADICCIÒNES A SUSTANCIAS: EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES

De los apartados anteriores se deduce que:

- 1 Las personas migrantes que consumen drogas no constituyen un grupo homogéneo.
- 2 Los problemas de consumo de las personas migrantes se relacionan generalmente con las dificultades y violencias que enfrentan en el trayecto migratorio (salida del país de origen, recorrido, llegada a España).
- 3 Las personas migrantes que padecen estrés post traumático como resultado del proceso migratorio tienen fuertes probabilidades de padecer adicciones a sustancias.
- 4 Las personas migrantes sin documentación tienen un acceso muy restringido a los servicios sociales y sanitarios y, por lo tanto, a la atención en adicciones.
- 5 Las mujeres migrantes con adicciones a sustancias están infrarrepresentadas en los espacios de atención a las adicciones.

A continuación, nos centramos en las necesidades que las personas migrantes con adicciones a sustancias señalaron como principales, prestando atención a su percepción sobre los recursos y servicios. No se trata de hacer un mapa de recursos y reseñarlos, si no de entender que problemáticas son las que comúnmente enfrentan las personas migrantes con adicciones, así como el acompañamiento que, desde su perspectiva, experimentan.

A. Estrés y duelo migratorio

Los procesos y trayectos migratorios no son lineales, ni individuales, suelen comprender diferentes territorios y responden, generalmente, a proyectos y expectativas familiares, en su sentido más amplio. Las posibilidades de migrar están condicionadas por regímenes de movilidad que combinan lógicas económicas, burocráticas y de “seguridad”. Las fronteras y sus dispositivos de control (controles documentales, bases de datos, visados, centros de detención, etc.) clasifican y jerarquizan a quienes se desplazan. En ese sentido, actúan como operadores de alteridad (Cortés y Manjarrez, 2018), produciendo categorías jurídicas (“regular”, “irregular”, “solicitante de asilo”) y subjetividades políticas diferenciadas (migración “deseable” o “indeseable”), con derechos y tiempos desiguales. Estas tecnologías de control moldean las rutas (“corredores”, “cuellos de botella”), intensifican la exposición a riesgos y reconfiguran la temporalidad de la vida de las personas migrantes mediante la espera administrativa y la incertidumbre. Entre nuestras/os entrevistadas/os encontramos varios testimonios que reflejan la complejidad y violencia que marcan los itinerarios de las personas migrantes. El trayecto de Hakim por la ruta de los Balcanes es ilustrativo a este respecto:

”

“Salí de Marruecos hace dos años, de ahí fui a Turquía y de Turquía a Bulgaria. Pasé 8 días perdido en un bosque de Bulgaria con cuatro personas más. De ahí llegué a Serbia, a las cuatro horas de estar allí, la policía me llevó a prisión. Desde el 8 de agosto hasta el 18 de enero estuve en prisión por entrar ilegalmente [...]. De ahí fui a Bosnia, en la frontera de Croacia y Bosnia. En Croacia nos interceptaron y me mandaron a un campamento. Después seguí cruzando fronteras bajo un camión y llegué a la capital de Eslovenia. Legué a Liubliana y me entregué directamente a la policía. Después fui a Italia y de Italia fui a Suecia. De Suecia a Francia y de Montpellier a San Sebastián y a Madrid. Así llegué aquí.”

**(Hakim, 37 años, Marruecos,
9/4/2025, Madrid)**

”

El trayecto de Hakim, que hemos trazado en el mapa que sigue, implica dos años de itinerancia y más 7.000 kilómetros en los que ve su vida peligrar en múltiples ocasiones.

Imagen 1. Trayecto migratorio



Fuente: creación propia a partir de testimonio y Google Earth

La voluntad por buscar “una vida mejor” es la que le empuja a seguir frente a situaciones de peligrosidad extrema, la privación de libertad y la vulneración de sus derechos humanos. Tras toda su travesía Hakim se encuentra, y hasta hoy, en situación de calle en España. La soledad y las múltiples violencias aparecen como vector común a todo su trayecto migratorio, desde la salida hasta la llega y una vez “instalado” en España.

En la calle Hakim comienza a consumir las sustancias que encuentra como remedio a un síndrome postraumático evidente y una forma de anestesia ante el dolor.

Reda, migrante argelino de 21 años, comparte con Hakim una percepción del consumo como forma de paliar la soledad y aislamiento tras la migración y así lo expresaba en el mismo grupo focal en el que ambos participaron:

“

“El consumo de drogas es una muerte dulce, te mata poco a poco. Consumir te hace daño pero cuando te encuentras solo, sin conocer el idioma, con la nostalgia de tu país, sin saber dónde ir o qué hacer, pues consumes. Consumes sin saber que está afectando tu salud, pero después te das cuenta de que has perdido el tiempo.”

(Reda, 21 años, Argelia, 9/4/2025,
Madrid)

”

Tanto Hakim como Reda atraviesan situaciones de extrema vulnerabilidad y malestar que varias/os autores identifican con el conocido “duelo migratorio”. En relación con este encontramos la propuesta de sintética de los siete elementos del duelo migratorio que el psiquiatra y académico Joseba Achotegui identifica con: “1. la familia y las amistades; 2. la lengua; 3. la cultura (costumbres, religión, valores); 4. la tierra (paisajes, colores, olores, luminosidad); 5. el estatus social (papeles, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social); 6. el contacto con el grupo étnico (prejuicios, xenofobia, racismo); 7. los riesgos para la integridad física (viajes peligrosos, riesgo de expulsión, indefensión)” (2011, p. 35).

El mismo autor es conocido por haber descrito el **Síndrome de Ulises**, padecido por muchas/os migrantes y, especialmente, quienes viajan en condiciones extremas. Causante de “síntomas del área depresiva fundamentalmente (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad), síntomas del área de la somatización como fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, migraña (...)” (ídem, p. 45), las repercusiones ligadas a este síndrome son complejas y difíciles de sobrellevar. Pocas veces identificado como tal y, por lo tanto, generalmente mal acompañado desde los servicios de salud, el síndrome se produciría fruto de los estresores

en relación con las condiciones del trayecto, la frustración por el fracaso del proyecto migratorio, la lucha por la supervivencia o la ruptura con los afectos, entre otros factores. Un diagnóstico erróneo estaría en el origen de una sobremedicalización y empeoramiento de la sintomatología.

Si algo une a las personas migrantes entrevistadas en este estudio es la experimentación del duelo migratorio y su influencia en el consumo de drogas. La ruptura de todo tipo de redes es, tras la llegada, lo que sistemáticamente acucian las/os entrevistadas/os, además de un elemento que incita o inicia el consumo de sustancias, así lo muestran los diferentes testimonios como el de Alejandra:

“Durante la rehabilitación [tras un accidente] nadie fue a visitarme al hospital. Yo sentí un abandono brutal. Yo me preguntaba qué mierda de persona era yo para no tener a nadie que viniera a verme al hospital [...] fue duro, fue muy triste. Entonces yo siempre hablaba de la adicción como una persona, yo le decía ‘mi compañera, mi amiga, mi confidente’, así me refería yo a las botellas.”

(Alejandra, 32 años, Colombia,
12/5/2025, Barcelona)

El choque entre las expectativas puestas en el proceso migratorio y la realidad del proceso migratorio que, en la llegada, implica también enormes dificultades en el acceso al empleo, a una vivienda, al sistema de salud o, como se viene señalando, a la hora de establecer redes “desataría”, en palabras de una trabajadora social, “muchos consumos”. La experimentación del aislamiento pasa también por el malestar respecto a la familia que ha quedado en el país de origen, cuyas expectativas no pueden ser colmadas o a quien se le oculta generalmente el nivel de precariedad de la situación atravesada por quien se ha desplazado. Ello aparece de manera reiterada en los testimonios, con indiferencia del sexo o la edad del/la migrante, como lo muestra el siguiente extracto:

”

“Mis padres no saben mi situación y me reprochan que por qué no he trabajado todavía. Pero yo no tengo permiso de trabajo, no puedo tener un contrato. Mis padres me mandan dinero y me insisten en que ya tengo que trabajar haciendo lo que sea.”

(Yenja, 20 años, Mauritania,
9/4/2025, Madrid)

”

Rehacer un proyecto vital es entonces la prioridad y primera necesidad que las/os participantes trasladan y con esto nos referimos a reconstruir apoyos y redes, al mismo tiempo que se interviene sobre los aspectos vitales como el acceso a los alimentos, un techo, los tratamientos sanitarios pertinentes, la regularización o el acceso a al trabajo. Efectivamente, en los casos más vulnerables acceder a comida, higiene y un lugar seguro pasan a ser los elementos esenciales que las personas migrantes y especialmente las indocumentadas necesitan y demandan para sobrevivir y aquello que podría evitar en muchos casos el desarrollo de las adicciones.

Desde una perspectiva de género, este cuadro se agrava: las mujeres —y, de forma específica, muchas mujeres migrantes— enfrentan una exposición diferencial a violencias en todas las fases del trayecto (tránsito, frontera, asentamiento), asumen cargas de cuidado no remunerado que limitan la búsqueda de ayuda, y soportan mayor estigmatización cuando los consumos se visibilizan. Además, los dispositivos existentes suelen estar diseñados con un sesgo androcéntrico (horarios incompatibles con cuidados, falta de mediación intercultural, escasez de espacios confidenciales y atención sensible al trauma), lo que se traduce en infra acceso e interrupciones en la atención sanitaria, incluida la salud mental y la reducción de daños. **En consecuencia, la vulnerabilidad de las mujeres no deriva de la “condición migrante” por sí sola, sino de la intersección entre precariedad material, inseguridad administrativa y género.**

B. (Sobre)vivir esperando: acceso a documentación, atención sanitaria y empleo

Una afirmación que comparten las/os entrevistadas/os, tanto profesionales de recursos de atención como personas migrantes, es el deterioro que ocasiona la “espera”. La espera administrativa no es un paréntesis neutro; es una forma de gobierno del tiempo que produce desgaste material, emocional, físico y psicológico.

Quienes aguardan la resolución de su documentación, el acceso efectivo a la sanidad o la autorización para trabajar habitan una temporalidad suspendida en la que los proyectos vitales quedan en pausa y las decisiones cotidianas se vuelven tácticas de supervivencia.

Esa indeterminación tiene efectos acumulativos: ansiedad, insomnio, somatizaciones, empeoramiento de problemas de salud previos y, en algunos casos, uso de sustancias como estrategia de afrontamiento. La incertidumbre sobre los plazos y la opacidad de los procedimientos convierten cada cita en un umbral que consume recursos (tiempo, dinero, energía psíquica) y reconfigura los vínculos sociales y tiene un impacto sobre todos los aspectos vitales (salud, posibilidades de empleabilidad, alojamiento, etc.). Javier es solicitante de Protección Internacional, se fuga de su país con 19 años víctima de torturas al desertar del ejército.

Al llegar a Mallorca va a solicitar, aconsejado por una amistad que le aloja circunstancialmente, Protección Internacional. Este trámite se caracteriza lo que él denomina: “una vida en una sala de espera”. Pasan los años y el trámite no se resuelve, ello hace que Javier no pueda trabajar legalmente y por lo tanto queda en situación de calle. Sobre el desarrollo de su trámite de derecho al asilo Javier afirma:

“Ahí empieza una batalla, administrativa, civil y social [...]. Esperé un año y ocho meses mi cupo de centro de acogida de Cruz Roja. Eso era un desastre, no me llamaban, yo perdía la fe. Mi vida era seguir esperando, era como vivir en una sala de espera.”

**(Javier, 24 años, Venezuela,
13/3/2025, Madrid)**

En el plano sanitario, la espera se traduce en la exclusión de derechos formalmente reconocidos, ya que están condicionados a la prueba documental, cupos, empadronamientos o derivaciones encadenadas. El resultado es un acceso restringido o inhabilitado respecto a la atención primaria y a la salud mental, con retrasos diagnósticos y la dificultad de acceso a medicación de enfermedades graves.

El caso de Darío muestra los alcances de este bloqueo en el acceso a la salud y medicación:

“Con el tema del VIH es muy complejo porque yo me acerqué al centro de salud y me dijeron ‘no te podemos atenderte hasta el día 91 de tu proceso [administrativo] para que te den un DASE [Documento de Asistencia Sanitaria para Extranjeros], luego un DASPI [Documento de Asistencia Sanitaria para Ciudadanos Solicitantes de Protección Internacional] y luego la tarjeta sanitaria’-5-. Todo eso acompañado de la trabajadora social porque si no te dejaban ahí tirado, es un rollo porque la gente te habla mal, te pide documentos a los que no puedes acceder..”

(Darío, 30 años, Perú, 19/3/25, Madrid)

Darío termina la medicación que traía de Perú para su tratamiento del VIH. Sigue buscando atención médica, pero es el personal administrativo del centro de salud quien -en varias ocasiones- le impide llegar a ver a un/a sanitario/a. En esta disyuntiva y con gran desesperación acude a urgencias, finalmente una médica le da acceso a su tratamiento. Su experiencia apunta a otro de los factos más contrastados por migrantes y profesionales

y es que el acompañamiento depende, en buena medida, de la voluntad de la persona que te “atienda”. Esto habla de la aleatoriedad de los procesos, donde en función del profesional sanitario o administrativo “que te toque” se obtiene un acompañamiento u otro, esto ocurre en todas las instancias a las que las personas migrantes acuden, así lo mencionaba un trabajador social:

-5- Sobre la multiplicidad de instrumentos, requisitos legales y la variabilidad de procedimientos para acceder al sistema público de Salud, en las diferentes partes del territorio, encontramos el análisis de Serrano y Treviño, 2024, p. 20: “El acceso a la asistencia sanitaria para la población migrante en España está regulado por un entramado normativo que presenta notables obstáculos tanto teóricos como prácticos. Los documentos de acceso a la asistencia sanitaria incluyen: 1. Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). 2. Documento para la asistencia sanitaria de extranjeros en situación administrativa irregular. 3. Documento para la asistencia sanitaria de solicitantes de protección internacional. Cada uno de estos instrumentos se encuentra enmarcado dentro de un procedimiento determinado, que puede variar entre territorios, y que implica una serie de requisitos legales y administrativos que, en la práctica, pueden constituir barreras significativas para la población migrante, limitando su acceso efectivo al Sistema Nacional de Salud.”.

“En inmigración y en extranjería, dos personas con el mismo proceso y en la misma situación van al mismo sitio diferentes días o les atienden dos personas diferentes el mismo día y acaban con un resultado completamente diferente [...]. Especialmente en los sitios que hay una parte previa para acceder, rollo secretaria o algo así, a veces les dicen directamente ‘no vengas’. Por ejemplo, en los centros de salud les dicen que no pueden acceder a estos sitios. Entonces, nos toca llamar por teléfono. ‘Oye, ¿por qué le han dicho a esta persona que no puede ser atendida?’ [...]. ‘No, pues porque le ha tocado el funcionario de turno que ese día estaría mosqueado o se ha levantado de mal humor’ [...]. Y la persona o se planta un poco o olvídate. Mucha gente prefiere, en vez de discutir y por ese desconocimiento de ‘acabo de llegar, no quiero meterme en problemas’ o ‘no quiero problemas con la policía’, darse la vuelta y no usar el servicio. Y esto me lo he encontrado un montón de veces.”

(Trabajador social, centro de participación de migrantes, Madrid)

Las barreras legales se entrelazan con la desinformación o directamente la información errónea que da pie a la vulneración de los derechos humanos para quienes ya se encuentran en una situación muy fragilizada. La violencia burocrática se concretiza en un entramado de reglas, ventanillas y protocolos que, bajo la apariencia de racionalidad y neutralidad, produce opacidad, fragmenta responsabilidades y despersonaliza la atención, transformando el derecho en trámite y el trámite en obstáculo.

Este régimen procedural, lejos de producir certezas, multiplica las ambigüedades interpretativas (qué documento vale, en qué orden, ante quién) y habilita

una violencia burocrática que expulsa simbólica y materialmente a quienes menos recursos tienen para sostener esperas, recurrir decisiones o navegar circuitos de derivación. En la práctica, la información circula de forma contradictoria entre dispositivos generando itinerarios circulares que engendran y empeoran situaciones de extrema vulnerabilidad, como las patologías o adicciones. Los testimonios de Carlos y de David son muy ilustrativos en relación con la desinformación:

”

“Vas a preguntar por el padrón y te dicen que vayas al SAMUR. En el SAMUR te mandan con el trabajador social, y el trabajador te dice que es el SAMUR que te tiene que atender y que si no estás empadronado ellos no te pueden ayudar y así... y ellos se lavan las manos. Después regresas otro día y te dicen que no te han dicho eso. Es un ir y venir de desinformación que lo afrontamos como podemos. Mira yo llegué aquí a este recurso [para personas sin hogar] porque el hambre me trajo. Yo tenía tres días durmiendo en el parque de abajo [señala con el dedo] y tenía demasiada hambre, leí el cartel en la puerta y vi que era algo social, pero nadie me dijo antes que esto existía.”

(Carlos, 48 años, Venezuela, 20/3/2025, Madrid)

”

”

“Yo cuando me quedé en la calle me robaron todos los documentos y en el consulado rumano tardaban mucho en hacerlos de nuevo [...]. El abogado del SAMUR me decía que sin contrato de trabajo no me podían dar mis papeles, y yo lo había perdido físico, pero yo sabía que lo tenía, solamente había que pagar 12 pavos, pero él no sabía... con esto te quiero decir que a veces la gente hasta la que te atiende no sabe todo, porque cambian las leyes y bueno esa situación te pone loco, todo esto te deja frito, en algunos momentos renuncias a todo.”

(David, 59 años, Rumanía, 4/3/2025/ Madrid)

”

El acceso a un empleo está también marcado por la espera de cierta documentación requerida, que unida a la segmentación del mercado laboral ocasiona nichos en los que reina la explotación y, en el mejor de los casos, un desclasamiento social para migrantes con un recorrido profesional en el país de origen.

Este es el caso de Ricardo:

“Yo hablo inglés y alemán, en mi país era profesor, pero encontré trabajo con atención de personas mayores. Me metí en todas las redes sociales para encontrar trabajo, yo mandaba diariamente 30 o 40 solicitudes. Me salieron dos trabajos, acepté uno de jardinero, pero necesitaba renovar el NIE que estaba vencido. Contacté con un abogado y me dijo que eso como tal no lo podía conseguir, pero que podía tener otro justificante. Al final los de la compañía desistieron, claro, no van a agarrar a una persona que viene con problemas [...]. En esta situación las esperanzas las vas perdiendo.”

**(Ricardo, 63 años, Venezuela,
28/4/2025)**

Este relato ilustra la desvalorización del capital profesional (idiomas, trayectoria) cuando la documentación no es la requerida, y cómo las normas migratorias y los procedimientos burocráticos producen una exclusión que restringe el acceso a un empleo y por lo tanto a la autonomía de quienes migran. El resultado es un deterioro anímico progresivo por un acceso al empleo desligado de las competencias y marcado por la solvencia burocrática. Sortear los obstáculos de la desatención y las esperas perennes también tiene un precio económico. La mercantilización de los trámites añade una capa de precariedad a la ya frágil vida administrativa de muchas personas migrantes: la “economía de las citas” convierte un derecho formal en un bien escaso cuya obtención depende de pagar intermediaciones informales, como demuestra el siguiente extracto:

“Actualmente respecto a la situación migratoria estoy bien. Pero, estoy con la tarjeta roja vencida porque no me consiguen y no quieren darme una cita para renovarla, así que la voy a comprar. Así conseguí mi primera cita de asilo, pagué 50 euros y me la consiguieron, ahora estoy pagando 80 euros o 100 pero quiero estar bien documentado y no perder mi trabajo.”

**(Darío, 30 años, Perú,
19/3/25, Madrid)**

El testimonio de Darío evidencia la violencia burocrática al hacer que la regularidad documental dependa de recursos privados y no de garantías públicas. Además, manifiesta cómo la escasez administrativa genera mercados paralelos que penalizan a quienes no pueden afrontar ningún coste y, como esta, les aleja de la empleabilidad.

Finalmente, **la desconfianza hacia las fuerzas de seguridad, el miedo a la deportación o a tener “problemas con la policía”**, como aludía el trabajador social en el extracto anterior, **es otra punta de lanza en el impedimento al acompañamiento y, por lo tanto, empeora situaciones de indefensión y fragilidad:**

“Muchas veces el miedo de buscar a un profesional...en cualquier ámbito que se esté pasando, la droga, la prostitución o el maltrato, es el pensar que, si no tengo documentos, me van a echar, me van a denunciar y me van a deportar. Hay que enfatizar y enseñar a la población [migrante] que no hay necesidad de tener papeles para tener unos derechos, para que tus derechos sean valederos y para poder sentir que no estás solo, que, aunque estés en otro país, también eres persona.”

(Sara, 47 años, Colombia,
27/3/2025, Madrid).

El testimonio de Sara sintetiza dos dimensiones clave: **por un lado, el miedo a la deportación como barrera de acceso que cronifica problemas (consumo problemático, violencia, explotación) y, por otro, la necesidad de separar los derechos básicos y la situación administrativa.**

El temor al descrédito, la pérdida de custodia o la deportación opera con particular intensidad, reforzando la autoexclusión de mujeres que -como en el caso de Sara hace años- son víctimas de violencia de género y no denuncian a su agresor por miedo a las repercusiones legales sobre ellas.

En términos de política y práctica, el relato subraya **la urgencia de estrategias de confianza institucional (información clara sobre derechos, mediación intercultural, atención sensible al trauma) y de dispositivos que aseguren acceso seguro y temprano sin requisitos documentales**, reduciendo las esperas y la espiral de deterioro.

C. Consumo, migración y trabajo sexual

“La primera demanda en su mayoría para las mujeres migradas que no disponen de documentación es tramitación de la documentación porque muchas de ellas vienen de contextos de trabajo sexual y el trabajo sexual siempre va ligado a la migración y al consumo.”

(Técnica de igualdad,
recurso para mujeres víctimas de
violencia de género y con adicciones,
Barcelona)

A lo largo de esta investigación y fruto del trabajo de campo ha emergido la problemática del trabajo y/o explotación sexual en relación con la migración y el consumo de drogas. En concreto cuatro[6] del total de las/os quince personas migrantes entrevistadas han verbalizado haber vivido estos contextos. Como indicaba el testimonio con el que abrimos este epígrafe, para estos casos, la documentación emerge como demanda prioritaria, esta ordena la vida material: sin regularización no hay contrato estable, vivienda segura o la garantía de la asistencia sociosanitaria. Además, el contexto legal y social español, caracterizado por políticas

migratorias restrictivas y actitudes criminalizadoras hacia la prostitución, exacerba la estigmatización y deja con escasas opciones laborales fuera del trabajo sexual a muchas personas migradas, especialmente a mujeres.

En la misma línea, una reciente publicación de la experta en migración, prostitución y drogas, Carmen Meneses Falcón, junto a la investigadora Olaya García-Vázquez (2023) apuntaba como la prostitución suele representar una “salida forzada” por la falta de alternativas legales y seguras de empleo. La irregularidad administrativa actúa como un factor de presión que empuja a muchas mujeres migrantes hacia la economía sumergida, donde las opciones más disponibles son el trabajo doméstico informal o la prostitución. Además, las condiciones estructurales como el racismo, la xenofobia, la transfobia o la misoginia institucionalizada incrementan los riesgos de sufrir violencia física, verbal, sexual y psicológica, especialmente en los segmentos más bajos del comercio sexual (Meneses y García-Vázquez, 2023). Encontramos varios de estos elementos en el testimonio de Sara:

“Te dan el 40 % de lo que ganan contigo. Vives en el club, o en los pisos, en algunos clubs duermes y además te cobran 60 euros la dormida. Algunos están dados de alta como hoteles, pero son puticlubs, es una mafia [...].

”

En Mallorca son puros sitios de abogados, de jueces, de ministros, de hombres pudientes, con poder. Yo llegué a caer en uno muy famoso, vamos a decir de semi lujo o alto standing y una se queda alucinando con la cantidad de dinero y gente que ahí se mueve. Yo conocí a franceses, ingleses o sea de todas partes del mundo que tú no te vas a imaginar las porquerías que hace esa gente, tú los ves y parece que no matan una mosca... Y los dueños te piden que hagas de todo, hay cosas que una les dice que no, y te responden ‘tienes que hacerlo’ o ‘¿para qué estás aquí entonces?’ [...]. Con la regla tenías que taponarte para que el cliente no se de cuenta y trabajar así y eso es horrible y duele. Una vez un tipo se dio cuenta que yo estaba así y cuando se vio lleno de sangre, ese hombre casi me mata, tuve que ponerme a gritar y vino un portero a sacar a ese hombre [...]. Ahí, una se mete en el alcoholismo porque se siente que ya no tiene valor. Una se desvaloriza tanto que te come la idea de que no sirves [...]. Porque yo busqué trabajo por todas partes y por ningún lado encontraba nada por no tener papeles. Algunas veces me salían limpiezas y yo aprovechaba, pero era siempre puntual. Y claro, yo tenía a mi hijo pequeño allá, tenía que mandarle dinero a mi mamá para mi hijo.”

(Sara, 47 años, Colombia, 27/3/2025, Madrid)

”

Como decíamos más arriba la migración en general responde a un proyecto familiar que, en el caso de las mujeres que tienen hijas/os suele conllevar una cadena global de cuidados (Hochschild, 2009). Esta última alude a cómo mujeres del Sur global sostienen afectos y cuidados a distancia mediante remesas y trabajo precarizado en el Norte.

La imposibilidad de regularizarse y la segmentación laboral empujan a circuitos de subsistencia (limpiezas puntuales, trabajo y/o explotación sexual). En ese contexto el consumo de sustancias surge como afrontamiento de una triple presión: cumplir con el mandato transnacional de cuidar - enviar dinero, sostener vínculos-, sobrevivir en un régimen de documentación incierta que bloquea

otros empleos y refuerza el estigma y, para quienes están en entornos de la prostitución sobrellevar situaciones de violencia extrema, que se producen con mayor virulencia en el caso de mujeres migrantes, mujeres trans, racializadas y/o pobres.

Las principales fuentes de violencia que encuentran las mujeres en contextos de prostitución son, según Meneses y García-Vázquez (2023), **el resultado de clientes que incumplen acuerdos o actúan de forma agresiva, parejas que actúan como proxenetas, dueños de locales que abusan de su poder, compañeras en situación de competencia y, sobre todo, la policía y las leyes que les impiden denunciar sin exponerse y arriesgar su permanencia en caso de no tener documentación.** Esta violencia es agravada por el aislamiento social, la falta de protección institucional y la desconfianza hacia las autoridades. A pesar de todo lo anterior, las autoras inciden en la agencia de estas mujeres, quienes desarrollan estrategias de autoprotección y redes de apoyo con sus compañeras para resistir, cuidarse y sobrevivir.

Estas prácticas de autocuidado también son establecidas a la hora de evadir ciertos consumos que son forzados por clientes y proxenetas y que aparecen en los testimonios de las personas que hemos entrevistado:

“

“Una bebe para no enterarse de lo que está haciendo prácticamente, porque es bastante duro, bastante fuerte, horrible, asqueroso, cosas que una ni se imagina. Y luego los que van de coca son los que más pagan y horas y horas, hasta días... Yo alucinaba, tres días un hombre metido en el club y consumiendo mujeres y drogas. Entonces claro, ellos la hacen a una meterse coca y aunque una no quiera, ellos están ahí obligándote... Había una chica que me decía, ‘cuando él volteá, tírala para un lado’. Y yo pues lo hacía, pero es que la mayoría del tiempo ellos están mirándote.”

(Sara, 47 años, Colombia,
27/3/2025, Madrid)

”

“Yo hacía sadomaso porque la penetración no me gustaba y además eran otros precios, se pagaba más también [...]. La droga ahí tiene que estar como el lubricante, es para trabajar. Ya el cliente te decía ‘¿puedes conseguirme esto?’. Porque si no lo conseguías el cliente no venía. O sea, eso tenía que estar, también para el sexo en sí, que estuviera cómodo. Pero tú ya empiezas a decirles ‘coño, yo no soy un camello’. Se hacía un poco difícil porque no entendían. Entonces tenía que tener el contacto de una cosa, de la otra [...]. Pero siempre la persona que paga y se droga quiere que la otra persona de compañía lo haga. No es obligatorio, pero lo tienes que disimular, hacer... o que parezca. Muchas veces me puse un tapón en la nariz y así se quedaba en el algodón y, luego cuando se iban, yo tiraba el algodón.”

(Carlos, 48 años, Venezuela,
20/3/2025, Madrid)

Tanto Sara como Carlos han referido un consumo de sustancias ligado a la prostitución, en palabras de ambos **este consumo responde a demandas de los clientes**, hombres que así lo exigen, amenazando con no pagar o irse. Sara, además, señala como este consumo es demandado por el explotador sexual, puesto que el alcohol o drogas son provistas por el propio local e implican más tiempo de “servicio” con las mujeres y por lo tanto más gasto. En su testimonio Sara recuerda varios episodios de este tipo y especialmente el miedo que experimentó tras fumar heroína por la fuerte insistencia de un cliente que, además, se negó a decirle lo qué estaba consumiendo. Carlos, trabajando sin un proxeneta, refiere haber podido huir de ciertas situaciones o drogas y no haber sentido tanto “la obligación”, teniendo una mayor independencia, pese a que en su relato se escuche que para él también el consumo haya sido un factor ineludible en el trabajo sexual. El consumo de Sara y de Carlos se produce, durante años, en su vida cotidiana y también es empleado por ambos como un instrumento de evasión ante unas situaciones vitales insostenibles e insopportables, lo que progresivamente comienza a producirles una fuerte adicción.

En estos contextos acudir a un recurso social ha sido muy complicado. Si para el conjunto de mujeres es difícil llegar a los diferentes recursos de adicciones, violencia de género, sinhogarismo y similares, es casi tarea imposible en el caso de las mujeres migrantes,

particularmente si no tienen documentación, ejercen la prostitución y/o se encuentran en situación de calle. Factores que enumeramos antes como la falta de acceso a la información respecto a la existencia de recursos sociales juegan un rol muy relevante en el aislamiento de las mujeres en el trabajo sexual con adicciones. Contamos con el testimonio de Alejandra quien conoce los servicios sociales, de la mano de un cliente habitual, tras más de cinco años ejerciendo la prostitución. Sobre su primera visita cuenta:

“

“Fui a los servicios sociales de la zona en la que estaba viviendo y les dije ‘mira quiero dejar el trabajo sexual’. Y la respuesta que me dieron ese día, la trabajadora social, fue que no había plaza para recibir a chicas en trabajo sexual. Me dijo que me podía ayudar con alguna actividad, que me podía dar condones o productos de higiene que me podía decir a dónde ir a reclamarlos pero que no había alojamiento y que la espera era de seis meses o un año. Entonces, yo le dije ‘¿mientras tanto qué hago, sigo en la prostitución?’ Y su respuesta fue ‘pues... no lo sé’.”

(Alejandra, 32 años, Colombia,
12/5/2025, Barcelona)

Un par de meses más tarde Alejandra vuelve al mismo servicio para una cita de seguimiento, esta vez con una muñeca escayolada y otros signos visibles de violencia. Solo en ese contexto la respuesta es otra, de hecho, se le ofrece dormir en un recurso a partir de esa misma noche. En este recurso Alejandra puede por fin descansar, dar reposo a su cuerpo y sentirse en seguridad, después de haber pasado además un tiempo en situación de calle. En relación con las mujeres que se encuentran en su misma situación encontramos el testimonio del responsable de programas de adicciones de Alicante quien mencionó que:

“

“La situación de las mujeres en calle es doblemente discriminatoria. No hay recursos y plazas específicas muchas veces y están invisibilizadas [...], además suelen ser víctimas de violencia de género y que no haya recursos significa que muchas veces vuelven con el agresor.”

(Responsable de programas de adicciones, Alicante)

“

Las mujeres llegan muchas veces a la calle huyendo de relaciones de violencia de género y una vez en esta situación son más proclives a sufrir violencia y violencia sexual (Cabrerá, 2023). El caso de Alejandra es ilustrativo del bucle que rodea a las mujeres en situación de calle que se caracteriza por la violencia y violencia sexual. Además, apunta las fallas de un sistema que únicamente reacciona tras una agresión que deja marcas en la piel y no antes, incluso cuando se trata de una mujer que solicita ayuda para salir de un contexto de prostitución.

D. Percepción frente a los recursos especializados y la atención recibida

Para cerrar este apartado de necesidades que han puesto sobre la palestra las personas migrantes con adicciones es necesario abordar el estado de los recursos sociales especializados desde la óptica de las personas usuarias, así como los acompañamientos tal y como los han percibido. Hasta este momento hemos recogido ideas generales sobre la atención y el acompañamiento analizando cuestiones como el duelo y estrés migratorio, las esperas y la situación particular de quienes están en contextos de prostitución. A continuación, compartimos un análisis en cuanto a los espacios que transitan quienes son migrantes con adicciones y reciben algún tipo de acompañamiento.

Los testimonios que hablan sobre los recursos sociales y el “acompañamiento” son diversos y nos informan sobre aspectos generales que las personas profesionales también enuncian en sus entrevistas (IV. A.) como: la falta de recursos, la precariedad e insalubridad de algunos de estos (especialmente en alojamientos para migrantes o demandantes de protección internacional), la vigilancia y/o control al que se somete a quienes están en estos espacios. Muchos de los testimonios también trasladan críticas al trato recibido por las personas profesionales que les atienden:

“Me fui a uno de los hogares de acogida en Carabanchel y al principio me fue bien. A mitad del camino, la trabajadora social que me tocó fue una mierda, la chica me llamaba para firmar cosas y cuando yo la necesitaba nunca estaba [...] me decía ‘búscate la vida chico’... entonces yo me mordía la lengua [...]. En el piso en el que yo estaba pasaron un montón de cosas, hubo robos, violencia, hasta violación y yo lo denuncié, no me creyeron o no me quisieron escuchar [...].”

”¿Dónde está el tema de la formación, del acompañamiento, del insertarte a la sociedad? Esperan que haya una respuesta de la carta roja o la solicitud de asilo para echarte del espacio y que entre otro. Y claro yo me puedo quejar porque hablo el idioma castellano, pero ¿y él que no? La gente que no está informada de sus derechos se calla, aguanta muchas cosas, muchos insultos por ser inmigrantes [...] pero hay que hablar, por dignidad, por humanidad, porque eres una persona digna y mereces comida, mereces un techo, mereces un espacio, tú no estás pidiendo que te regalen nada, simplemente necesitas ser escuchado.”

(Darío, 30 años, Perú,
19/3/25, Madrid)

Varios testimonios recogidos describen largos procedimientos de violencia burocrática, en los que los derechos siempre van después de los trámites. Unos trámites que se caracterizan por su opacidad, dificultad e incluso por estar muchas veces sujetos a criterios subjetivos, más que a una norma establecida.

Asimismo, bajo el amparo de los protocolos y las derivaciones, las personas entrevistadas se han sentido muchas veces deshumanizadas y desatendidas por las/os profesionales que tenían en frente. Los relatos inciden en un trato que va desde la infantilización hasta el racismo y la xenofobia, tal y como lo demuestran los siguientes testimonios:

”[...] te recogían a las siete de la noche, cuando todavía era de día, era como llevar los niños al colegio. Llegabas allá, peleaste con el que se te quiere colar, que está borracho y bueno, a hacer una cola para entrar al autobús, para bajarte del autobús, para entrar al recinto. Cuando entras al recinto, la cola para guardar las cosas en la bolsa. Tienes que esperar y soportar la pestilencia habiendo duchas, aunque el agua no está caliente, la comida son verduras que las congelaron con agua y con agua las medio descongelaron y así te las sirvieron. Son 16 personas durmiendo en una habitación...”

(Carlos, 48 años, Venezuela,
20/3/2025, Madrid)

“Ese sitio no me gusta nada, no me gusta nada [recurso religioso]. Ahí siento la mirada discriminante de las trabajadoras sociales. Eso nunca antes lo había sentido. Cuando nos servían la comida, si alguna compañera decía ‘uy se acabaron los tomates’ o algún comentario, nos decían ‘ah bueno ¿pero en tu país qué comías? ¡hay que ser más agradecida!', porque seguro que en tu país este servicio no existe, así que tienes que estar agradecida’. O me recriminaban que llevaba en España 8 años y no había sacado la documentación, me decían que había sido un poco vaga y yo les decía que había tenido otros problemas.”

(Alejandra, 32 años, Colombia, 12/5/2025, Barcelona)

Ambos fragmentos describen un régimen asistencial que opera como dispositivo disciplinario y moralizante. Unas pautas estrictas de organización del tiempo (“si no estás a la hora, el autobús se marcha sin ti, no puedes llegar por tus propios medios al recurso”), las colas y los controles encadenados producen una continua sensación de infantilización entre las/os entrevistadas/os. Del mismo modo, muchas veces las personas usuarias de recursos de alojamiento han referido sentirse como “niñas/os” por el tono empleado por las/os profesionales o su manera “de explicar las cosas que puedes o no puedes hacer”.

De manera general, la normativa de muchos recursos asume la incapacidad de autogobierno e impone una tutela que borra la agencia o capacidad de acción de las personas, lo que se intensifica fuertemente en el caso de recursos para personas con adicciones, bajo el pretexto de que “tienen que estar bajo control”.

Con facilidad podemos hacer el paralelismo con la lógica de las instituciones totales -cárcel, instituciones psiquiátricas- que históricamente se han caracterizado por la separación o aislamiento, la concentración de personas, una regulación minuciosa de rutinas y homogeneización de necesidades.

La precariedad material (comida descongelada con agua, duchas frías, dieciséis o muchas más personas por habitación) se combina con un discurso que naturaliza el malestar como precio de la ayuda, deslizándose hacia una economía moral de la gratitud (Bauman, 2004). Hay una mirada que controla y corrige no sólo administra recursos y que clasifica a las personas, fabricando binomios entre: “buen pobre / mal pobre” o “buena usuaria obediente / mala usuaria que protesta”. Esa gramática del merecimiento desplaza la responsabilidad a la persona, omitiendo las fallas y problemas estructurales, además sirve para

reforzar los estereotipos (Becker, 1963). En el segundo extracto, esa clasificación se racializa y feminiza. La interpelación “¿en tu país qué comías? sé más agradecida” es una ilustración de varias prácticas de violencia simbólica que padecen particularmente las mujeres.

Lo que aparece como ayuda deviene lo que Weber denominó la “jaula de hierro” afectiva y administrativa en la que la disciplina y el silencio es el precio de un alojamiento y/o manutención, mientras el racismo cotidiano marca jerarquías de valor y ciudadanía. Para quienes no dominan el idioma o cargan con violencias previas -especialmente las mujeres y/o población LGTBIQ+-, la asimetría se multiplica e intersecciona, la promesa de inserción se sustituye por contención, y el acompañamiento por gestión, con el resultado de una inclusión diferencial que humilla a la vez que asiste. Como resultado de todo lo anterior las personas abandonan los procesos e itinerarios supuestamente de recuperación. Muchas veces por cuestiones ligadas a las propias normas que los rigen. Los siguientes testimonios son algunos de los ejemplos más ilustrativos:

“No me dejaban usar el teléfono y mi madre desde Colombia sin saber que estaba internada, yo era su sustento. También nos prohibieron el café y la sal en la comida. Como no podía manejar eso [normas del hospital de rehabilitación], me quedó grande y me dio mucho desespero, y como allá permiten fumar, empecé a fumar, imagínate, cosa que no había hecho nunca. Empecé con los cigarrillos que había en el suelo. Cuando salí mi mejor amiga me dijo, ‘tú en cambio de mejorar empeoraste’. Ahora, claro, es que salí con muchísima ansiedad y ellos esperaban que uno volviera a la segunda parte, al segundo nivel. Pero con esas condiciones yo no quería.”

(Isabel, 55 años,
Colombia, 14/4/25, Madrid)

“Quisiera tener una voz, pero una voz fuerte, con autoridad para hablar de cómo está viviendo la gente en la calle y las ayudas que existen [...]. Lo primero que te puedo decir es que las ONG son para mí lo peor y eso te lo digo con mayúsculas, se trata de recursos fríos y brutalmente malos [...]. Te meten en albergues con personas que están recién salidas de la cárcel, después de 20 años en la cárcel, no juzgo a esas personas, pero no saben comportarse con personas que se han visto de manera circunstancial, por problemas de salud o salud mental o problemas con su familia, en la calle y acaban ahí [...]. Desde un principio me hubiese gustado que me hubiesen evaluado y tener un acceso más rápido al trabajo y a la sociedad, yo soy joven y quiero trabajar [...]. Yo tuve que irme voluntariamente de ahí [recurso]. Eso era un desastre y los trabajadores se comportaban como los usuarios. Es un ambiente muy hostil, es como estar en la cárcel. Todos los días robos, todos los días violencia, todos los días peleas, todos los días una tensión en el ambiente, miradas, a ver qué tienes puesto, qué te robo, ver cómo eres y cómo no eres... una suciedad fatal, los baños fatales, los olores fatales, 50, 40 personas durmiendo en una misma habitación, hombres con olores de todo tipo [...], es que no hay espacio... Es un recurso que te hace daño, daño emocional, te denigra, es mucho peor que estar en la calle.”

(Javier, 24 años, Venezuela, 13/3/2025, Madrid)

En el relato de Isabel aparecen con nitidez los efectos no deseados de un espacio con normas restrictivas que de alguna manera contravienen la finalidad terapéutica y la lucha contra las adicciones. La acumulación de prohibiciones y controles (teléfono, café, sal, entre otros) produce lo contrario de lo buscado: ansiedad, desesperación y conductas de afrontamiento que no existían antes, como la iniciación al tabaco. Al reducir la autonomía y desarticular los vínculos significativos (en este caso, la comunicación con la madre

que se encuentra además a más de 10.000 km), el dispositivo rompe los apoyos que sostienen el cambio y convierte la “adhesión al tratamiento” en una prueba de obediencia, que si bien se sustenta sobre el hecho de que el/la paciente debe cortar los vínculos que se relacionan con el consumo, desoye situaciones particulares como la de esta mujer migrante que no ha podido prevenir a su familia sobre su situación y que necesita mantener el contacto telefónico.

Esto se traduce en una salida “peor de lo que entró” **que remite a un diseño que no ha sabido adecuarse o flexibilizar sus normas frente a la disparidad de perfiles.** Nos encontramos de esta manera con recursos que exigen que las/os usuarias/os y/o pacientes se ajusten a sus normas, lo que contrariamente no sucede pues estos no flexibilizan sus procedimientos.

Respecto al itinerario de Javier este trabaja los primeros años tras su migración en puestos precarios, sin contrato (ya que no dispone de documentación) y especialmente arduos como la recogida de fruta. Pasado un tiempo decide probar suerte en Madrid y es ahí cuando se ve en situación de calle. Del aeropuerto de Barajas pasa a un centro de acogida destinado a hombres migrantes solos en situación de emergencia social, a la espera de acceder al sistema de protección internacional o a otras redes de protección habilitadas específicamente para su atención. Este espacio de “acogida” es tildado por Javier como un espacio “carcelario”, caracterizado por el hacinamiento, suciedad, vigilancia y una tensión constante. **El recurso agrupa trayectorias muy distintas bajo un mismo régimen lo que para Javier confrontar a personas a situaciones de supervivencia frente a algunos de sus pares.** Todo lo descrito eclipsa, en definitiva, cualquier itinerario de inserción. Este mismo recurso es mencionado por otros participantes como Reda (Argelia, 25 años) que refiriéndose al mismo espacio enunció haber tenido miedo “de contagiarse

de alguna enfermedad” ya que “los baños y las duchas estaban con moho y había mucha suciedad”.

Volviendo al relato de Javier, **este decidió abandonar este recurso para regresar al aeropuerto.** Así se lo transmitió a la persona encargada del centro quien esgrimió, siempre según Javier, que si se marchaba “le iban a tratar como alguien de la calle”. Otra de nuestras entrevistadas, Alejandra, también refirió sentirse “revictimizada” en todo el proceso tras ser hospitalizada por sufrir una violación y tener que compartir sus vivencias en múltiples ocasiones, a veces en lugares que ella consideró inapropiados en los que no había ninguna intimidad para relatar algo tan doloroso y personal. De manera opuesta y de la mano de varias personas entrevistadas recogemos testimonios de enorme agradecimiento hacia las personas trabajadoras, los recursos e incluso el estado. Estos testimonios han puesto el acento sobre su valía y capacidad para “salvar vidas” pese a “ciertos problemas”, como se puede leer:

“Yo no vine aquí a España a morirme como un tonto en la calle, no esa no es la idea. Decidí meterme a alcohólicos anónimos. Llamé a esta entidad y me contestaron inmediatamente, comencé ese lunes, porque cuando llamé estaba borracho. Me ayudaron muchísimo, fue una gran puerta de libertad. Además, que conseguí una familia porque yo estoy solo aquí. Ellos me recomendaron ir al 12 de Octubre, [...] donde me atendieron unos psicólogos maravillosos.”

**(Ricardo, 63 años, Venezuela,
28/4/2025)**

“Un día vinieron dos chicas a buscarnos ahí a Opañel. Me acuerdo perfectamente, eran de un proyecto para personas sin hogar. Una de ellas pasó meses para convencerme para ir a un recurso a ducharme y comer. Yo no iba porque para mí, mi vida ya era eso... pensé que iba a morir en la calle, pero tuve esta oportunidad.”

**(Rodrigo, 54 años,
Ecuador, 25/6/2025, Madrid)**

“Yo sigo viva por las ayudas sociales. En Ucrania no hay ayudas para la medicación que tomo, ni vivienda, ni comida. En mi país estaría muerta, eso es seguro.”

**(Kateryna, 42 años, Ucrania,
16/4/2025, Castellón)**

Estos relatos nos muestran el reverso de la moneda y reseñan la importancia de un acompañamiento que se asocie a la calidez, continuidad y seguridad que ofrece. Entre los conceptos asociados a un acompañamiento o recurso que ha sostenido la vida aparecen los calificativos de “familia” y “oportunidad” de manera recurrente. En estos casos, la infantilización y trato denigrante se desdibujan en favor de un acompañamiento empático, con los cuidados en el centro y, sobre todo, que posiciona a las personas como seres adultos, capaces y responsables de sí mismas/os. Además, el primer testimonio apunta a otro punto clave que es la comunicación entre recursos sociales y sanitarios. La continuidad relacional entre dispositivos convierte la demanda de Ricardo en un itinerario que se asienta en alianzas terapéuticas. En Rodrigo, la insistencia paciente de una profesional que “pasa meses” hasta convencerle de aceptar una ducha y un plato caliente encarna el acompañamiento y la enorme relevancia de los equipos de calle; espacio en el que los servicios salen a

buscar a quienes más lo necesitan, trabajando cada caso de manera individual y adaptándose a la persona, no al revés.

Si a los anteriores le sumamos testimonios como el de Kateryna, donde la gratitud es también -y en gran medida- reflejo de una asistencia ante un sufrimiento extremo, vemos los elementos que las personas usuarias consideran necesarios en su acompañamiento. El reconocimiento de la dignidad, la escucha y la posibilidad de esta -gracias entre otras cosas a la mediación- han sido los ingredientes más evocados por las personas usuarias a la hora de valorar positivamente los servicios y acompañamientos. Cerramos este apartado con esta idea, expresada por Ricardo con total clarividencia, para dar paso a las voces de profesionales:

”

“Por mucho que tú te asimiles, siempre vas a ser un extranjero, ayer, ahora y mañana. Lo que es más importante, que a mí me ha ayudado muchísimo en las adicciones es sentirme acompañado, porque la soledad me estaba matando... sentir que me han tratado con respeto y me han protegido y sentir que tenía una responsabilidad conmigo mismo de ir cada semana a ese recurso.”

(Ricardo, 63 años, Venezuela, 28/4/2025, Valencia)

”

IV. EL ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS MIGRANTES CON ADICCIONES DESDE LA VOZ DE QUIENES ATIENDEN

La atención a personas migrantes con adicciones en España se inscribe en el marco de las políticas y planes nacionales y supraestatales sobre drogas. Entre estas se encuentran principalmente la Ley General de Sanidad (14/1986), que garantiza el derecho a la atención integral —prevención, tratamiento y rehabilitación— como base universalista del SNS; el Plan Nacional sobre Drogas (creado en 1985), que coordina a ministerios y CCAA y vertebralos sistemas de información y financiación de programas. A este armazón se suma la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017–2024, que actualizó el enfoque hacia la reducción de daños, la calidad asistencial y la reintegración social con atención a colectivos vulnerables. En el plano supraestatal encontramos la Estrategia de la UE en materia de Drogas 2021–2025 y su Plan de Acción, que consolidaron un paradigma basado en salud-seguridad, evidencia científica, los derechos y la equidad. El impacto real y efectividad de los anteriores depende de factores de implementación que desarrollamos en los epígrafes que siguen. Para finalizar este apartado recogemos los elementos esenciales que configuran las buenas prácticas para el acompañamiento a personas migrantes con adicciones.

A. Marcos de atención

La práctica cotidiana de los equipos que atienden a personas migrantes con adicciones a sustancias se despliega entre la urgencia y la falta de condiciones estructurales para sostener procesos. En el “primer contacto”, lo inmediato es cubrir necesidades básicas (como documentación, alimentación, higiene y contención) y solo después abrir camino a la comprensión del problema y a la adherencia terapéutica. Ese desfase temporal entre urgencias que se alargan, trámites que no llegan, salidas en falso, explica por qué muchos casos se van sin finalizar de los itinerarios marcados por los recursos. La intervención oscila, así, entre “apagar fuegos” y armar itinerarios, con resultados desiguales según la capacidad de cada recurso para enlazar tiempos, actores y dispositivos, esto aparece reflejado en numerosos testimonios y asienta las bases del marco de actuación en el caso del acompañamiento a personas migrantes con adicciones, recogemos esta idea en el testimonio de una trabajadora social en Madrid:

“

“Las personas vienen en una situación de vulnerabilidad absoluta. O sea, las primeras gestiones de abordaje de casos son súper básicas [...]. De ahí que entiendan su enfermedad y adicción, a nivel cultural, es complicado, porque muchas veces no han tenido acceso a un psicólogo o psiquiatra o nunca han tomado ninguna medicación. Entonces eso lleva también mucho tiempo de trabajo para que la persona realmente sea consciente de su enfermedad.

Ahí entra desde el trabajo que hacen las educadoras y los educadores dentro del centro hasta la coordinación fuera. Entonces, no tenemos una perspectiva de trabajo muy concreta primero, porque hay algo de la urgencia, de cosas muy básicas que tardan mucho [...] muchas veces se han ido y no se ha finalizado el proceso.”

(Trabajadora social, recurso de PI y patología dual, Madrid)

A esta primera descripción se suma un factor primordial que determina el marco de actuación o lo que podríamos denominar “la ausencia de marcos de actuación”. Varias voces profesionales señalan el vacío operativo en la red pública cuando la persona está en situación administrativa irregular, lo que antes había aparecido en los testimonios de usuarias/os se reitera en los testimonios de las personas profesionales:

“El tema de la documentación también es muy importante de cara que pudieran entrar a tratamiento, en una UCA en este caso, aquí en la Comunidad Valenciana, si no están de manera regular, obviamente no podrán entrar en el circuito de atención de la red. Igual que tampoco pueden entrar en ayudas sociales, en la consejería de bienestar social, de cara que pudieran ser perceptores de algún tipo de atención social. Hay un limbo del cual no es fácil salir y no es fácil conseguir documentos. La policía, por ejemplo, le ha requisado el pasaporte, no puede entrar en su consulado... ese es otro punto fuerte y importante con el que nos encontramos. Tampoco podría ir, por ejemplo, a especialidades. Sí que hay una atención sanitaria por urgencias, pero tampoco hay una continuidad en esa atención.”

(Coordinador del Centro de Intervención de Baja Exigencia, Alicante)

En España la entrada al circuito especializado queda de facto bloqueada para quienes están “sin regularizar”, lo que empuja a derivar a urgencias (caracterizadas por la falta de continuidad) y a externalizar la atención médica a dispositivos de baja exigencia que, con financiación propia, intentan cubrir lo que el sistema no garantiza.

Este “limbo” se alimenta de retenciones de pasaporte, dificultades con consulados y barreras idiomáticas, y produce sistemas de exclusión de la salud y de las prestaciones sociales. El resultado es una cadena de atención frágil, sostenida en buena medida por la flexibilidad organizativa y el presupuesto -limitado- de entidades no lucrativas que asumen funciones de puerta de entrada sanitaria.

Otra problemática que resaltan las/os profesionales de recursos a nivel nacional es la mediación intercultural que aparece como un problema transversal. Hay recursos públicos sin traductores; otros recurren a aplicaciones de traducción para historias clínicas completas, con los riesgos clínicos que ello conlleva. Existen servicios de interpretación telefónica y programas específicos de mediación, pero muchas/os trabajadoras/es refieren desconocimiento u obstáculos prácticos que conducen a no utilizarlos, lo que aleja a las personas usuarias aún más de los limitados recursos existentes. La ausencia de mediación no es un detalle puesto que ralentiza diagnósticos, erosiona la alianza terapéutica y disuade de continuar en tratamiento. Dos de los ejemplos más ilustrativos a este respecto nos vienen de la mano de un psiquiatra que desde un recurso público tiene que valerse de herramientas como Google Translate para comunicarse con sus pacientes o de la coordinadora de un recurso para

personas con adicciones que recibe la petición de intérpretes por parte de hospitales públicos para personas que no adictas:

”

“Hemos tenido pacientes de Europa del Este que no hablan español. Nos hemos tenido que comunicar con la aplicación de traducción, con Google Translate, por ejemplo, y hacer toda la historia clínica completa con eso, sin nadie que nos pueda confirmar la historia clínica, los diagnósticos y medicación previos.”

(Médico psiquiatra, servicio público especializado en patología dual, Valladolid)

”

”

“En realidad los centros tienen obligación de dar el servicio, lo que pasa es que hay muchos trabajadores que ni siquiera conocen que hay esa herramienta. Yo he hablado con algunas trabajadoras sociales porque sí que nos llaman muchas de hospitales

directamente para pedir que miremos un caso: ‘tenemos esta persona ucraniana y es que necesitamos a alguien que le haga un seguimiento y la acompañe’. Y yo les respondo ‘vale, pero ¿consume?’ y me dicen ‘no, no consume’. Y yo les aclaro: ‘Bueno, pues es que entonces vosotros tenéis el servicio de interpretación que es telefónico’. Y lo que dicen es que es algo muy engorroso, que cuando hay una interpretación que es telefónica no acabas por entenderte bien, hay claves culturales como que se pierden dentro de la interpretación. Entonces, como que no lo utilizan por eso, pero es verdad que es obligatorio.”

(Coordinadora, recurso para migrantes con adicciones, Madrid)

A la vez, aparece una brecha de género que algunos equipos intentan corregir activamente. Los datos de los servicios lo corroboran, a modo de ejemplo un servicio que atiende a personas migrantes con adicciones ha referido que a lo largo de 2024 acompañaron por primera vez a 220 hombres y únicamente a 28 mujeres; en el total anual se atendieron 557 hombres y 82 mujeres. Y aunque se sabe que entre las mujeres es menor el índice de consumos, estos datos reflejan su infrarrepresentación en los servicios. La lectura profesional es clara:

si los programas y recursos no se ajustan a unos parámetros de género las mujeres no llegan o no permanecen.

Se repite en las entrevistas la idea de que faltan recursos y que los existentes están “quemados” como anuncian varias/os profesionales:

”

“Creo que se necesita más recursos, porque es verdad que los pocos que hay están como muy quemados y obviamente tanto para los trabajadores como para los usuarios, yo creo que es una frustración mutua. Los trabajadores sociales no pueden avanzar más porque no hay recursos y ambos llegan a un punto de tirar la toalla... Vamos parcheando las situaciones, porque no nos da para más. Se necesita invertir para poder hacer una buena intervención [...]. El sistema se sostiene por el maravilloso trabajo de las trabajadoras, no porque sea bueno.”

(Integradora social, recurso para personas migrantes, Madrid)

”

“Herramientas tenemos pocas, no somos el recurso para tratar ni migración, ni adiciones. ¿Qué los tenemos? Sí, por supuesto. Muchas veces, tanto la escasez de recursos como la escasez de plazas en los recursos hacen que los usuarios vayan desgraciadamente rotando por recursos sin tener una intervención plena. Entonces, yo me las apañó, como el del CAD se las apaña, lo que tenemos muchas veces es la barrera idiomática, que no entendemos ni papá y eso nos pasa muy a menudo.”

(Integradora social, recurso para personas sin hogar, Madrid)

“Está claro que no todas [las trabajadoras de recursos] podemos saber de todo, ni en un solo recurso podemos abordar todo, pero por eso es importante también la red. Ese trabajo de red que muchas veces no se da y al final lanzamos a la gente, nosotras decimos que muchas veces ‘no nos derivan personas, sino que nos las mandan a la deriva’. Te envío esto, como quien envía un paquete [...] muchas veces los recursos no se conocen entre ellos.”

(Coordinadora de proyecto, recurso para mujeres con adicciones, Canarias)

La presión por justificar su actividad con indicadores de proceso (como firmas o derivaciones), la rotación de usuarias/os entre dispositivos sin intervención plena, el desconocimiento de la propia red de recursos por parte de las entidades y la barrera idiomática, entre otros factores, configuran un acompañamiento muy limitado y que pocas veces llega a cumplir sus objetivos, en palabras de las/os propias/os profesionales. En muchas ocasiones el trabajo se convierte en gestionar colas antes que transformar trayectorias. Para enfrentar esta situación se necesitan más plazas y recursos, pero además se demanda inversión para sostener una buena intervención y, sobre todo, coordinación para que la entrada por urgencias no se convierta en estancia indefinida. En ausencia de dispositivos específicos, otros recursos asumen perfiles para los que no fueron diseñados, multiplicando la rotación sin una intervención integral. El resultado es que cada profesional reconstruye desde cero lo que el sistema no coordina, con barreras idiomáticas reiteradas. La sentencia que hace una de las profesionales es clara cuando alude a que: “el sistema se sostiene por el trabajo de las trabajadoras, no porque sea bueno”. Esta afirmación condensa e ilustra la intervención marcada por la calidad relacional que aportan las/os trabajadoras/es frente a un sistema fallido.

Las condiciones de trabajo de quienes están interviniendo son determinantes porque implican lo que un equipo puede ofrecer, con esta afirmación hacemos eco a otro de los grandes dramas que caracterizan al tercer sector y es la precariedad en la que viven sus trabajadoras/es. Hay unidades ambulatorias integradas en el sistema de salud autonómico con plantillas externalizadas que dependen de subvenciones; en otras, una sola profesional por turnos asume riesgos sin el respaldo de pluses, con situaciones de amenaza y jornadas partidas entre profesionales a tiempo parcial. Esto conduce a una intervención reactiva que se sostiene a costa de las/os trabajadoras/es y usuarias/os. La precarización del cuidado no es un efecto colateral, impacta directamente en la calidad de la respuesta y en la continuidad que puede ofrecerse, como lo afirman las trabajadoras/es:

”

“Estamos precarizadas en el tercer sector y hay veces que solo somos una profesional en turno y... las realidades nos atraviesan y a veces no puedes atender a todas como se debería. Pero bueno, hacemos lo mejor posible [...]. Nosotras estamos reclamando un plus de peligrosidad, que no tenemos, porque en este recurso surgen situaciones insostenibles por parte de los agresores que llegan a conocer la dirección del piso, una vez echaron la puerta abajo. Pasamos mucho miedo [...]. Además, tenemos una trabajadora social que solo está 19 horas y una psicóloga que solo tiene 10 horas a la semana. Al final vamos apagando fuegos y el servicio se mantiene y a nivel global es muy positivo lo que logramos hacer, pero a qué precio...”

(Técnica de igualdad, recurso para
mujeres víctimas de violencia y con adicciones, Barcelona)

”

Junto a la precariedad de las/os profesionales y en paralelo se señala el cierre de programas como un factor que determina el acompañamiento a personas con adicciones -sean o no migrantes. Esta discontinuidad se da en proyectos y servicios que han sido referentes y cuentan con cierto reconocimiento. **Varias/os trabajadoras/es han señalado lo problemático de estar sujetas/os a un sistema maleable ante los cambios de gobierno y los recortes sociales.** Esta idea era argumentada por un educador social de un programa pionero e incluso aplaudido desde varios Ministerios que, sin embargo, cerró sus puertas en 2024:

“Todo el recorrido, todo el trabajo que hemos hecho, todos los avances que hemos podido trabajar con el Ministerio en reuniones que hemos tenido para protocolizar las entradas, enseñar al resto de entidades a replicarlo o informar sobre esta realidad... Todo ese trabajo se terminó cuando se cerró el piso. Y las compañeras del Ministerio lo decían, ‘este trabajo es un referente en el sistema de Protección Internacional’. Y a mí personalmente me han agradecido todo este curro, todos estos años, [...]. Y sí, muy bonito, pero yo se lo dije ‘esto está muy guay que lo digáis, pero ¿por qué no dais más dinero?, ¿por qué nos obligáis a cerrar el recurso cuando me estáis diciendo que este tipo de recursos es fundamental?’”

(Educador social, programa de Protección Internacional con personas con patología dual, Madrid)

de espera y discontinuidades, y las buenas prácticas quedan a merced de convocatorias o cierres presupuestarios. Desde esta perspectiva, el acompañamiento y el cuidado se convierte en una tarea heroica e intermitente, en lugar de ser un bien público garantizado.

B. Del estigma a la criminalización: una lacra que permanece en el acompañamiento a personas migrantes con adicciones

En el análisis del acompañamiento de profesionales a personas migrantes con adicciones en España nos encontramos aun la existencia de discursos estigmatizantes, donde el consumo activo opera como frontera moral y administrativa. Con esto hacemos referencia a las enormes reticencias de recursos a la hora implementar herramientas de reducción del daño y la exclusión ante las posibles recaídas. En el curso de esta investigación nos hemos encontrado frente a profesionales que formularon con crudeza “si existe consumo, no se puede, se tienen que marchar, esto puede interferir con los demás” o “un consumo disruptivo es motivo de expulsión del programa”. Las recaídas han sido tildadas como un “juego con los límites” antes que como una parte esperable de un proceso de recuperación o cambio. En términos prácticos, esta idiosincrasia, como lo enunciamos antes, confronta y rechaza las posibilidades que ofrece la reducción de daños y normaliza la exclusión

Se celebra la calidad de la intervención sin aplicar cambios en la infraestructura pública (recursos estables, plantillas suficientes, coordinación interinstitucional) necesario para sostener esos cuidados. **En paralelo se asiste a una privatización silenciosa del cuidado, las personas profesionales absorben sobrecargas emocionales y laborales, las/os usuarias/os soportan tiempos**

bajo un pretexto de “salvaguardar” a quienes están en abstinencia. Esta posición responde a la idea falaz del consumo como virus contagioso, reforzado por el imaginario de recaída colectiva, contagio social o consumo en cascada, donde las personas “normalizadas” acabarían ineludiblemente consumiendo y lo contrario -que quienes son abstinentes puedan influir en quien está consumiendo- es impensable. Esta estigmatización recuerda a lógicas de exclusión que han padecido otros colectivos como por ejemplo la población LGTBIQ+ afectada por el VIH.

Esta representación del consumo como “virus” que desencadena una recaída en cascada contrasta con la literatura reciente, que menciona entre los factores de riesgo al consumo y de recaída la influencia de pares y del entorno (Epskamp et al., 2022), pero en ningún caso avala la idea de una recaída colectiva inevitable dentro de un mismo recurso, ni las políticas de exclusión que se sustentan en ese miedo. Al contrario, la literatura actual menciona las recaídas como parte esperable en los trastornos de consumo (Husiny, 2025) e incide en que deben abordarse con un trabajo respecto a factores individuales, relaciones y estructurales.

En términos generales, la posibilidad de que exista un consumo dentro -y en muchas ocasiones también fuera del recurso- supone la expulsión de la mayoría de los programas que hemos conocido. En palabras de un Educador social de Madrid:

“Al entrar y delante de ellos [usuarias/os] les abríamos las maletas, íbamos sacando todas las prendas, las íbamos contabilizando en un documento también para así ver un poco la ropa que llevaban y si era necesario comprar ropa, como que lo maquillábamos un poco por ahí para que no lo viesen tan intrusivo pero bueno, el objetivo principal era ese, ver que no tuviesen pastillas o evitar que entrase droga en el piso [...]. Cuando pasaba no se les expulsaba directamente, se les invitaba a irse... yo les decía: ‘Tío, hay mucha gente como tú que realmente sí que quiere aprovechar esto. Lo mejor es que te marches, porque además estás generando muy mal ambiente’. Esto pasó muchas veces. Y eso... trataba de hacerles entender que eran unos privilegiados, por la suerte que tenían de estar en un piso tan reducido con tantos profesionales, porque es una lotería que les había tocado.”

(Educador social, programa de Protección Internacional con personas con patología dual, Madrid)

Lejos de apoyarse en evidencias clínicas o en la vasta literatura sobre procesos de recaída, esta interpretación justifica un dispositivo de vigilancia que asemeja el consumo a un virus contagioso y genera expulsión, exclusión y, por lo tanto, mayor vulnerabilidad. Se refuerza un marco sanitario-punitivo que sitúa a las/os profesionales como “vigilantes”. Este régimen funciona gracias a un dispositivo de control constante que se disfraza o maquilla (recogiendo el término del Educador social) bajo el pretexto de “cuidados”.

Un acompañamiento que es verbalizado como “privilegio” en vez de ser considerado un derecho básico. Las prácticas de control (soplar, análisis de orina, etc.) y de registro periódico e indiscriminado en las habitaciones son constatadas por profesionales y usuarias/os de los recursos. En incontables ocasiones implican una invasión brutal a la intimidad y generan violencia, atentando contra los derechos humanos:

“[en el recurso] todos venían de situación de calle y con consumo. Allí [en el recurso] no se podía tener ningún tipo de consumo [...]. Mínimo una vez al mes también teníamos que hacerles la prueba de la orina. íbamos con ellos al baño, no podían cerrar la puerta, nosotras teníamos que estar en todo momento presentes [...]. Al principio cuando me lo contaron que tenía que acompañarlos y tal, yo lo pasé mal porque lógicamente puedo entender que haya un cierto control [...] pero como que hay algo que siempre se nos olvida... nosotras estamos trabajando en su casa, es que esa ahora mismo es su casa y tú estás haciendo un control y un registro dentro de su casa, su habitación y es como en la cárcel ¿no? [...]. Lo de la orina era muy violento. Y es verdad que yo intentaba evitar hacerlo [...] porque no es la puerta entreabierta, no, no, es que les tienes que ver perfectamente como están meando. Y ellos te lo dicen ‘es violento’. Teníamos chicos bastante jóvenes y es una situación para ellos también muy incómoda que unas chicas jóvenes estén pidiéndoles la orina, ¿sabes?... a veces se les cortaba [la orina], no podían hacerlo, te lo decían ‘no puedo o me estoy imaginando cosas que no debería y al final voy a tener una erección que no me apetece nada’ Se generaba una situación muy mala para ambas partes.”

(Integradora social, recurso para personas migrantes, Madrid)

La supervisión y el control tal y como es relatado por la integradora social se asemeja -como ella misma lo indica- a un régimen disciplinario carcelario en el que se subyuga el cuerpo con el fin de lograr docilidad y sumisión frente a la institución (Foucault, 1996), lo que antes apareció relatado por las/os usuarias/os. Este tipo de prácticas constituyen no solo una invasión brutal a la intimidad, sino que también van en contra de los derechos humanos.

Es comprensible que entidades y recursos cuenten con ciertas normas, lo que implica un control, pero estas nunca deberían de cruzar ciertas líneas rojas que potencian la marginalidad, son violentas y vulneran derechos de quienes son ya muy vulnerables. Estas prácticas también deben de ser revisadas para salvaguardar las condiciones laborales de todos los miembros del recurso, especialmente las integradoras, educadoras, trabajadoras sociales y psicólogas (se utiliza intencionalmente el femenino por ser estas áreas de trabajo fuertemente feminizadas). En su vertiente más dramática estas prácticas de exclusión pueden llegar a costar vidas humanas. El siguiente testimonio es ilustrativo de ello:

”

“Joder, yo me acuerdo de que una vez tuve que expulsar a una, en un poblado, porque se estaba pinchando o a mí me lo parecía... y casi se muere congelada. La tuve que sancionar así que ella se puso en su tienda de campaña al lado y menos mal que al día siguiente tenía que hacer su analítica, porque fuimos a buscarla, a despertarla y ahí vamos, yo no sé si hubiese muerto congelada o no, pero yo me quería morir [viendo su estado]. Me quería morir. Me decía, ¿vale la pena?, ¿Y qué si se estuviera pinchando? Mira, han pasado años y todavía lo pienso... [se emociona].”

(Psicóloga, recurso de adicciones, Madrid)

”

La estigmatización que persigue a personas en consumo es además más compleja en el caso de mujeres, personas racializadas, quienes forman parte del colectivo LGTBIQ+ y/o personas migrantes. En este caso se combinan diferentes sistemas de opresión pues a la lógica de exclusión ante el consumo se suma la misoginia, la xenofobia, el racismo y la homofobia. La mirada puesta sobre quien consume y es de origen migrante es atravesada por mayores prejuicios, siempre en esa tensión entre quién merece o no ser atendido, entre quien forma parte de la migración deseable o indeseable. Esto se traduce en la desatención como lo explicita una directora de pisos terapéuticos en Barcelona.

”

“Ante una persona con una interseccionalidad de cuatro, cinco, seis... diez factores, nuestros prejuicios aumentan. Y entonces ahí yo creo que tendríamos que ser críticos con nuestros propios pensamientos adquiridos porque creo que, pese a que intentemos no hacer diferencias, se hacen. Se tiene quizás más miedo o se tiene más desconfianza, lo que cederías con una persona, no lo cedes con otra por ser inmigrante. Yo creo que aquí, si tuviera que hablar de malas prácticas, hablaría de una revisión individual y una revisión de equipos que trabajan con personas migrantes, ahí es donde cometemos muchísimos errores y de hecho se revictimiza a las personas [...]. Nosotros hemos tenido discusiones internas, por ejemplo, por el velo. Si aceptamos el velo o no... y era ¿velo sí? o ¿velo no? Pero, ¿qué estamos discutiendo aquí? La persona que se quiere poner velo, que se ponga el velo. O sea, ¿por qué vamos a ejercer ese tipo de poder en alguien que se quiere poner un velo? Y esto te digo que pasó hace un año y había gente que defendía que no les teníamos que atender.”

(Directora de pisos terapéutico e integradora social, Barcelona)

”

En resumen, nos encontramos con una lógica de acompañamiento en la que se espera que la/el usuaria/o demuestre que “merece el acceso a esos derechos” pues no están garantizados. Leemos también en el establecimiento de estos regímenes estándares coloniales de salud-enfermedad que impone el país de llegada y que se traducen en prácticas de discriminación en la atención en función de variables como el sexo, el país de origen, la cultura y religión, la identidad u orientación sexual. Estos estándares conviven con contradicciones entre profesionales que mencionan que “hay que tender a no ser excluyentes” y al mismo tiempo justifican serlo.

C. Buenas prácticas en la intervención

El análisis de las entrevistas realizadas permite identificar un conjunto de buenas prácticas que, lejos de constituir protocolos cerrados se configuran como orientaciones prácticas, metodológicas y políticas para el acompañamiento de personas migrantes con consumos, incluyendo una perspectiva de género interseccional. **Estas prácticas se inscriben en una comprensión compleja de las adicciones, atravesadas por trayectorias migratorias, desigualdades estructurales y relaciones de género, y apelan a un cambio de mirada que interpela directamente a quienes trabajan en el ámbito social, sanitario y comunitario.**

Uno de los ejes centrales que emerge de forma reiterada es **el reconocimiento de la agencia de las personas acompañadas**. Frente a modelos de intervención basados en la tutela, el asistencialismo o el control, las prácticas valoradas sitúan a la persona como sujeto activo de su proceso, capaz de tomar decisiones incluso en contextos de alta vulnerabilidad. **Este enfoque no niega las dificultades ni las situaciones de dependencia, pero rechaza la infantilización y la desposesión simbólica que con frecuencia acompañan a las intervenciones.**

Tratar a las personas como adultas capaces implica compartir información, ofrecer herramientas y aceptar que los ritmos, las elecciones y los objetivos de las/os usuarias/os no siempre coinciden con la percepción de las/os profesionales. De forma concisa y directa esta idea ha surgido en las entrevistas de manera frecuente, como muestra el siguiente extracto:

“No somos héroes de nadie. Estamos para darles la información y las herramientas que ellos necesitan para poder ellos hacer lo que tengan que hacer. Entonces creo que es muy importante el no abarcar más responsabilidades que las que tenemos. Y tratar a las personas como adultos capaces, aunque tengan la dificultad y la situación de vulnerabilidad que tengan en esos momentos, darles la

autoestima suficiente como para que ellos se vean capaces. Muchas veces sin darnos cuenta, les anulamos solamente porque pensamos que vamos a hacerlo mejor nosotros o su proceso va a ser más rápido.”

(Directora de recurso y trabajadora social, centro de participación de migrantes, Madrid)

Vinculado a este reconocimiento de la agencia aparece con fuerza la necesidad de evitar la revictimización institucional. Las trayectorias migratorias y de consumo suelen estar marcadas por experiencias de violencia, pérdida, desarraigó y precariedad. Cuando los dispositivos obligan a repetir una y otra vez estos relatos para acceder a los recursos, el acompañamiento se transforma en un circuito de desgaste emocional que erosiona la confianza y dificulta los procesos de cuidado. Las buenas prácticas, en este sentido, no se limitan a la escucha empática, sino que exigen coordinación interinstitucional, claridad en las derivaciones y una reducción consciente de las cargas burocráticas impuestas a las personas. La misma profesional añadía a este respecto:

“Es imprescindible no revictimizar, y esto lo trabajamos mucho, no hacer que la persona que acude a ti tenga que volver a recrear su sufrimiento y su historia [...]. También estamos promoviendo una mesa de diálogo, para no marear a las personas y que sepan dónde tienen que acudir o que sepamos todos dónde tenemos que derivar, en qué circunstancias, para que la persona no vaya de recurso en recurso solicitando lo mismo y evitando que tenga que repetir su historia 800 veces.”

(Directora de recurso y trabajadora social, centro de participación de migrantes, Madrid)

Desde esta perspectiva, se refuerza la importancia de servicios multidisciplinarios integrados, capaces de abordar en un mismo espacio las distintas dimensiones que atraviesan la vida de las personas migrantes con adicciones: salud física y mental, situación administrativa, redes sociales, empleo, vivienda y cuidados. La casi inexistencia de estos, la fragmentación de los recursos y la falta de conexión e intercambio entre recursos produce confusión, opacidad y en muchas ocasiones origina prácticas de violencias burocrática.

La incorporación de una perspectiva de género interseccional atraviesa de manera decisiva la definición de buenas prácticas. Las entrevistas muestran cómo los recursos de adicciones han sido históricamente diseñados desde lógicas masculinizadas, que no contemplan las experiencias específicas de las mujeres, ni las violencias que les atraviesan, ni las responsabilidades de cuidado que condicionan sus posibilidades de acceso y permanencia. Esta ausencia no es neutral, es una forma de violencia institucional que expulsa o daña a quienes no encajan en el modelo hegemónico. Encontramos la excepción en algunos recursos, como el de Mónica quien abrió su propia clínica con una perspectiva de género:

“Yo abro este recurso desde ser una mujer drogodependiente y tenerme que recuperar sin perspectiva de género en tratamientos súper masculinizados. Además, soy una mujer que pertenece al colectivo LGTBIQ+, sin que nadie tuviera dichosa idea de nada. Y a veces me miro y pienso, ‘coño, no me mató la cocaína y casi me mata el tratamiento’.”

(Directora y psicóloga, recurso de adicciones, Barcelona)

Las buenas prácticas en cuanto a las lógicas de género no deben limitarse a crear recursos “para mujeres”, sino que implican revisar profundamente la configuración social que genera violencias específicas y que permea de manera diferencial a las personas en razón de su sexo, orientación sexual, identidad de género, etnia, edad, (dis)capacidades... Desde ese lugar es que deben pensarse los acompañamientos, lo que representa procesos mucho más individualizados y equipos formados. La necesidad y el deseo de formación apareció desde un primer momento y de manera generalizada desde las encuestas (Anexo D) realizadas con las/os profesionales. Específicamente en relación con las formaciones de género, ya en las entrevistas fueron frecuentemente mencionadas como “poco habituales” y en el caso de haberlas tenido fueron caracterizadas como “de poca profundidad” o directamente “que solo sirven para que te den un certificado”. En este sentido hay que revisar lo que comúnmente se entiende por “integrar una perspectiva de género” en los proyectos e intervención social y sanitaria.

De manera adicional, las formas de escucha, los tiempos, los espacios y las expectativas que se proyectan sobre las personas y en este caso respecto de las mujeres migrantes con adicciones, esta revisión debe incorporar además una mirada interseccional que tenga en cuenta el origen, la racialización, la orientación sexual, la situación administrativa y las experiencias de violencia. La construcción de vínculo, la sensación de pertenencia y el reconocimiento mutuo son condiciones indispensables para cualquier proceso de recuperación, lo que en este caso implica un proceso de reflexividad sobre los propios prejuicios, pero también creencias, especialmente respecto a las lógicas coloniales y patriarcales que siguen operando y permeando el imaginario colectivo. Así lo planteaba de nuevo Mónica:

“Es especialmente importante salir de una mirada europeísta porque hace que nos equivoquemos mucho para entender a las personas. [...] Si no sienten que podemos entender o que podemos abordar lo que nos están contando con amabilidad y acogimiento, mostrando la duda y permitiendo que nos cuenten sus historias, en vez de ir corrigiendo todo, no pueden recuperarse.”

(Directora y psicóloga, recurso de adicciones, Barcelona)

En este punto, la interculturalidad aparece menos como un conjunto de saberes técnicos sobre “otras culturas” y más como una actitud profesional basada en la humildad, la suspensión del juicio y la disposición a dejarse interpelar. Las buenas prácticas no exigen conocer todas las referencias culturales de las personas atendidas, sino renunciar a la idea de superioridad moral o epistemológica desde la que se prescribe cómo deben narrarse las experiencias, cómo deben vivirse los vínculos o qué trayectorias son consideradas legítimas, lo que comunicó un psiquiatra de manera contundente:

“Creo que no es un tema formativo, es un tema de actitud. Porque no necesito conocer todas las culturas, necesito tomar una actitud que no juzgue.”

(Médico psiquiatra, servicio público especializado en patología dual, Valladolid)

Otro elemento clave es **la centralidad de la reducción de daños lo que ha sido subrayado por profesionales del Estado y de otras geografías, tras la evidencia científica contrastada con investigaciones recientes** (Baghdadi et al, 2023; Kemkem, 2023). Estos programas han mostrado ser los más efectivos con personas con consumos problemáticos de origen migrante.

Estos estudios han desarrollado decálogos de buenas prácticas que apuntan la necesidad de centrarse en el deseo de las personas, lo que supone una transgresión respectos a modelos basados exclusivamente en la abstinencia o el diagnóstico. Las entrevistas muestran que, en contextos de migración, el consumo puede cumplir funciones de socialización, pertenencia o supervivencia, y cómo intervenir sin comprender estas funciones puede resultar contraproducente.

“La persona es experta en su propia vida [...] si tú no quieres abstinencia, yo no estoy aquí para juzgar lo que tú necesitas, pues ya te buscamos el recurso necesario.”

(Directora de pisos terapéuticos e integradora social, Barcelona)

Las buenas prácticas incorporan así una mirada procesual, que valora cambios progresivos, hábitos de cuidado, mejoras en el descanso, la alimentación o las relaciones, y que reconoce el consumo no solo como problema, sino también como síntoma de contextos de soledad y exclusión. En este sentido, el trabajo grupal y los espacios colectivos adquieren un papel fundamental como dispositivos de pertenencia y reparación simbólica.

“Generalmente las familias o los referentes educativos quieren que lo dejen [el consumo], y ahí hay un trabajo muy importante de acercar posturas [...] la abstinencia no es el único resultado válido.”

(Psicólogo, recurso de jóvenes con adicciones, Canarias)

Finalmente, las entrevistas subrayan la necesidad de reducir barreras estructurales de acceso al tratamiento, especialmente para mujeres migrantes con hijas/os. Es fundamental permitir el acceso a recursos sin exigir regularización administrativa o sin separar a madres/padres/cuidadoras de sus hijas/os para garantizar derechos y evitar daños mayores.

En conjunto, las buenas prácticas esperadas para el acompañamiento de personas migrantes con adicciones no se definen únicamente por técnicas concretas, sino por una forma de estar y de intervenir que reconoce la complejidad de las vidas acompañadas. Para las y los profesionales del tercer sector, este enfoque no solo interpela las metodologías de intervención, sino también las condiciones institucionales, los marcos normativos y las propias posiciones de poder desde las que se ejerce el acompañamiento.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Fruto de las lecturas especializadas sobre migración y consumo, pero especialmente tras analizar el relato de personas migrantes con adicciones y profesionales que les acompañan, elaboramos este apartado de conclusiones con recomendaciones generales, así como algunas sugerencias destinadas a mejorar este acompañamiento. Terminamos con algunas reflexiones entorno a los objetivos e hipótesis principales que planteamos al iniciar esta investigación, en vista a los resultados obtenidos.

A. Recomendaciones generales

Políticas públicas

1. Permitir a todas las personas, con independencia de su situación administrativa, hacer uso de los servicios y recursos sociales y sanitarios. **En particular de los servicios especializados en salud mental.**
2. Habilitar más **recursos y servicios específicos para personas migrantes con adicciones**. Garantizar la continuidad de los recursos que existen y funcionan.
3. **Formar** en adicciones alas/os profesionales que trabajan con población vulnerabilizada.
4. Formar en interculturalidad y perspectiva de género interseccional **para todas/os las/os profesionales en el tercer sector, sector sanitario y social.**
5. Crear **mesas de diálogo** en las que diferentes profesionales de las redes de migración y adicciones puedan conocerse e intercambiar información.
6. Puesta en marcha de un **repositorio** con información actualizada y de fácil consulta de los servicios y recursos activos para personas vulnerabilizadas.
7. Ampliar los **recursos con perspectiva de prevención del riesgo y reducción del daño.**

8. Mejorar las condiciones laborales de las personas que trabajan con poblaciones vulnerables. Especialmente los salarios, empleabilidad y garantizar un mínimo de estabilidad y seguridad para las/os trabajadoras/es del tercer sector.

9. Aumentar el número de profesionales en los recursos.

10. Incrementar los dispositivos de intérpretes y mediadores culturales en toda la red de atención social y de salud.

11. Permitir a las personas, especialmente en recursos destinados a mujeres con adicciones, integrar el recurso con sus menores a cargo.

12. Mejorar las condiciones de salubridad de algunos recursos de primera acogida.

Mejoras en la atención y el acompañamiento. Aquello que pueden hacer las/os profesionales

1. En lo que refiere al trabajo con población migrante y/o con adicciones adoptar una perspectiva no revictimizante, no infantilizadora o paternalista.

2. Condenar y seguir trabajando en eliminar prácticas, conductas y actitudes estigmatizantes, basadas en prejuicios o abiertamente racistas.

3. Emprender una perspectiva de trabajo basada en la persona y su individualidad, proporcionando un acompañamiento que busque potenciar la agencia (capacidad de acción) de cada usuaria/o del recurso y caminar hacia la desinstitucionalización.

4. Actuar desde una perspectiva que se base en el respeto de los derechos humanos y la perspectiva de género interseccional.

5. Proporcionar una atención integral y potenciar la salud, previniendo el riesgo y reduciendo el daño.

6. Tomar la migración como un hito fundamental en la vida de la persona, prestando especial atención a los tres momentos que lo componen: la salida, el trayecto, la llegada al país de destino.

7. Integrar una visión no punitivista en el caso del acompañamiento a personas en contextos de trabajo sexual.

B. A modo de cierre

El objetivo principal de este informe, orientado a identificar estrategias y enfoques ajustados a las necesidades y circunstancias de las personas migrantes con problemas de adicciones, ha podido abordarse a partir del análisis realizado y concretarse en el apartado precedente de recomendaciones. **A lo largo del trabajo, los resultados obtenidos respaldan la hipótesis inicial, puesto que ponen de manifiesto la insuficiencia de recursos y programas específicos en el territorio español.** Esta carencia conduce a que muchas personas migrantes con consumos problemáticos sean acompañadas desde dispositivos que no están diseñados para ello, lo que repercute negativamente en la calidad, continuidad y adecuación de la atención recibida, así como en sus posibilidades reales de acceso a procesos de cuidado sostenidos.

Uno de los elementos que atraviesa de forma persistente el análisis **es la desconexión entre los ámbitos de las adicciones y de las migraciones.** Por un lado, buena parte de las/os profesionales que trabajan en recursos de adicciones no incorporan la experiencia migratoria como un hito relevante en la trayectoria vital de las personas como un factor que condiciona los procesos de consumo, duelo, trauma o supervivencia. Por otro, quienes intervienen desde el ámbito de las migraciones carecen en muchos casos de formación específica en adicciones, lo que provoca que estas problemáticas no sean generalmente identificadas. Esta falta de formación compartida limita una comprensión de la adicción como proceso, donde persiste con frecuencia la abstinencia como único paradigma - también en los recursos especializados en adicciones-, pese a que los propios dispositivos reconocen que los recorridos no son lineales y que las recaídas forman parte del cambio.

Hablar de (sobre)vivir en contextos de espera nos ha permitido ilustrar las principales problemáticas que atraviesa la población migrante con adicciones y sus (im)posibilidades de acceso a los servicios sociosanitarios y por lo tanto a un acompañamiento. Estas condiciones incrementan la precariedad laboral y habitacional, además del deterioro de la salud, con un impacto especialmente acusado en las mujeres y personas sin documentación. La espera actúa, así, como un factor estructural que incide negativamente en las trayectorias vitales y en las condiciones de vida de estas personas.

Para revertir esta situación, **resulta necesario desvincular el acceso efectivo a la atención, especialmente en salud mental y reducción del daño, de la situación administrativa**; combatir las violencias burocráticas mediante procedimientos accesibles, información multilingüe y mediación intercultural; y garantizar vías regulares de empleo que eviten la rotación constante en nichos laborales de alto riesgo. En el ámbito clínico y comunitario, se vuelve clave asegurar la continuidad asistencial, fortalecer los enlaces entre dispositivos y evaluar los resultados **incorporando una mirada de género interseccional**.

Por último, el informe subraya que **estas transformaciones no pueden sostenerse sin una mejora sustantiva de las condiciones laborales de los equipos profesionales, ni sin una apuesta decidida por la formación específica y transversal en adicciones, migración, interculturalidad y género interseccional**. Además, en el caso de las mujeres migrantes son necesarios cambios estructurales más profundos. **Solo una transformación legal y social que incluya nuevas políticas de regularización migratoria y el fortalecimiento de las políticas de protección social, además de generar condiciones reales de seguridad, derechos y acceso a cuidados, permitiría que los procesos de acompañamiento dejen de ser espacios de contención precaria y sean realmente efectivos a la hora de sostener vidas.**

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui Loizate, J. (2011). Lo invisible de las migraciones: estresores y factores de protección. En Laespada. y Arostegui (Coords.), *Diversidad sociocultural y drogodependencias. Avances en drogodependencias* (pp. 35-58). Universidad de Deusto.
- Arango, J. (2011). Los procesos migratorios en la era de la globalización. En Laespada. y Arostegui (Coords.), *Diversidad sociocultural y drogodependencias. Avances en drogodependencias* (pp. 17-34). Universidad de Deusto.
- Arellanez Hernández, J. L., & Sánchez Huesca, R. (2008). Migración femenina a Estados Unidos y consumo de drogas. *Revista Digital Universitaria*, 9(8), 1-11.
- Baghdadi, S., Bowler, E., Busz, M., & Podvisocka, S. (Eds.) (2023). *Migration & drug use. SEMID-EU. Mainline Foundation.* Disponible en: <https://mainline.nl/wp-content/uploads/2023/11/Mainline-migration-and-drug-use.pdf>
- Bardin, L. (2002). *El análisis de contenido.* Ediciones Akal.
- Bauman, Z. (2004). *Wasted Lives: Modernity and its Outcasts.* Polity.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance.* Free Press.
- Cabrera, P. (2023). Las personas sin hogar en España: el alojamiento y la vivienda como derecho social. En Blanco Martín, Mora Rosado, & López-Ruiz (Eds.), *Informe España 2023* (pp. 323-396). Universidad Pontificia Comillas, Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro.
- Cantos Vicent, R. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas.* Fundación Atenea. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Castaños Ruiz, V. (2011). *Una mirada de género sobre el consumo de alcohol y otras drogas en las mujeres inmigrantes.* Fundación Atenea. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/CONSUMO_MUJER_INMIGRANTE.pdf
- Cortés, A., & Manjarres, J. (Eds.). (2018). *Género, migraciones y derechos humanos.* Edicions Bellaterra.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones). (2023). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022. Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/20>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.A.DICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
- Epskamp, S., van den Ende, M. W. J., Lees, M., Sloot, P. M. A., & van der Maas, H. L. J. (2022). A review of mathematical modeling of addiction regarding both (neuro-)psychological processes and the social contagion perspectives. *Addictive Behaviors*, 127, 107201. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107201>
- Bivand Erdal, M., & Oeppen, C. (2013). Migrant balancing acts: Understanding the interactions between integration and transnationalism. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(6), 867–884. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.765647>
- EUDA (2025). *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. European Union Drugs Agency.
- Foucault, M. (1996). *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Hochschild, A. R. (2003). Love and Gold. En Ehrenreich y Hochschild (Eds.), *Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy* (pp. 34–46). Metropolitan Books. <https://www.humiliationstudies.org/documents/HochschildLoveandGold.pdf>
- Husiny, T. M. A. (2025). A scoping review of factors contributing to relapse in substance use disorders. *Modern Journal of Health and Applied Sciences*, 2(1), 93–113. <https://doi.org/10.70411/MJHAS.2.1.2025181>

- Kemkem, S., Ivandić-Zimić, J., Pichides, A. et al., (2023). *Réponses interculturelles aux défis liés aux drogues pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées. Manuel à l'usage des professionnels travaillant avec les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées dans le domaine des addictions.* Conseil de l'Europe et Groupe Pompidou. Disponible en: <https://edoc.coe.int/fr/drogues-et-addictions/11654-reponses-interculturelles-aux-defis-lies-aux-drogues-pour-les-refugies-les-migrants-et-les-personnes-deplacees.html#>
- Laespada Martínez, T. & Arostegui Santamaría, E. (coords.). (2011). *Diversidad sociocultural y drogodependencias. Avances en drogodependencias.* Universidad de Deusto.
- Lin, C., Cousins, S. J., Zhu, Y., Clingan, S. E., Mooney, L. J., Kan, E., Wu, F., & Hser, Y.-I. (2024). A scoping review of social determinants of health's impact on substance use disorders over the life course. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 166, 209484. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209484>
- Malgesini, G. & Giménez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad.* Catarata.
- Meneses-Falcón, C., & García-Vázquez, O. (2023). Prostitución, violencia y migraciones femeninas en España. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, (133), 113-136.
- Meneses Falcón, C. (2011). Uso de drogas en los contextos de prostitución. En Laespada. y Arostegui (Coords.), *Diversidad sociocultural y drogodependencias. Avances en drogodependencias* (pp. 107-124). Universidad de Deusto.
- Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique. *Déviance et société*, 42(3), 569-595.
- OIM (2024). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2024.* Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/pub2023-069-l-informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024_0.pdf
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region.* World Health Organization. Regional Office for Europe.

- Rahmani, R. (2011). Migración y toxicomanías: fundamentos de un encuentro. En Laespada. y Arostegui (Coords.), *Diversidad sociocultural y drogodependencias. Avances en drogodependencias* (pp. 87-106). Universidad de Deusto.
- Rogialli, A., Perez Gayo, R., & Jeziorska, I. (2023). *Des réponses adéquates en matière de drogue pour les migrants à Paris*. SEMID-UE. Mainline. Disponible en : <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2024/12/fiche-info-recommandation-politique.pdf>
- Sánchez-Huesca, R., Pérez-Islas, V., Rodríguez-Kuri, S. E., Arellanez-Hernández, J. L., & Ortiz-Encinas, R. M. (2006). El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género: Un estudio exploratorio. *Región y sociedad*, 18(35), 131-164.
- Sartori, G. (2001). *La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*. Taurus.
- Serrano, M. y Treviño, D. (2024). *Análisis del acceso a la asistencia sanitaria en las mujeres migrantes. Una visión global y jurídica sobre el derecho de acceso a la atención sanitaria en España*. Asociación Progestión. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Disponible en: <https://progestion.org/wp-content/uploads/2024/12/infsalm.pdf>
- Sordo, L., Indave, B. I., Vallejo, F., Belza, M., Sanz-Barbero, B., Rosales-Statkus, M., et al. (2015). Effect of country-of-origin contextual factors and length of stay on immigrants' substance use in Spain. *European Journal of Public Health*, 25(6), 930–936.
- Torres López, T. M., López López, J. L., Mercado Ramírez, M. A., & Tapia Curiel, A. (2014). Vivencias de migrantes mexicanos sobre estados emocionales experimentados durante su proceso migratorio y el consumo de alcohol y drogas. *Estudios fronterizos*, 15(29), 247-270.
- Van Selm, L., White, T. M., Picchio, C. A. et al., (2023). Drug use and access to drug dependency services for vulnerable migrants who use drugs in the European Union: consensus statements and recommendations from civil society experts in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 118, 104087.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024–1054. <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>

VII. ANEXOS

A. Guía de entrevistas a participantes (personas migrantes con adicciones a sustancias)

- Lugar:
- Fecha:
- Nombre, edad y país de origen:

Pasos previos

Presentar brevemente el proyecto y quién soy. Se debe mostrar la gratitud por el tiempo y la experiencia ofrecida por la/el entrevistada/o.

Se proporciona el Consentimiento Informado antes de realizar la entrevista. Este documento deberá ser firmado por escrito. Se explican las condiciones de la entrevista.

Preguntas

- Q.1. Romper el hielo. Cuéntame un poco sobre ti... ¿Cuántos años tienes?, ¿de dónde eres?
- Q.2. ¿Qué hacías en tu lugar de origen?, ¿cómo era tu vida allí?
- Q.3. Migración Podrías contarme algo sobre el viaje que hiciste, ¿en qué circunstancias sales de tu país?, ¿sola/o? o ¿acompañada/o?; ¿por qué medios?
- Q.4. ¿Cómo fue el viaje?, ¿cuánto tiempo tardaste en llegar a España y a XXX (ciudad en la que se encuentra)? Al llegar, ¿dónde fuiste?
- Q.5. Una vez en España ¿cómo has estado?, ¿has podido relacionarte con personas o con entidades?
- Q.6. ¿Realizas alguna actividad laboral o estudios?, ¿cómo ha sido acceder a una vivienda o instalarte?
- Q.7. Consumo Quisiera saber algo más acerca de las experiencias que has tenido con el consumo de algunas sustancias, como el alcohol, tabaco u otras drogas. ¿Qué sustancia(s) dirías que es (o son) problemática(s) en tu caso?, ¿empezaste a consumirlas antes de viajar?
- Q.8. ¿Cómo te sientes respecto a tu salud?, ¿has recibido atención adecuada para tus necesidades médicas?, ¿por parte de quién, cuándo y dónde?
- Q.9. ¿Alguna persona u organización te ha ayudado a sentirte mejor o a salvo?, ¿cuáles son tus opiniones al respecto?,
- Q.10. Respecto a las autoridades, ¿qué experiencias has tenido con la policía, guardia civil, jueces...?, ¿qué opinas tienes sobre estas personas?
- Q.11. Los periodistas, los periódicos, la televisión... a veces hablan sobre personas que viven situaciones similares a la(s) tuya(s). ¿Qué opinas de lo que dicen?
- Q.12. ¿Has participado en algún programa específicos para migrantes y/o adicciones?, ¿has sido atendida/o en algún CAD?, ¿cómo ha sido tu experiencia?, ¿qué cambiarías de ellos?

- Q.13. ¿Qué crees que es lo más importante (buenas prácticas) para ayudar a personas con adicciones que están fuera de su país, lejos de su cultura y afectos?
- Q.14. En tu opinión, comparando tu experiencia con la de otras personas, ¿crees que tú has tenido más dificultades que otras personas que han pasado por una situación similar? Ya hemos terminado
- Q.15. ¿Quieres añadir algo más?

Fin de la entrevista

Gratitud: agradecer el tiempo. Reseñar la importancia de conocer su experiencia y la relevancia de su testimonio.

Explicar que los resultados estarán disponibles en el mes de noviembre. Explicar cómo acceder a los resultados (web infoadicciones o progestion).

B. Guía de entrevistas a profesionales

- Lugar:
- Fecha:
- Nombre:
- Entidad a la que pertenece:

Pasos previos

Presentar brevemente el proyecto y quién soy. Se debe mostrar la gratitud por el tiempo y la experiencia ofrecida por la/el entrevistada/o. Se proporciona el Consentimiento Informado antes de realizar la entrevista. Este documento deberá ser firmado por escrito. Se explican las condiciones de la entrevista.

Preguntas

- Q.1. Cuéntame un poco sobre tu trabajo ¿en qué entidad desempeñas tu trabajo y con qué rol (profesión o ámbito)? Entiendo que has tenido y tienes experiencia con usuarias/os migrantes y/o drogodependientes ¿con qué frecuencia trabajas con este perfil?
- Q.2. ¿Cuál es la situación de estas personas cuando las atiendes?
- Q.3. ¿Qué necesidades has identificado como prioritarias para estas personas?
- Q.4. ¿Desde qué perspectivas abordas el trabajo con personas migrantes y/o drogodependientes?
- Q.5. ¿Has tenido alguna formación al respecto de la drogodependencia?, ¿crees que tenía en consideración otras variables como el origen étnico, el sexo o la diversidad funcional?
- Q.6. ¿Has participado o conoces algún programa específico para migrantes o refugiadas/os que tienen adicciones?, ¿cómo ha sido tu experiencia?, ¿qué cambiarías de ellos?
- Q.7. Desde tu opinión y experiencia, ¿existen buenas prácticas de atención o experiencias positivas respecto a las políticas y programas que una institución o ONG está llevando a cabo? Por otro lado, ¿existe alguna práctica que deba evitarse?

- Q.8.¿Qué crees que es lo más importante para ayudar a personas con adicciones que están fuera de su país, lejos de su cultura y afectos?
- Q.9.¿Crees que una persona migrante con adicciones tiene las mismas necesidades que una local?. Ya hemos terminado
- Q.10. ¿Quieres añadir algo más?

Fin de la entrevista

Gratitud: agradecer el tiempo. Reseñar la importancia de conocer su experiencia y la relevancia de su testimonio.

Explicar que los resultados estarán disponibles en el mes de noviembre. Explicar cómo acceder a los resultados (web infoadicciones o progestion).

C. Guía para grupo focal

Presentación y experiencia migratoria

- ¿Puedes contarme cómo te llamas ,tu edad, tu profesión y país de origen?
- ¿Cómo fue tu camino para llegar a España?, ¿Dónde y cuándo llegaste?,
- ¿Viniste sólo o acompañado?

Adicciones y acompañamiento

- ¿Cómo es tú consumo de sustancias (por ejemplo: alcohol, cannabis, cocaína o benzodiacepinas) ?, ¿Cuándo empezaste a consumirlas y con quién?,¿Crees que ha sido un problema en tu vida?
- ¿Tienes espacios seguros o personas para hablar sobre esto y otras preocupaciones?

Experiencias y necesidades en el acompañamiento

- ¿Qué acompañamiento te gustaría recibir?, ¿Crees que en los centros de salud o asociaciones te han tratado bien?, ¿Qué imagen tienes de la policía?,
- ¿Qué crees que pueden hacerlas personas que trabajan contigo para ayudarte?, ¿Cuáles son tus necesidades y deseos

D. Encuestas a profesionales

OBJETO DEL ESTUDIO

Con esta investigación se pretende contribuir a la mejora del conocimiento en relación con estrategias y enfoques específicos que se ajusten a las necesidades y circunstancias de las personas migrantes con problemas de adicciones.

ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN: es necesario que todas las personas rellenen el consentimiento informado. En el caso de que las personas usuarias no tengan opción de hacerlo, la entidad deberá llenar un formulario indicando al final el número de participantes.

1. Consentimiento informado

1. Su participación en este estudio es voluntaria y, por lo tanto, no tiene obligación de responder.
2. Ha recibido la información sobre la finalidad del mismo.
3. Puede decidir no participar en el estudio o decidir retirarse del mismo en cualquier momento.
4. Los datos obtenidos se utilizarán únicamente con fines de investigación.
5. Si más adelante decide participar en una entrevistas en profundidad esta será grabada para su posterior transcripción y análisis cualitativo, en ningún caso se difundirá la grabación en medios electrónicos.
6. Despues de completar este formulario o de realizar la entrevista los datos se compilarán en una base de datos para su análisis y realización de un informe final.
7. Las respuestas y el informe de los hallazgos trataran todos los datos cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos digitales y la Política de Privacidad de la ASOCIACIÓN PROGESTIÓN.

ACEPTA PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN: SI - NO

2. Ley de protección de datos personales y garantía de derechos digitales y política de privacidad

Responsable del tratamiento: La ASOCIACIÓN PROGESTIÓN es una asociación sin ánimo de lucro, con domicilio social en la Calle Manuel Fernández Caballero N.º 4, local, constituida el 12 de marzo de 1990 e inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior, con el N.º 92067, en fecha 18 de mayo de 1990. En cumplimiento de la normativa vigente (Reglamento (UE) de Protección de Datos 2016/679; Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos digitales; R. D. 1720/2007 Reglamento de Desarrollo de la LOPD y Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico (LSSICE), le informamos que los datos de carácter personal de los/as Usuarios/as del sitio web se incorporarán y tratarán en un fichero de su propiedad. Al pulsar el botón "sí, acepto los datos para la finalidad anterior", el usuario/a AUTORIZA al tratamiento de sus datos.

El titular del sitio web se compromete a que los datos de carácter personal solicitados serán los estrictamente necesarios para gestionar el servicio demandado y poder enviarle información relacionada directa o indirectamente con dicho servicio. La ASOCIACIÓN PROGESTIÓN, en su calidad de Responsable del Fichero, pone asimismo en su conocimiento que los ficheros con datos de carácter personal decepcionados a través de cualquier soporte serán manipulados de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento (UE) de Protección de Datos 2016/679;

Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos digitales; R. D. 1720/2007 Reglamento de Desarrollo de la LOPD y Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico (LSSICE) así como demás legislación aplicable.

Finalidades del Tratamiento: Captación de datos personales de la/el interesada/o para realización de una investigación para identificar estrategias y enfoques específicos que se ajusten a las necesidades y circunstancias de las personas migrantes con problemas de adicciones.

Legitimación: Consentimiento expreso para la participación.

Destinatarios: Le informamos asimismo que, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos digitales, sus datos personales no serán objeto de ninguna cesión ni transmisión sin su previo consentimiento a excepción de los organismos e instituciones que sean exclusivamente necesarios para la consecución del objetivo pretendido.

Derechos: Igualmente se pone en su conocimiento que dispone del derecho de acceso, rectificación, cancelación, limitación y portabilidad de sus datos regulados en la ley Orgánica 3/2018. Para el ejercicio de dichos derechos deberá remitirse escrito al responsable del Fichero a la siguiente dirección: C/ MANUEL FERNANDEZ CABALLERO Nº4, 28019. MADRID. (info@progestion.org)

Para más información lee la política de privacidad: <https://progestion.org/politica-de-privacidad/>

ACEPTO LOS DATOS PARA LA FINALIDAD ANTERIOR oSÍ oNO

POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS

3. Nombre y apellidos

4. Email de contacto

5. Entidad a la que pertenece y población o temática principal con la que trabaja

6. En el seno de su entidad ¿trabaja ocasional o frecuentemente con personas migrantes y drogodependientes (en consumo activo o no)?

o Sí

o NO

7. En el caso de realizar una derivación de una persona migrante con problemas de consumo ¿a qué entidad/institución u organismo deriva?

Especifique si la entidad para la que trabaja lo hace principalmente con personas migrantes y deriva a una entidad o institución que trabaja adicciones o al revés.

. ¿Ha tenido usted acceso a una formación sobre drogodependencia que tenga en consideración especificidades de la población como son el origen étnico, el género o la diversidad funcional?

o Sí

o Sí, pero me gustaría tener mayor formación

o No

o No, pero me gustaría tener acceso a esta formación

9. ¿Podría proporcionarnos usuarias/os -que cumplan con el perfil descrito- para la realización de una entrevista individual, que garantice el anonimato, con el fin de conocer sus necesidades y mejorar la atención que reciben?

o Sí

o NO

10. ¿Estaría dispuesta/o a participar en una entrevista en profundidad (30 minutos) sobre la atención de personas migrantes con adicciones?

o Sí

o NO

E. Datos entrevistas y *focus group*

N.º Profesión	Fecha	Tipo de recurso o programa	Localización
1 Director de programa/ Trabajador social	24/02/2025	Personas sin hogar	Madrid
2 Coordinador de programa / Psicólogo	25/02/2025	Conductas adictivas	Las Palmas
3 Coordinadora de programa / Trabajadora social	27/02/2025	Conductas adictivas y violencia machista	Las Palmas
4 Trabajadora social	03/03/2025	Protección internacional y patología dual	Madrid
5 Trabajadora social	04/03/2025	Conductas adictivas	Badajoz
6 Integradora social	04/03/2025	Personas sin hogar	Madrid
7 Integradora social	10/03/2025	Protección internacional	Madrid
8 Psicóloga	10/03/2025	Adicciones/protección internacional	Madrid
9 Director de programa/ Trabajador social	11/03/2025	Organización humanitaria/adicciones	Alicante
10 Psicóloga	11/03/2025	Organización humanitaria/adicciones	Alicante
11 Trabajador social	11/03/2025	Organización humanitaria/adicciones	Alicante
12 Trabajadora social	12/03/2025	Servicios sociales	Lugo
13 Directora de centro privado/ Psicóloga	19/03/2025	Centro terapéutico	Barcelona
14 Directora de programa / Trabajadora social	21/03/2025	Centro para migrantes	Madrid
15 Técnica de igualdad	24/03/2025	Adicciones y violencia machista	Barcelona
16 Directora de programas / Integradora social	04/04/2025	Centro de tratamiento de adicciones	Barcelona
17 Coordinadora de programa/ Psicóloga	02/03/2025	Adicciones en migrantes	Madrid
18 Psiquiatra	27/03/2025	Servicio sanitario público/adicciones	Castilla y León
19 Coordinador de programa/ Educador social	24/04/2025	Protección internacional y patología dual	Madrid
20 Educador social	16/04/2025	Centro para migrantes	Madrid

N.º Nombre ficticio	Fecha	Tipo de recurso o programa	País de origen	Edad	Localización
1 David	04/03/2025	Personas sin hogar	Rumanía	39	Madrid
2 Carlos	20/03/2025	Personas sin hogar	Venezuela	48	Madrid
3 Dario	19/03/2025	Adicciones	Perú	30	Madrid
4 Isabel	14/04/2025	Adicciones	Colombia	55	Madrid
5 Ricardo	28/04/2025	Adicciones	Venezuela	63	Valencia
6 Sara	27/03/2025	Adicciones	Colombia	47	Madrid
7 Javier	13/03/2025	Personas sin hogar	Venezuela	24	Madrid
8 Katerina	16/04/2025	Adicciones	Ucrania	42	Alicante
9 Alejandra	12/05/2025	Adicciones y violencia machista	Colombia	32	Barcelona
10 Rodrigo	25/06/2025	Personas sin hogar	Ecuador	54	Madrid
11 Hakim	09/04/2025	Migración y adicciones	Marruecos	37	Madrid
12 Omar	09/04/2025	Migración y adicciones	Marruecos	24	Madrid
13 Amir	09/04/2025	Migración y adicciones	Marruecos	36	Madrid
14 Reda	09/04/2025	Migración y adicciones	Argelia	25	Madrid
15 Yenia	09/04/2025	Migración y adicciones	Mauritania	20	Madrid

