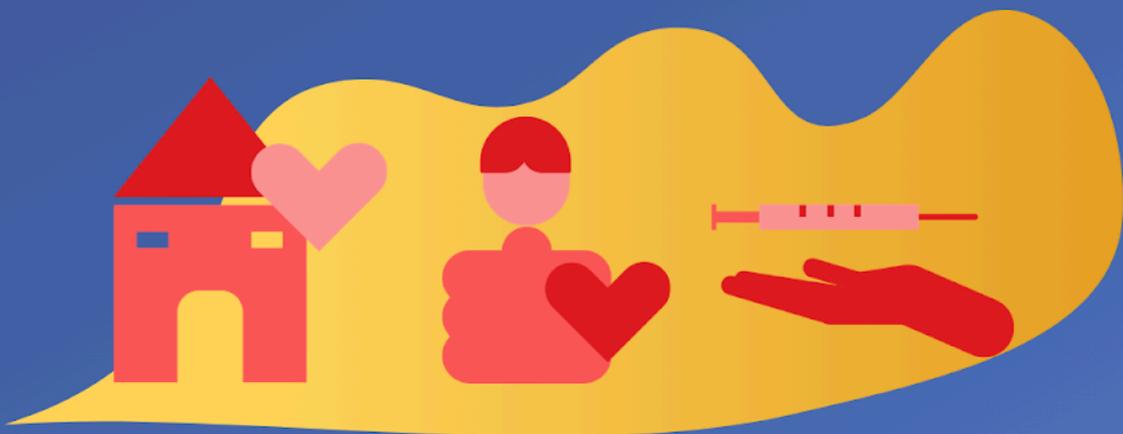


ESTIGMA & DISCRIMINACIÓN

Relacionado con el Abuso de Sustancias





Autor Principal: **Oscar Hugo Espin García**

Autores: **Jorge Molina Aguilar, Dulce María Pallero, Martin Ignacio Díaz Velásquez**

Editora: **Daniela Kreher**

Esta obra está disponible bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Bajo los términos de esta licencia, se puede copiar y distribuir siempre que se cite adecuadamente y sea para fines no comerciales. No está permitido adaptar, remezclar o modificar el documento.

Cita sugerida:

Espin García, O. H., Díaz Velásquez, M. I., Molina Aguilar, J., & Pallero, D. M. (2021). Estigma y Discriminación Relacionado con el Abuso de Sustancias. Deconstruyendo Sofismas hacia Políticas Públicas Humanitarias. D. Kreher (Ed.), por Knowmad Institut. Knowmad Institut gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt), Viena, Austria.

<https://knowmadinstitut.org/es/2021/04/estigma-y-discriminacion/> Licencia: CC BY-NC-ND 4.0

Licencia: **CC BY-NC-ND 4.0**



Journal of the European Institut for Multidisciplinary Studies on Human Rights & Science

ISSN: 2752-1400 | Volume 3, Issue 2, March 2022 | #RethinkProcess

ORIGINAL SOURCE ON:

<https://knowmadinstitut.org/es/2021/04/estigma-y-discriminacion/>

Knowmad Institut gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt)
Grimnitzer Str. 11, 16247 Joachimsthal | Germany, Contact: contact@knowmadinstitut.org

El Instituto Europeo de Estudios Multidisciplinarios sobre Derechos Humanos y Ciencias es reconocido por las autoridades alemanas como una Entidad de Interés Público para la Promoción de la Ciencia y la Investigación bajo el Registro No. HRB 14178 FF (District Court of Frankfurt Oder).



Dona & Apoya Nuestro Trabajo

IBAN: DE53 1705 2000 0940 0577 43 | **BIC/SWIFT:** WELADED1GZE |

HOLDER: Knowmad Institut gUG | **BANK:** Sparkasse Barnim

<http://bit.ly/ShareLoveKI>

Made in Germany



Estigma y Discriminación

Relacionado con el Abuso de Sustancias

Deconstruyendo Sofismas hacia Políticas Públicas Humanitarias

ES | Abstract: En las últimas décadas, se ha documentado en la investigación a nivel internacional, que el estigma y la discriminación constituyen una de las principales barreras para la atención en el ámbito del abuso de drogas en todo el mundo. Objetivo: Mostrar los hallazgos de la literatura internacional acerca de poblaciones específicas que experimentan estigma o discriminación como una de las principales barreras para la atención en el abuso de sustancias así como dar cuenta del desarrollo de políticas públicas anti estigma en salud mental y adicciones en consonancia con los objetivos 3, 10 y 16 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Palabras Clave: Abuso de Sustancias, Estigma, Discriminación, Salud Mental, Dignidad Humana

EN | Abstract: Over the past few decades, international research has documented that stigma and discrimination is one of the major barriers to care in the field of drug abuse worldwide. Objective: To show the findings of the international literature about specific populations that experience stigma or discrimination as one of the main barriers to care in substance abuse as well as to account for the development of public policies against stigma in mental health and addictions in consonance with goals 3, 10 and 16 of the Sustainable Development Goals.

Keywords: Substance Abuse, Stigma, Discrimination, Mental Health, Human Dignity



INTRODUCCIÓN	5
PREJUICIO, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	6
ESTIGMA Y ABUSO DE SUSTANCIAS	8
ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	13
REFLEXIONES ACERCA DEL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACÍA LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS	16
DISCUSIÓN	17
RECOMENDACIONES	19
REFERENCIAS	23



INTRODUCCIÓN

En el año 2019 se registró que, cerca de 271 millones de personas alrededor del mundo, consumieron algún tipo de droga ilegal, uno de cada 20 adultos entre 15 y 64 años ha utilizado por lo menos una droga en su vida, además de que alrededor de 35 millones de personas padecen trastornos por uso de sustancias y solo una de cada siete recibe tratamiento, de ahí la importancia de abordar en la investigación en estos temas (UNODC, 2019).

La investigación internacional ha documentado que el estigma y la discriminación como una de las principales barreras para la atención en el campo de las adicciones (Room, 2005; Kulesza et al., 2014; Krawczyk et al. Al., 2015; Cama et al., 2016; Yang et al., 2017; Volkow, 2020). Los consumidores de drogas son percibidos socialmente como personas incapaces de autocontrol, responsables de su propio comportamiento (Corrigan et al., 2009) y esta percepción podría impactar en su proceso de recuperación y bienestar emocional. Se han identificado exclusión, rechazo y otras prácticas discriminatorias como el abuso físico y verbal en usuarios de drogas que acuden a tratamiento (Redko et al., 2007; Gueta, 2017; Mora-Ríos et al., 2017, Rafful et al., 2019). Asimismo, se ha reportado en la investigación que el estigma y la discriminación no solo provienen de la población en general, sino también del personal de salud que labora en el campo de la atención en esta área (Ford, 2011; van Boekel et al., 2013). Las personas privadas de la libertad, grupos minoritarios, migrantes y personas desplazadas también enfrentan obstáculos adicionales para recibir tratamiento debido al estigma y discriminación (UNODC, 2020).

El abuso de sustancias se refiere al uso nocivo (*harmful*) y peligroso (*hazardous*) de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol y drogas ilegales (WHO, 2020). El impacto que tiene el abuso de sustancias en el ámbito de la salud puede conducir al síndrome de dependencia -dependence síndrome¹ así como en la alta incidencia en los costos de la atención a la salud debido a la comorbilidad de los problemas de abuso de sustancias con padecimientos físicos como enfermedades infecciosas como VIH y hepatitis c, enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, respiratorias, cáncer y padecimientos mentales (NIDA, 2017).

¹ Un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan después del consumo repetido de la sustancia como puede ser tener un fuerte deseo de tomar la droga o no tener la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, priorizar el consumo frente a otras actividades y desarrollar tolerancia a la droga (WHO, 2019)

A nivel social, las implicaciones del uso de sustancias se observan, en distintas “formas de violencia que se pueden asociar con el crimen organizado, vinculándose en actividades de compra y venta de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas” (Medina-Mora et al., 2013, p.67). De ahí que, las estrategias que los países han adoptado para hacer frente a esta problemática, se han caracterizado por basarse principalmente en el castigo y la criminalización de las personas (Volkow et al., 2017).

I. PREJUICIO, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Debido a las diversas disciplinas que se han interesado en los temas de exclusión, estigma y discriminación, el desarrollo de investigaciones sobre el estigma y el abuso de sustancias sugiere un enfoque transdisciplinario (Greaves et al., 2015). La psicología social, promovió estudios pioneros a través de la propuesta de Gordon Willard Allport (1955) La naturaleza del prejuicio, enuncia algunas características del proceso de estigmatización. Da cuenta del origen histórico de la palabra prejuicio: para los antiguos (griegos) *praejudicium* significaba precedente o un juicio que se basa en decisiones y experiencias previas; el examen consideración de los hechos: un juicio prematuro o apresurado. El término que se utiliza actualmente hace referencia a un estado de ánimo favorable o desfavorable que acompaña a ese juicio previo e infundado, es decir, pensar mal de los demás sin tener motivos suficientes. En este sentido, define el prejuicio como "una actitud hostil o anticipatoria hacia una persona que pertenece a ese grupo, suponiendo así que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo" (Allport, 1955, p. 22). Para el autor, el prejuicio constituye una actitud personal que se fundamenta en creencias generalizadas, dotado de una carga de valor moral, se expresa a través de diferentes actos negativos que van desde hablar mal, evitar el contacto con el grupo, discriminar, agresiones físicas y exterminio de la población –genocidios–.

Casi simultáneamente, la Sociología a través de Erving Goffman (1963) desarrolló el primer trabajo que aborda la salud mental y los procesos de interacción social entre sujetos en su libro *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. El origen de la palabra, dice Goffman (1963) proviene del griego, ellos crearon el término estigma –*stigmata*– para referirse a los signos corporales, destinados a mostrar algo inusual y malo sobre el estado moral del portador. Los letreros estaban grabados o marcados en el cuerpo e informaban que el portador era un esclavo, un malhechor o un traidor, una persona corrupta, espiritualmente impura que tenía que ser evitada, especialmente en lugares públicos.

Goffman define el estigma como "un atributo profundamente desacreditador que hace que una persona sea diferente de otra" (Goffman, 1963, p.14). Asimismo, clasifica el estigma en tres dimensiones: a) abominaciones del cuerpo, comprende las malformaciones o deformidades físicas. b) los defectos de carácter del individuo y c) el estigma tribal caracterizado por la raza, nación o religión de las personas. El defecto del carácter del individuo se percibe como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, en este parámetro aparecen personas con trastornos mentales, reclusiones, drogadicciones, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y comportamiento político extremista.

Décadas más tarde, la propuesta de Bruce G. Link y Jo C. Phelan incorpora importantes supuestos en lo que ellos llaman teoría del etiquetado modificado. Link y Phelan (2001) afirman que la experiencia de la estigmatización es personal y como tal forma parte del mundo social. "El estigma es un proceso dinámico y cambiante que comienza con la construcción de diferencias en el color de piel o género, produciendo etiquetado, vinculándose con prejuicios y estereotipos definidos, provocando distanciamiento social o segregación entre los que están dentro de "nosotros" y los de fuera "ellos", lo anterior resulta en la degradación del individuo (pérdida de estatus) y discriminación de las personas etiquetadas, en todo momento existen relaciones asimétricas" (Link & Phelan, 2001, p.367).

La teoría del etiquetado considera que una etiqueta psiquiátrica puede poner en marcha una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que se aplican al individuo que la padece, por otros, pero también por la misma persona (Link, 1987). Asimismo, en la teoría modificada del etiquetado Link *et al* (1989), refieren que visibilizar la devaluación y discriminación que genera el etiquetado interfiere con el acceso de las personas a oportunidades sociales, económicas y de bienestar.

Por otro lado, desde Antropología, Raybeck (1988) hace una crítica a la teoría del etiquetado, se posiciona hablando de la desviación (*deviance*) de lo social y cultural. En toda la sociedad se crean prácticas, estructuras e instituciones sociales para controlar, contener y reprimir ciertos tipos de comportamientos considerados aberrantes o desviados de la norma, estas mismas instituciones y prácticas conducen a la exclusión social y la estigmatización de la enfermedad. Para este autor, uno de los resultados del proceso de etiquetado está siempre dirigido a los "desviados", que se encuentran en una posición de "outsider" o "fuera de", donde la disponibilidad para interactuar con otros grupos de la sociedad es limitada.

El autor propone que el tamaño y la escala de la unidad social son factores importantes que entran en juego en los procesos de etiquetado y estigmatización. “Las estructuras sociales y familiares que se encuentran históricamente en las sociedades preindustriales y que prevalecen en los países pobres, podrían ejercer un efecto comparativamente benigno o protector sobre quienes padecen enfermedades mentales” (Raybeck, 1988, p. 37).

En años más recientes, Pedersen (2005) se interesó en desarrollar el concepto de estigma desde una perspectiva de salud mental. La propuesta del autor entiende el estigma “como un concepto dinámico dado por la temporalidad, se construye a partir de relaciones interpersonales ancladas en el contexto de los individuos. El estigma es un producto social relacionado con la regulación de la institucionalización y las ideologías que las sustentan, así como con las decisiones que toman los individuos, sociedades y estados” (Pedersen, 2005, p. 2).

Volviendo a la propuesta de Raybeck, los comportamientos estigmatizados variarán de una cultura a otra, a su vez esto se define por la temporalidad. Al respecto, Pedersen (2005) dice que explorar el estigma psiquiátrico en sociedades “tradicionales” o “no occidentales” tiene una cierta complejidad debido a que existe una clasificación diferente de enfermedad mental, donde la distinción entre “psiquiátricos” y “no psiquiátricos”. La enfermedad a menudo es borrosa o simplemente no existe de la misma manera que lo hace en las sociedades occidentales cosmopolitas.

Según Sartorius (2006), se puede resumir que la estigmatización puede derivar en discriminación negativa, lo que a su vez conlleva numerosas desventajas en cuanto al acceso a la atención, mal servicio de salud, momentos frecuentes que pueden dañar la autoestima así como estrés adicional que puede empeorar la condición de la persona “etiquetada” y, por lo tanto, la “etiqueta” se vuelve aún mayor, haciendo que la persona sea más propensa a ser identificada y estigmatizada. En este sentido, la discriminación se define como “acciones realizadas por un grupo dominante o por un miembro del grupo, con el objetivo de dañar a otros individuos que forman parte de grupos menos dominantes” (Huddy et al., 2013).

II. ESTIGMA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

En la revisión internacional del estigma y el abuso de sustancias, investigaciones en los Países Bajos, Canadá, Australia, Inglaterra y los Estados Unidos han documentado la forma en que los profesionales de la salud desarrollan el estigma y la discriminación contra las personas que usan drogas.

La revisión sistemática realizada en los Países Bajos por van Boekel et al. (2013) se encontró que las actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia los pacientes

con adicción al alcohol u otras drogas toman el rumbo de una mala comunicación entre profesionales y pacientes, lo que produce una disminución de la alianza terapéutica y la atribución errónea de enfermedad física con síntomas de uso de sustancias. En Ontario, Canadá, Heskell et al. (2016) compara una comunidad urbana con una rural, cómo los usuarios de drogas y sus familiares reportan actitudes negativas por parte de los profesionales de la salud, atribuyendo la responsabilidad de la atención inadecuada al equipo de salud por estigma y desconocimiento sobre cómo cuidar a las personas con el uso problemático de drogas.

En Australia, un estudio cualitativo sobre personal de enfermería (Ford, 2011) muestra cómo el cuidado de pacientes que consumen drogas ilícitas representa un desafío emocional y potencialmente inseguro para los profesionales de la salud, debido a la percepción que se tiene sobre la existencia de violencia, manipulación e irresponsabilidad por parte de los pacientes. De manera similar, en una investigación realizada con médicos generales en Londres, Inglaterra, McGillion et al. (2000), exponen cómo los pacientes con problemas de abuso de drogas a menudo son percibidos como manipuladores, agresivos, groseros y poco motivados. De forma complementaria, el estudio de Meltzer et al. (2013) realizado con 128 residentes de medicina interna de un hospital de Nueva York, aborda las actitudes hacia diferentes tipos de pacientes a través de la Escala de Condición Médica y se encontró que los residentes de primer año son aquellos que tienen recursos limitados para atender a las personas que consumen drogas, además de manifestar una forma reservada de mejorar su actitud hacia esta población.

En los países de América del Norte, particularmente en Canadá, se han desarrollado investigaciones que muestran que el estigma se produce en torno al uso de opioides. Este tipo de investigación surge como resultado de la llamada crisis de opioides y drogas inyectadas donde la región de Ontario tiene la mayor prevalencia de muertes por sobredosis (Fischer & Rhem, 2017; Hadland & Kertesz, 2018). McCradden et al. (2019) muestran que la forma en que se reproduce el estigma de los opioides depende del contexto de uso, la identidad social y las redes de la persona que usa el opioide, así como el tipo de opioide que se usa, incluidas las formas de tratamiento no prescritas.

De acuerdo con la revisión y análisis de 49 artículos sobre el tema, se determinó que existen cuatro tipologías relacionadas con el uso de opioides:

- 1) estigma interpersonal y estructural hacia las personas que acuden a terapia con agonistas opioides (OAT);
- (2) estigma relacionado con los opioides para el tratamiento del dolor crónico;
- (3) estigma en los entornos sanitarios; y
- (4) autoestigma.

“El estigma relacionado con los opioides permea los niveles intrapersonal, interpersonal, estructural y social, y las personas que usan opioides están marginadas en todos los niveles, esta tipología puede servir para tener consideraciones para reducir el estigma en los servicios de salud” (McCadden et al., 2019, p. 205)

La investigación actual se ha llevado a cabo en personas que se inyectan drogas (PID) en países como Australia, Rusia y Estonia mediante el uso de escalas que miden el auto estigma, Cama et al. (2016), realizaron un estudio donde reclutaron personas que se inyectan drogas en un programa de agujas y jeringas ubicado en la ciudad de Sydney. En esta investigación se adapta la Escala de Estigma Internalizado para la Salud Mental (ISMI) y se sugiere que existe una asociación entre el autoestigma con episodios depresivos, baja autoestima y uso severo de drogas inyectadas durante el último mes, además el estigma internalizado entre las personas que se inyectan drogas tiene un impacto implícito en la salud mental del individuo.

En la región noreste, Burke et al (2015), desarrollaron un estudio comparativo entre dos ciudades de Europa, las personas que usan drogas inyectables fueron reclutadas a través de un muestreo dirigido, así como aquellos que indicaron ser VIH positivos fueron incluidos en la muestra 381 participantes en San Petersburgo (Rusia) y 288 en Kohtla-Järve (Estonia). La investigación muestra cómo las personas que se inyectan drogas son frecuentemente discriminadas, asociando su salud física y mental con ser posibles portadores del VIH.

En América Latina, el país que ha desarrollado más investigaciones sobre personas que consumen cocaína base (crack) es Brasil, mostrando una fuerte evidencia, Krawczyk et al. (2015) realizaron una investigación cualitativa en dos ciudades (Sao Paulo y Río de Janeiro), utilizaron entrevistas semiestructuradas para explorar las percepciones de los consumidores habituales de crack para comprender cómo los factores sociales y ambientales, incluidos el estigma y la marginación, influyen en el uso inicial, así como una serie de problemas sociales y de salud que pueden surgir de forma temporal o permanente.

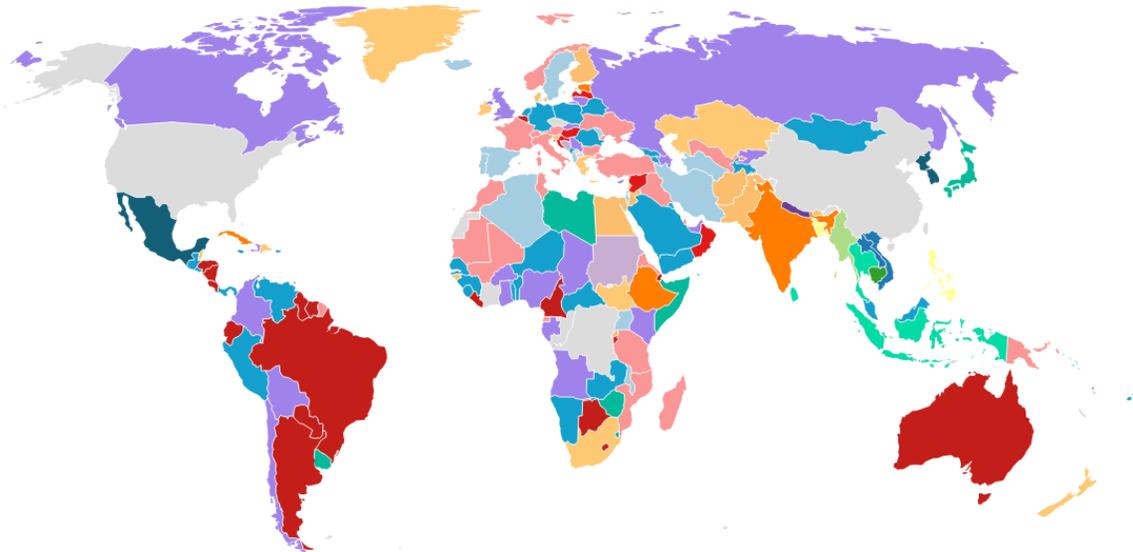
Algunos de los hallazgos de la investigación abordaron preocupaciones comunes entre los usuarios, incluido el uso excesivo de crack, la participación en hábitos de riesgo, el uso poco frecuente de los servicios de salud, la marginación y la dificultad para reducir el uso. Asimismo, en Porto Alegre, Bard et al. (2016) señalan que los consumidores de crack sufren las consecuencias de ser etiquetados y estereotipados como seres indeseables e improductivos, lo que promueve una posición inferior en la jerarquía social, lo que puede tener un efecto negativo en sus oportunidades como ciudadanos, la pérdida de estatus, se convierte en el base para la discriminación, que genera estereotipos y separación.

En México, la investigación sobre estigma en la población general muestra que las personas que padecen un trastorno mental están sujetas a un mayor estigma y discriminación, el uso de sustancias y la esquizofrenia son las condiciones más estigmatizadas (Mora-Ríos et al., 2013) debido a que las personas que consumen drogas son consideradas responsables de su condición (Mora-Ríos & Bautista, 2014). A nivel federal en México, se han realizado investigaciones sobre la presencia de estigma en personas que consumen drogas. Un estudio de la población femenina en prisión muestra cómo el abuso de sustancias afecta a las reclusas en mayor medida que a otras mujeres y que su situación las hace más susceptibles de influencia y predominio en las conductas de abuso de sustancias. "Aspectos como el bajo nivel educativo, las limitadas habilidades para el trabajo, la exposición a la estigmatización y la discriminación acentúan esta vulnerabilidad, que representa dificultades para acceder a tratamiento para este tipo de problemas" (Romero et al., 2010, p. 599).

En un estudio sobre el estigma relacionado con la adicción realizado por Mora - Ríos et al. (2017), se analizó una submuestra de 9 usuarios de alcohol y drogas, 10 familiares y 16 profesionales de la salud, se encontró que los mayores generadores de estigma son la familia, los profesionales de la salud, los grupos de autoayuda, los compañeros de clase, otros usuarios de drogas y centros de tratamiento. Además, los hallazgos de la investigación muestran que las prácticas más comunes hacia los consumidores de drogas incluyen la indiferencia, el rechazo, el distanciamiento, la sobreprotección, el abuso físico y el abuso psicológico. Uno de los temas que surgen es la internalización del estigma, que ocurre cuando la persona que consume alcohol y drogas, asume los estereotipos asociados a la adicción y se los aplica a sí misma.

Porcentaje de la población con trastornos de salud mental y de consumo de sustancias.

El mapa muestra el cambio relativo de 1990-2017 del porcentaje de la población con cualquier trastorno de salud mental o de consumo de sustancias; esto incluye la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, la esquizofrenia, los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas.



Debido al infradiagnóstico generalizado, estas estimaciones utilizan una combinación de fuentes, incluyendo registros médicos y nacionales, datos epidemiológicos, datos de encuestas y modelos de metarregresión. A la fecha de publicación de este documento no existen datos disponibles sobre los efectos de la pandemia de la COVID-19.

Map: Knowmad Institut gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt) | By: Martin Ignacio Díaz Velasquez •
 Source: PREVALENCE - MENTAL AND SUBSTANCE USE DISORDERS - SEX: BOTH - AGE: AGE-STANDARDIZED (PERCENT)
 Variable time span 1990 – 2017 Data published by Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.
 • Created with Datawrapper

III. ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

El tema del estigma y la discriminación ha cobrado auge en la última década, en enero del año 2020, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) realizó la reunión llamada “Inclusion not exclusión” en la que participaron 50 expertos que incluyo a investigadores de países como Canadá, Australia, Uruguay, México, así como miembros de la sociedad civil, en la que se abordaron las implicaciones sociales del estigma para las personas que consumen drogas, lo que representa uno de los asuntos prioritarios en la agenda internacional (UNODC, 2020).

Entre las prácticas propuestas en dicha reunión para combatir el estigma y la discriminación destaca la educación de profesionales de la salud y otros proveedores de servicios así como una comprensión cuidadosa y apropiada de la evidencia científica (Corrigan, 2016b), modificar el lenguaje al referirse al uso y abuso de sustancias (Kelly et al., 2016; Corrigan, 2018), apoyar la participación significativa de personas con experiencias vividas para el desarrollo de políticas y servicios (Corrigan, 2018), así como ampliar el contacto con la población de usuarios de drogas (Ronzani et al., 2017).

Con relación a las intervenciones anti estigma, Mascayano et al. (2019) proponen la necesidad de ampliar la investigación en esta línea, principalmente en América Latina por la brecha que existe entre los países de bajos y altos ingresos, lo cual implica emplear procesos de adaptación cultural, mejores diseños de investigación, con períodos de seguimiento más largos y estrategias más adecuadas para incorporar características culturales relevantes de cada comunidad.

Actualmente Canadá es el país pionero en focalizar sus esfuerzos en una política de salud que busca erradicar el estigma y la discriminación en varias condiciones que se intersectan: el racismo experimentado por las primeras naciones: pueblos inuit y métiis; el racismo experimentado por los africanos, caribeños y canadienses negros; estigmas experimentados por personas LGBTQ+ (estigma sexual y estigma de identidad de género); estigma de enfermedad mental; estigma en el uso de sustancias; estigma del VIH y estigma de obesidad (Tam, 2019).

Con la finalidad de mostrar un ejemplo de política pública anti estigma, Jacob & Skinner (2015) hacen un análisis crítico de una estrategia pública para reducir el estigma hacia la enfermedad mental y uso de sustancias en población general, la campaña se desarrolló en Toronto, Canadá, por medio del Centro para la Adicción y Salud Mental (CAMH). Los autores explican que CAMH lanzó la primera etapa de la campaña de tres partes “Defeat Denial” en junio de 2012. “La campaña comenzó con una promoción inicial en paradas de transporte público a finales de mayo de 2012 en la cual el CAMH, no fue nombrado, focalizada en el área metropolitana de Toronto, la campaña comenzó formalmente a principios de junio de 2012 con anuncios publicitarios en cines, así como carteles publicitarios, metro, radio, periódicos y anuncios en línea. Con el objetivo de fomentar una



conversación pública más amplia, la campaña incluyó un componente interactivo en línea, a través de los sitios de redes sociales Facebook y Twitter, así como a través de un sitio web dedicado a la misma. El objetivo de la campaña era desafiar el estigma asociado con la enfermedad mental al fomentar a la población a repensar sus percepciones de la enfermedad mental y la adicción, así como a crear conciencia sobre el trabajo de CAMH” (Jacob & Skinner, 2015, p.7-8).



Prevalencia de los trastornos de salud mental (2017)

Estimaciones sobre la prevalencia de los trastornos de salud mental y la carga de enfermedad asociada. Los datos muestran que para 2017, al menos 792 millones de personas vivían con un trastorno de salud mental. Esto supone algo más de una de cada diez personas a nivel mundial (10,7%)

Trastorno	Porcentaje de la población mundial que padecen un trastorno (2017) [diferencia entre países]	Número de personas que padecen el trastorno (2017)	Porcentaje de mujeres que padecen el trastorno (2017)	Porcentaje de hombres que padecen el trastorno (2017)
Cualquier trastorno de salud mental	10.7%	792,000,000	11.90%	9.30%
Depresión	3.4% [2-6%]	264,000,000	4.10%	2.70%
Trastornos de ansiedad	3.8% [2.5-7%]	284,000,000	4.70%	2.80%
Trastorno bipolar	0.6% [0.3-1.2%]	46,000,000	0.65%	0.55%
Trastornos alimentarios (anorexia y bulimia clínicas)	0.2% [0.1-1%]	16,000,000	0.29%	0.13%
Esquizofrenia	0.3% [0.2-0.4%]	20,000,000	0.25%	0.26%
Cualquier trastorno mental o por consumo de sustancias	13% [11-18%]	970,000,000	13.30%	12.60%
Trastorno por consumo de alcohol	1.4% [0.5-5%]	107,000,000	0.80%	2.00%
Trastorno por consumo de drogas (excluido el alcohol)	0.9% [0.4-3.5%]	71,000,000	0.60%	1.30%

Los trastornos de salud mental son complejos y pueden adoptar muchas formas. Las fuentes subyacentes de los datos presentados en este cuadro aplican a definiciones específicas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS. Esta amplia definición incorpora muchas formas, como la depresión, la ansiedad, la bipolaridad, los trastornos alimentarios y la esquizofrenia.

Table: Knowmad Institut gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt) | By: Martin Ignacio Díaz Velásquez | 2021 •

Source: Hannah Ritchie and Max Roser (2018) - "Mental Health". Published online at OurWorldInData.org • Created with Datawrapper

IV. REFLEXIONES ACERCA DEL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACÍA LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

A través de la encuesta de estigma y discriminación relacionado con el abuso de sustancias, se recabó información de diez participantes. Cuatro mujeres y seis hombres, con perfiles profesionales orientados a la Psicología Clínica, Psiquiatría, Historia, Bibliotecología, Economía e Ingeniería Química.

Ocho de los participantes afirmaron conocer qué es el estigma y la discriminación hacia las personas que usan drogas. No obstante, solo cinco reconocieron que el estigma público, fomenta un estereotipo de las personas que usan drogas, basada en la asociación del uso de drogas ilegales con la delincuencia así como una imagen negativa de quienes consumen, como mala influencia a otras personas que no lo hacen.

Una participante reconoció la existencia de estigma estructural, el que tiene que ver con un conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas que restringen los derechos y oportunidades de las personas con enfermedades mentales, legitiman las diferencias de poder, reproducen las inequidades y la exclusión social, ya que “se orienta a invisibilizar a los individuos por parte de las autoridades”.

Dos participantes expresaron prácticas muy concretas que definen a la discriminación, una es el abandono familiar así como el abuso físico y psicológico mediante la indiferencia y el menosprecio de las necesidades elementales de la persona, como es la restricción de la alimentación y la negligencia durante el tratamiento.

De manera muy específica, un participante que labora directamente en servicios de atención psiquiátrica, reconoció la existencia de estigma interseccional, el que refiere a la interacción de múltiples condiciones de vulnerabilidad en el uso de drogas y sus barreras para acceder a tratamiento, como: género, abuso físico y mental, comorbilidad, falta de apoyo social, inequidades sociales y de salud así como situación migratoria o de pertenencia grupos minoritarios.

En cuanto al conocimiento sobre servicios disponibles en salud pública que atienden el abuso en el consumo de sustancias, se encontró que todos los participantes conocen la existencia de instituciones de salud a nivel público (Hospitales Psiquiátricos) y a nivel privado (psicoterapeutas, psiquiatras), asimismo, los servicios de grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, son referidos como servicios de fácil acceso, pero que representan un problema al ser violentos con la comunidad. No obstante, solo una participante refirió la existencia de servicios de reducción de daños hacia personas que usan drogas inyectadas: “servicios de intercambio de jeringas” o “salas de inyección segura”.

También se encontró que los participantes con orientación profesional a la psicología (3) y psiquiatría (1) tienen información sobre los sistemas de clasificación diagnóstica del trastorno por uso de sustancias. Comentan que estos criterios, son: La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, onceava edición (CIE 11) propuesta por la Organización Mundial de la Salud, así como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5), desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Además, hubo una mención a la existencia de modelos de atención a la salud basados en el sistema cultural.

En cuanto a las recomendaciones para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas que usan drogas, los participantes expresaron la importancia de actualizar la educación curricular de los profesionales de la salud. Promover la salud mental y educación sobre drogas hacia la sociedad en general para tener una mejor comprensión del espectro de consumo de sustancias, es decir, conocer que no todo consumo es problemático o que puede generar un trastorno por uso de sustancias. También los participantes expresaron que para que exista una concientización sobre las propias actitudes estigmatizantes y sus consecuencias en quienes buscan dejar el consumo de alguna sustancia, debe de trabajarse conjuntamente a nivel comunitario y con los medios de comunicación para tener un mejor uso del lenguaje y “desintoxicar las narrativas actuales” que existen en torno al fenómeno.

V. DISCUSIÓN

Actualmente los criterios para la evaluación de la salud mental, no se encuentran totalmente difundidos y promocionados en la población general. Los criterios ya obsoletos tienen un enfoque biologicista, que plantea recomendaciones en el abordaje comunitario mediante las denominadas *intervenciones psicosociales*, estas buscan estandarizar las estrategias de atención sin enunciar las desigualdades relacionadas con el acceso a la salud de acuerdo a las distintas regiones y culturas. Específicamente, América Latina, cuenta con sistemas de salud heterogéneos y mixtos, que incorporan una diversidad de concepciones de salud mental, y por consiguiente, de estatuto y prioridades en las políticas de salud pública.

Se requieren abordajes integrales donde el consumo que se torna problemático para la persona o su entorno comunitario, pueda afrontarse mediante estrategias de espectro

completo. Para ello, es importante profundizar en la educación a la población general y particularmente incorporar en la formación de los profesionales de la salud una perspectiva integral y crítica, con una mirada situada en las relaciones de poder geopolíticas a nivel local y en relación con los países del norte global, esta debe ser acompañada necesariamente por políticas de estado consonantes a una perspectiva integral, regional y de derechos humanos, que apunten al desarrollo de intervenciones no patologizantes y tendientes a la no violencia.

Asimismo, existe una amplia necesidad de modificar las narrativas en torno al consumo de sustancias psicoactivas que apunten a remover prejuicios y estereotipos generadores de estigma que relaciona a las personas que usan drogas con alguna patología psicofísica o como actores que promueven violencia o crimen.

En este sentido, el problema del narcotráfico no puede ser pensado como escindido de la discusión, en tanto que la ilegalidad de ciertas sustancias acrecienta las desigualdades de quienes las consumen. Las segmentaciones geopolíticas de cada región, las desigualdades socioculturales en torno a la garantía y conservación de derechos básicos como el acceso a la tierra, una vivienda digna, salud, educación y trabajo; sumado a los conflictos militares, paramilitares y políticos en los distintos países de Latinoamérica y África, tampoco son problemas que no deban tenerse en cuenta a la hora de pensar los estigmas y discriminación que experimentan las personas en torno al consumo de sustancias psicoactivas.

Afirmamos que el acceso a drogas de diversos estándares de calidad dependerá de factores tales como la clase social, el género, los marcadores de racialización y la ubicación geopolítica en la que se encuentran las comunidades y las personas. Así como si la sustancia que se produce es para consumo interno o para su exportación.

Algunos países mesoamericanos por ejemplo designan la responsabilidad sobre la prevención y tratamientos (coercitivos) a entidades dependientes de los aparatos de seguridad pública. Lo que contribuye al deterioro de la autoridad y credibilidad de las entidades responsables de la salud pública.

La inestabilidad geopolítica del Latinoamérica en particular, muestra las profundas desigualdades socioculturales en torno a la garantía y conservación de los derechos y dignidad humana; sumado a los conflictos armados y políticos de diferentes características e intensidades son problemas que deben tenerse en cuenta a la hora de pensar los estigmas y discriminación que sufren las personas en torno al consumo de sustancias psicoactivas.



VI. RECOMENDACIONES

- ❖ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible buscan entre otros, preservar la etnósfera, para ello es necesario recuperar las estrategias comunitarias para el autocuidado y la autoatención responsable de las personas, además de visibilizar y afrontar las políticas represivas hacia los sectores más vulnerados de la sociedad como son las infancias, las mujeres, las juventudes así como de grupos minoritarios por condición migratoria, de clase y de salud.
- ❖ Promover la acción práctica de las comunidades para construir políticas que promuevan, fortalezcan y formen un sistema de salud pública acorde a sus entornos sociales basados en las necesidades que la misma comunidad identifica de acuerdo a las diversas edades de quienes la conforman. De este modo se pueden habilitar canales para el ejercicio de la ciudadanía, que interpelen a los estados a desarrollar y profundizar políticas integrales y participativas. La puesta en valor de los saberes y experiencias comunitarias es vital para aproximarnos a estos objetivos.
- ❖ Se requiere el desarrollo de herramientas pragmáticas para que exista una concientización sobre las propias actitudes estigmatizantes y sus consecuencias en la persona. Estas herramientas deben permitir a la persona sostenerse como miembro activo y valioso en su entorno social, de tal forma que no se vea inhabilitado sus derechos fundamentales de modos flagrantes. Factores que determinan los contextos del consumo y su finalidad, y permite alejarse de la patologización del consumo de sustancias.
- ❖ Trabajar conjuntamente con los medios de comunicación para tener un mejor uso del lenguaje es fundamental para “desintoxicar las narrativas actuales” y deconstruir los sofismas legitimados que existen alrededor del consumo de sustancias.
- ❖ Concientizar acerca de las Personas Que Usan Drogas (PQUD), también consiste en reconocer que la visión actual sobre estas se basa en el estigma y la discriminación y que es el resultado de un entramado de interpretaciones, que provienen de la comunidad donde las personas viven, así como también de los equipos biopsicosociales. Si se retoma la idea de Goffman (2006) mencionada anteriormente, acerca del estigma, es posible plantear que este (estigma) emerge cuando el grupo al cual un individuo pertenece identifica elementos (o un solo elemento) que lo hace diferente, ya sea a nivel físico, tribal o psicológico, en este caso, el consumo es el elemento que le hace diferente a los demás, y estos asocian dicho elemento con otros aspectos que son interpretados como

negativos, nocivos, patológicos, desagradables, entre otros. Pero el estigma, desde esta noción, no solo representa un actor diferencial, sino también un elemento que propicia una clase especial de relación, una relación que está caracterizada por un atributo específico (el consumo y las atribuciones a este) y los estereotipos.

- ❖ Promover una visión alejada del estigma y la discriminación, amerita profundizar en las interpretaciones y las redes de interpretaciones de las cuales emergen de una serie de ensamblajes donde están presentes conocimientos previos, por ejemplo, y, que se viven en el cotidiano y están presentes en la realidad social. Indagar en los procesos de subjetivación (Guattari, 1996) será necesario, tanto desde los procesos donde los individuos que consumen algún tipo de sustancia se asumen así mismos y se identifican con diferentes estereotipos, estigmas e inclusive formas de discriminación entre ellos. Como los procesos de subjetivación relacionados a otros actores sociales de igual importancia por su interacción con las personas que consumen algún tipo de sustancia, el personal médico sanitario, por ejemplo. La subjetivación es un "Conjunto de condiciones por las que instancias individuales y/o colectivas son capaces de emerger como Territorio existencial sui-referencial, en adyacencia o en relación de delimitación con una alteridad a su vez subjetiva" (p.20).
- ❖ Estos procesos de subjetivación, y luego de protosubjetivación permiten comprender que el estigma y la discriminación forman parte del entramado que emerge de y en la sociedad a través de sus "máquinas sociales", las cuales son el resultado de una cadena de eventos históricos. En palabras del mismo Guattari (1996) se expresa la relevancia que tiene analizar los procesos de subjetivación, el autor comenta que "Por esta razón deben tomar un lugar eminente en el seno de las conformaciones de subjetivación, llamados a su vez a relevar a nuestras viejas máquinas sociales, incapaces de seguir la eflorescencia de revoluciones maquínicas que hacen estallar nuestro tiempo por todas partes" (p.72).
- ❖ La comprensión de la discriminación y el estigma, desde la obra de Caosmosis en Guattari (1996) específicamente en su *método cartográfico multicomponencial* nos permite comprender la coexistencia entre el proceso de subjetivación y la posible reapropiación, y resultado de ella, "una autopoiesis de los medios de producción de la subjetividad". Esto nos permite explorar cómo las categorías mencionadas representan la superposición de múltiples estratos de subjetivaciones, estratos heterogéneos y hegemónicos, que se extienden en diferentes universos, profesionales y no profesionales, y que sostienen una consistencia en sus variables: las atribuciones resultado del estigma y la respuesta discriminatoria. Esto superpuesto a las sujeciones familiares y comunitarias, pero también enfocado en comprender que las prácticas actuales son fruto de un sistema social basado en modelos médicos hegemónicos y categorías nominales y normales cimentadas en un proceso histórico caracterizado por relaciones de poder a través

del saber biomédico, desde la época de la *episteme* clásica. En las interpretaciones acerca de las personas que consumen sustancias, se encuentran flujos y "maquinarias abstractas" que no solo permean en el inconsciente de la estructura y el lenguaje, sino también en la praxis cotidiana, materializándose en discriminación continuidad del estigma.

- ❖ Desde esta noción tradicional y un poco canónica acerca de las personas que consumen algún tipo de sustancia, los procesos de subjetivación parten de una idea base donde estas personas no solo se alejan de los estereotipos o visiones de "normal" y deseado por la sociedad. Sino que también se promueve una representación que abona a la persistencia de acciones, discursos, basados en una interpretación que infravalora a quienes consumen sustancias psicoactivas, pues les cataloga de forma desagradable e incluso patológica para la sociedad.
- ❖ Desde el *método cartográfico multicomponencial* de Guattari (1996) es posible comprender la subjetivación pática en el discurso de las y los participantes, pues en la raíz de todos los modos de subjetivación hay oculta una subjetivación racionalista y captalística que está soslayada a través de una apropiación casi dogmática de los conceptos que emergen del modelo biomédico acerca de "consumo", "salud mental", "salud", "sustancias", entre otros. Los eslabones discursivos no solo reflejan estos universos propios de la formación y el discurso dominante en las culturas occidentales, sino también la manera en que la ciencia es comprendida por encima de los factores de subjetivación, como la expresión de un discurso único y omnicomprensivo.
- ❖ Es relevante comprender la constitución del individuo que consume sustancias psicoactivas, legales, ilegales o ilegítimas dependiendo su cultura, es en sí misma la anatomía de una serie compleja de subjetivación, donde es posible evidenciar individuo-grupo-máquina-estigma-sociedad-comunidad-intercambios-multiplicidad es-cultura-discriminación-economía-sistema-paradigma-ciencia-enfermedad. Estos complejos ofrecen a las personas diversas posibilidades de vivir en la cotidianidad su condición, e incluso su corporeidad existencial, pues viven en el día a día una serie de "atolladeros" repetitivos que no siempre les facilitan el proceso de resignificación y resingularización. Es aquí donde imperan subjetividades que se encuentran cristalizadas en "complejos estructurales" y estructurales potenciales que se evidencian en los discursos de esta investigación, y que dependen de paradigmas dominantes y estructuras de poder que definen y re-definen a las personas que consumen sustancias, de acuerdo a intereses particulares y a la *inercia cultural*, que tiene a la base, por un lado la ausencia de un pensamiento crítico y por otro lado, la presencia de un modelo dominante, entonces, cuando se proponen nuevas modalidades de comprender esta subjetivación, se forman resistencias que tienen como objetivo regresar al modelo tradicional, una y otra vez, como una especie de eterno retorno, en un sentido nietzscheano.



- ❖ De este análisis, las propuestas deberán centrarse en comprender el proceso de subjetivación no solo en quienes consumen sustancias, sino también en la sociedad y la cultura que les rodea. Deberá centrarse, en procesos de subjetivación entre quienes consumen y los sistemas que les rodean, prestando especial atención también en los procesos que Guattari (1996) llama "maquínicos" y que son más que humanos, pues ellos contienen abstracciones, formaciones sistémicas, estructurales, incluso con los animales y con las formaciones discursivas, en quienes padecen algún tipo de enfermedad, en los actores sociales significativos, pero sobre todo en una clase aún más importante y subestimada, a la cual pertenecen muchos de los discursos encontrados en esta investigación y que muy bien define Guinsberg y Oury: los normópatas (Guinsberg, 1994; Jean Oury, citado Guattari, 1996).
- ❖ Los normópatas y su relación con la normalidad aceptada, sin mayor análisis, y con una solemne pasividad, han presentado desde mucho tiempo "la nueva subjetividad", ofreciendo a individuos transgresores de esta normalidad, la culpa, el estigma y la discriminación. Esto marca una parte imprescindible de los dispositivos que sostienen las estructuras y sistemas sociales, basados en el sometimiento y la patologización, pero que en realidad son un regreso a viejos imperios y prácticas, esas máquinas de sometimiento provienen de antiguas órdenes feudales, y visiones reterritorializadas sobre la normalidad y la anormalidad.
- ❖ Ante la inercia cultural que esta situación representa en algunos países, es común encontrar presencia de un modelo médico hegemónico, caracterizado por la promoción de una medicalización del cotidiano, en consecuencia, etiquetar a individuos que consumen sustancias es una práctica no sólo común, sino bienvenida e incluso deseable. Y por tanto, promover una visión desde la interculturalidad será importante, pues esta permite retornar a los fundamentos ontológicos a través de los cuales se han valorizado todos los dominios existentes en torno a las personas que consumen sustancias. Por ejemplo, no todas las culturas tienen la misma visión acerca del consumo, ni de lo "normal" y lo "anormal", y mucho menos de categorías que son comprendidas en occidente como binarias y separadas, tales como la enfermedad y la salud, lo físico y lo mental. La comprensión del consumo debería partir de entenderle como un hecho social-cultural e histórico, comprendido desde los múltiples niveles de subjetivación, los cuales permiten ver más allá de una simple tipificación, esto abre nuevos debates y recupera antiguos cuestionamientos, pero sobre todo, aporta una visión del consumo que tiene punto de partida desde la interculturalidad, desde el individuo, desde la sociedad, desde la comunidad, desde lo humano y lo no-humano, desde su relación con la naturaleza, desde su cosmovisión, desde un pluralismo disciplinar, pero sobre todo, desde una nueva visión de la humanidad, una donde impere la comprensión, la empatía y el respeto a la diversidad.



REFERENCIAS

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge. Addison-Wesley Publishing Company
- Burke, Calabrese, Dovidio, Levina, Uusküla, Niccolai, Ollo & Heimer. (2015). A tale of two cities: Stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *Social Journal of Science & Medicine*, Volume 130, April 2015, Pages 154-161
- Cama E, Brener L, Wilson H & Von Hippel C. (2016) Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs, *Substance Use & Misuse*, 51:12, 1664-1668.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) , Secretaría de Salud (SSA). (2019). Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral. México.
- Corrigan, Kuwabara & O'shaughnessy, (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: "Findings from a Stratified Random Sample". *Journal of Social Work*, Vol 9 num 2. P139-147.
- Corrigan,PW, Schomerus,G & Smelson D. (2017). Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned?. *The British Journal of Psychiatry*, Vol.210, 180–181.
- Fischer, B., & Rehm, J. (2017). Revisiting the "paradigm shift" in opioid use: Developments and implications 10 years later. *Drug and Alcohol Review*, 37, S199–S202.
- Ford, Rosemary. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses' care of patients who use illicit drugs *Contemporary Nurse*. 2011 Feb;37(2):241-52. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires, Ediciones Manantial.
- Guinsberg, E. (1994). Psico(pato)logía del sujeto en el neoliberalismo. *Tramas* 6 (2), 21-35.
- Greaves, L, Poole, N, & Boyle, E. (2015). *Transforming Addiction: gender, trauma, transdisciplinary*. Routledge, New York and London.



- Gueta, Keren. (2017). A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug user among Israeli mothers: An intersectional perspective *Journal of Social Science and Medicine*.
- Hadland, S. E., & Kertesz, S. G. (2018). Opioid deaths in Ontario, Canada. *BMJ*, 362, k3537.
- Heskell R, Graham K, Bernards S, Flynn A & Wells S.(2016). Service user and family member perspective on services for mental health, substance use/addiction, and violence: a qualitative study for their goals, experiences and recommendations. *International Journal of Mental Health Systems*.10:9
- Krawczyk, N., Linhares- Veloso, C and Bastos F. (2015). The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduction Journal*. 12-24.
- Kulesza M, Larimer M & Rao D. (2014) Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *J Addict Behav Ther Rehabil.* ; 2(2)
- Martínez W, Galván J, Saavedra N, & Berenzon S. (2017). Barriers to Integrating Mental Health Services in Community-Based Primary Care Settings in Mexico City: A Qualitative Analysis. *Psychiatric services* 68(5), pp. 497–502.
- McCradden M, Vasilevab, D, Orchanian-Cheff , A, Daniel Z. Buchmanb, D. (2019). Ambiguous identities of drugs and people: A scoping review of opioid related stigma. *International Journal of Drug Policy*. 74, 205-215.
- McGillion J, Wanigaratne S, Feinmann C, Godden T, Byrne, A. (2000). GPs' attitudes towards the treatment of drug misusers. *Br. J. Gen. Pract.* 50, 385–386.
- Meltzer E, Suppes A, Burns B, Shuman A, Orfanos A, Sturiano C, Charney P & Fins J. (2013). Stigmatization of substance use disorders among internal medicine residents. *Journal of substance abuse*. 34,356-362. 2013.
- Mora-Rios J. Natera, Bautista & Ortega (2013). Estigma público y enfermedad mental: Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales, México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Mora-Rios J. Ortega, Natera & Bautista (2013). Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Acta psiquiátrica y psicológica de America Latina*. Volumen 59 - nº 3. Buenos Aires
- Mora-Rios, J, Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*.(37).pp 303-312.
- Mora Rios, J, Ortega- & Ma. E. Medina-Mora. (2017). Addiction – related stigma and discrimination: A qualitative study in treatment centers in México City . *Journal of substance use & misuse*.
- Rafful, C., Medina-Mora ME, González-Zúñiga, P, Jenkins J., Rangel, G, Strathdee S & Davidson P. (2019). “Somebody Is Gonna Be Hurt”: Involuntary Drug Treatment in Mexico, *Medical Anthropology*.



- Raybeck D. (1988) Anthropology and Labeling Theory: A constructive critique. Journal of the Society for Psychological Anthropology, volume 16, issue 4 December 1988, Pages 371–397
- Redko. C, Rapp. R and Carlson R. (2007). Pathways of Substance Users Linking (Or Not) With Treatment. J Drug Issues. 2007 ; 37(3): 597–618
- Rome Consensus 2.0 (2020). <http://romeconsensus.com>
- Romero M, Saldívar, G, Loyola L, Rodríguez, E & Galvan , J. (2010) Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. Salud Mental 2010;33: 499-506
- Room R. (2005) Stigma, social inequality and alcohol and drug use. Drug Alcohol Rev. 2005; 24:143–155
- United Nations Office of Drugs and Crime.(2019). World Drug Report 2019. Booklets 1-5. United Nations. Vienna.
- United Nations Office of Drugs and Crime.(2020). World Drug Report 2020. Booklets 1-5. United Nations. Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime . (2020). Inclusion, not exclusion: UNODC addresses stigma around substance use. Wien. <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2020/January/inclusion-not-exclusion-unodc-addresses-stigma-around-substance-use.html>. 20 de enero de 2020.
- van Boekel L.C, Brouwers,E, Weeghel, J & Garretsen H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. Drug and Alcohol Dependence 131. 23– 35
- Volkow N, Poznyak V, Saxena S, Gerra and the UNODC-WHO Informal International Scientific Network. (2017). Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. World Psychiatry 16:2 - June 2017.
- Yang , Wong , Grivel & Hasin. (2017). Stigma and substance use disorders: an international phenomeno. Volume 30, Number 5, September 2017.



AUTORIA

First Author – MSc. Oscar Hugo Espin García, Maestro en Ciencias, Campo Disciplinario Salud Mental Pública por la Universidad Nacional Autónoma de México, Antropólogo Social y miembro del Comité de Expertos del Knowmad Institut, Ciudad de México, oscarinvestigacion12@gmail.com

MSc. Jorge Molina Aguilar, Psicólogo y Profesor Universitario/Titulado como Master en Salud con Itinerario en Psicoanálisis, con Posgrado en Psico-oncología/ Miembro del Programa de Maestría en Ciencias Sociales UCA-UDB en El Salvador, Centroamérica, y miembro del Comité de Ética del Knowmad Institut, El Salvador
https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Molina_Aguilar

Lic. Dulce María Pallero, Licenciada en Psicología por Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata; miembro de la Red de Psicólogxs Feministas e investigadora invitada del Knowmad Institut, Argentina dulcemariapallero@gmail.com

Rev. Martin Ignacio Díaz Velásquez, Teólogo y Comunicador Social, Instituto Europeo de Estudios Multidisciplinarios sobre Derechos Humanos y Ciencias - Knowmad Institut, Alemania, mdiaz@knowmadinstitut.org.

Requests to authors – MsC. Oscar Hugo Espin García, oscarinvestigacion12@gmail.com
Rev. Martin Ignacio Díaz Velásquez, mdiaz@knowmadinstitut.org



DONATE AND SUPPORT SCIENCE & HUMAN DIGNITY

IBAN: DE53 1705 2000 0940 0577 43 | **BIC/SWIFT:** WELADED1GZE |

TITULAR: Knowmad Institut gUG | **BANCO:** Sparkasse Barnim

<http://bit.ly/ShareLoveKI>


Made in Germany

CC BY-NC 4.0 // 2020 - Knowmad Institut gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt)

Contact: contact@knowmadinstitut.org | Register Nr. HRB 14178 FF (Frankfurt Oder)

