



# ESTIGMA Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN DE HABITANTES DE CALLE QUE USAN DROGAS

## STIGMA AND PROFESSIONAL PRACTICE IN THE CARE OF HOMELESS PERSONS WHO USE DRUGS

---

### José Silverio Espinal-Bedoya

Psic. Jefe de la División Técnica. Corporación Surgir. Medellín-Colombia  
silverio@corporacionsurgir.org  
<https://orcid.org/0000-0003-0364-0487>

### Lucas Dávila

Psic, MSc. Universidad Católica Luis Amigó. Medellín-Colombia  
lucas.davilaca@amigo.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-5155-0868>

### Luz Merly Saldarriaga-Agudelo

Psic, MSc. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia  
merly.saldarriaga@udea.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-1993-890X>

### Andres Felipe Tirado-Otalvaro

RN, MSc, PhD. Profesor Titular. Facultad de Enfermería, Grupos de Investigación en Cuidado.  
felipe.tirado@upb.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0001-9010-1494>

### Daniel Ricardo Zaraza-Morales

RN, MSc. Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud. Universidad de Antioquia.  
Medellín-Colombia  
danielzaraza@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-4197-3787>

### Maricelly Gómez-Vargas

Psic, MSc. Universidad Católica Luis Amigó. Medellín-Colombia  
maricelly.gomezva@amigo.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0002-2389-7821>

### Eliana María Hernández Ramírez

Psic, MSc. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia  
emaria.hernandez@udea.edu.co  
<https://orcid.org/0000-0001-8620-6496>

### Maria Jimena Osorio-Salazar

MSc. Fundación Universitaria Claretiana. Medellín-Colombia  
jimeos29@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-0715-7348>

#### Como citar:

Espinal Bedoya, J.S., Dávila, L., Saldarriaga Agudelo, L.M., Tirado Otalvaro, A.F., Zaraza Morales, D.R., Gómez Vargas, M., Hernández Ramírez, E.M. y Osorio Salazar, M.J. (2023). Estigma y práctica profesional en la atención de habitantes de calle que usan drogas. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 23(1), 215-232. doi: 10.21134/haaj.v23i1.735

## Resumen

**Introducción.** El estigma del personal sanitario hacia las personas que usan drogas es una importante barrera para acceder a los servicios de salud. **Objetivo.** identificar de qué manera el estigma del personal asistencial que trabaja con habitantes de calle que usan drogas afecta su práctica profesional. **Método.** Se realizó una investigación cualitativa con alcance descriptivo a partir de los relatos de 32 profesionales de diversas áreas que atienden a esta población. **Resultados.** En el análisis categorial de las transcripciones de los audios se encontró una dicotomía de discursos, entre lo humanizante y lo deshumanizante hacia los habitantes de calle. **Conclusiones.** La atención brindada está permeada por los juicios previos que los profesionales tienen hacia los habitantes de calle que usan drogas y se refleja en formas de intervención que van desde las orientadas al mejoramiento de la calidad de vida hasta prácticas directivas y represivas centradas en la vigilancia, el modelamiento y el castigo.

## Abstract

**Introduction.** The stigma of health care personnel toward people who use drugs is a major barrier to accessing health care services. **Objective.** To identify how the stigma of health care personnel who work with homeless people who use drugs affects their professional practice. **Method.** Qualitative research with a descriptive scope was carried out based on the narratives of 32 professionals from different areas who work with this population. **Results.** In the categorical analysis of the transcripts of the audios, a dichotomy of discourses was found, between humanizing and dehumanizing towards street dwellers. **Conclusions.** The care provided is permeated by the previous judgments that professionals have towards street inhabitants who use drugs and is reflected in forms of intervention ranging from those aimed at improving the quality of life to the directive and repressive practices centered on surveillance, modeling, and punishment.

## Palabras clave

estigma social; trastornos relacionados con sustancias; personas sin hogar.

## Keywords

social stigma; substance-related disorders; homeless persons

## Introducción

El consumo problemático de drogas es reconocido como un asunto de salud pública, al que se suma el fenómeno de estigmatización, lo que complejiza el problema. El concepto de estigma fue introducido en las ciencias sociales por Goffman (1963), quien lo definió como una marca, una señal, un atributo desacreditador, una indeseable diferencia de lo que se supone normal. La estigmatización de las personas que consumen drogas se aumenta cuando se agregan otras condiciones como la habitabilidad en calle (Mendes et al., 2019); en Colombia el 88.2% de esta población consume drogas (DANE, 2020) y poseen afectaciones en su salud mental (Arroyave, 2016; Barbesi et al., 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Encontrar alternativas para disminuir el estigma no es por tanto una tarea sencilla e implica intervenciones integradas entre lo sanitario y lo social.

Es ampliamente reconocido que el estigma hacia las Personas que Usan Drogas (PUD) es un generador de desigualdades, exclusión social, discriminación, (Red Iberoamericana de Organizaciones no gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones [RIOD], 2019b), así como una importante causa de exclusión que limita el acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS] Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005; Tirado, 2019), que contribuye al detrimento de la posibilidad de recuperación de las personas y afecta sus derechos (Vásquez & Stolkiner, 2009). Particularmente, con el grupo de personas que además de usar drogas son habitantes de calle, se encuentra que el estigma está relacionado con una mirada compasiva y otra temerosa, que pueden estar relacionadas con la exclusión y la discriminación hacia esta población (Navarro & Gaviria, 2010).

La deshumanización de los servicios de salud se relaciona con el estigma, y es entendida como un fenómeno social imbricado en procesos sociocognitivos cotidianos que niega las características que constituyen la naturaleza humana (Haslam, 2006). Esta situación ha sido estudiada en pacientes con trastornos psiquiátricos y con uso problemático de sustancias psicoactivas en donde se ha encontrado una asociación entre la deshumanización y los estereotipos negativos que desencadenan procesos de exclusión (Fontesse et al., 2019). Este concepto puede analizarse desde dos miradas: la del usuario, que hace referencia a la sensación de que no se les dedica tiempo y no se preocupan por su estado de ánimo; y la del personal asistencial, relacionada con la sobrecarga laboral, el estrés, poco tiempo para realizar sus labores y escasa capacitación para brindar un trato humanizado. (Pabón-Ortiz et al., 2021)

El estigma hacia las PUD es una situación que no difiere mucho entre la sociedad y el personal de salud. Un estudio que comparó las actitudes estigmatizantes entre la población general, los médicos de cabecera, los especialistas en adicciones y los usuarios en tratamiento por abuso de sustancias, mostró que las creencias estereotipadas no fueron muy diferentes entre ellos, siendo el público en general y los médicos de cabecera los más pesimistas en cuanto a las oportunidades de rehabilitación (Van Boekel et al., 2015). Mientras que otro estudio reveló que el personal de servicios de salud especializados que trabajan en adicciones mostró mayor respeto con los pacientes en comparación con aquellos que trabajan en servicios de psiquiatría y los médicos de cabecera (Van Boekel et al., 2014).

Así mismo se han reportado actitudes estigmatizantes del personal sanitario hacia usuarios con distintos problemas de salud, encontrándose que el consumo de tabaco, marihuana, cocaína y alcohol eran los comportamientos más juzgados (Ronzani et al., 2009), lo que sugiere un trato diferencial por parte de estos hacia quienes tienen problemas por consumo de drogas respecto a otros con diferentes asuntos de salud. Esto hace que no estén muy dispuestos a atender pacientes con adicciones (McLaughlin et al., 2006) y que los mismos usuarios no acudan a los profesionales, por desconfianza o porque sienten que los tratamientos ofrecidos no se ajustan a sus realidades (Llort Suárez & Clua-García, 2021)

Ya en el ámbito del tratamiento a personas adictas, también se han encontrado múltiples referencias de afectaciones al proceso de intervención derivadas del estigma del personal hacia los usuarios de estos servicios. Así entonces, se ha podido observar que el estigma del personal de salud afecta no solo al paciente, sino también a las comunidades, las políticas y procedimientos, por lo que reducir el estigma en el personal asistencial beneficia tanto la atención de la persona estigmatizada, como a los otros condicionantes sociales (Nyblade et al., 2019).

Hay varios estudios que señalan que las actitudes negativas de los profesionales sanitarios hacia las PUD, se convierten en barreras para acceder a los servicios y podrían afectar la calidad de vida del paciente (Tirado et al., 2019; Chacón, 2017; Van Boekel, 2013). Esas barreras se han evidenciado también en estudios sobre el estigma hacia las personas con patología dual (Calderón, 2021; Mascayano et al., 2015; Muñoz et al., 2009).

Una revisión sistemática de 28 estudios mostró que las actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia pacientes con trastorno por uso de sustancias psicoactivas (SPA) tuvo efecto negativo en el empoderamiento de los pacientes sobre su tratamiento, un menor involucramiento, al igual que un menor compromiso y empatía del personal de salud (Van Boekel et al., 2013).

Además de las diferentes barreras que pueden darse por la estigmatización del personal sanitario hacia las PUD, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Colombia (Ministerio de Salud, 2016) encontró que la orientación de los servicios de tratamiento hacia la abstinencia total de cualquier tipo de SPA puede explicar la baja adherencia a los procesos, las altas tasas de recaída y el posible abandono del tratamiento, así como el prejuicio alrededor de la efectividad del mismo. Es importante indicar que el estigma es en sí mismo una barrera, que se distingue por su carácter social, siendo incluso más importante y generando mayores efectos de exclusión que las barreras físicas (Muñoz et al., 2009)

Se tiene suficiente evidencia del impacto negativo del estigma del personal de salud como una barrera para la atención de las personas que usan drogas y que habitan la calle (Omerov et al., 2020; Duncan, 2005), así como que el uso problemático de alcohol y otras drogas se comporta como un predictor de discriminación moderado y alto por parte de los profesionales que trabajan en entornos sociales o sanitarios hacia las personas sin hogar y que tienen un trastorno por uso de sustancias (Mejía-Lancheros et al. 2020). Sin embargo, no se cuenta en la misma medida con intervenciones totalmente efectivas para disminuir el estigma (Tostes et al., 2020; Nyblade et al., 2019) por lo que se hace necesario desarrollar intervenciones que puedan incidir en este aspecto, de manera que puedan redundar en mejoras para la atención de estas personas.

Este estudio tiene como objetivo identificar de qué manera el estigma del personal asistencial que trabaja con Habitantes de Calle que Usan Drogas (HCQUD) afecta su práctica profesional.

## Métodos

### Diseño

Se realizó una investigación cualitativa, con un enfoque hermenéutico y un alcance descriptivo a partir de los relatos de 32 profesionales de diversas áreas que atienden HCQUD, la cual indagó sobre el estigma social del personal asistencial que trabaja en el Sistema Habitante de Calle (SHC) de la ciudad de Medellín hacia esta población. Lo hermenéutico, entendido como un relato construido a partir de la voz de los participantes, para ser interpretado por el grupo de investigación en interacción con estos y luego ser discutido con la literatura científica sobre el tema (Cadenas, 2016).

Esta investigación se anida en un estudio macro de tipo cuasi experimental pre-post realizado por la Red Latinoamericana de Investigación sobre Estigma y Drogas, el cual se lleva a cabo de manera conjunta en Colombia, Brasil y Uruguay, titulado “Estudio multicéntrico sobre la reducción del estigma asociado al uso de drogas”, el cual tiene por objetivo evaluar una intervención psicológica con técnicas vivenciales para la reducción del estigma de los profesionales sanitarios hacia las personas que usan drogas.

Para este artículo se presentan los resultados cualitativos del análisis realizado, a partir de las conversaciones grabadas con los participantes, durante los talleres ejecutados en el estudio macro.

## Participantes

Los participantes fueron 32 trabajadores vinculados con la Secretaría de Inclusión Social Familia y Derechos Humanos (SISFDH) de Medellín, de los cuales el 56.2% (n=18) eran de género femenino. Los participantes fueron profesionales de diversas áreas como psicología (n=7), trabajo social (n=6), enfermería (n=3), educación (n=3); y otros como medicina, gerontología, artes plásticas y operadores terapéuticos (n=13), quienes tienen dentro de sus funciones, la atención de HCQUD que hacen parte del SHC de la ciudad. La edad promedio de los participantes fue de  $39 \pm 8$  años y el 31.2% (n=10) tenía formación posgradual. Se excluyeron aquellos participantes que se negaron a firmar el consentimiento informado.

Para la selección de los participantes se estableció en primer lugar, contacto con la coordinación de la SISFDH, quien fue el puente para invitar a participar en el estudio a los profesionales que, de acuerdo con su labor tuvieran un contacto estrecho con HCQUD. Se buscó incluir diferentes voces, en términos de su profesión, edad, género y experiencia profesional, de forma tal que hubiera un panorama interpretativo amplio, que proporcionara la mayor riqueza de información para acercarse en profundidad al fenómeno de estudio (Martínez-Salgado, 2012).

## Proceso de generación de datos

En el estudio macro, las sesiones de intervención se realizaron entre octubre y noviembre de 2019, con dos grupos diferentes. El primero con 17 participantes y el segundo con 15. Cada grupo participó en tres sesiones, con una duración de cuatro horas por sesión (12 horas en total), en las cuales los facilitadores realizaron diferentes actividades de tipo vivencial basadas en dos de las estrategias que han sido consideradas por la literatura como las más efectivas para reducir el estigma: la educación y el contacto; en sesiones de intervención de acuerdo con lo establecido en el protocolo original del estudio macro, aplicando técnicas basadas en Terapia de Aceptación y Compromiso (NASEM, 2016; Corrigan et al., 2012; Oliveira, 2012). Las actividades vivenciales fueron diseñadas por el grupo central responsable de la investigación macro en Brasil, las cuales están orientadas a generar cambios en áreas intrapersonales e interpersonales (Ronzani, 2014).

Dadas las limitaciones de las investigaciones cuantitativas para analizar datos subjetivos con profundidad, hubo una intencionalidad previa por parte del equipo de investigación de extraer datos cualitativos a partir de las discusiones generadas en los talleres de reducción de estigma, para lo cual, las conversaciones dadas al interior de éstos fueron grabadas y los audios se convirtieron en el insumo para construir los hallazgos de este artículo.

Considerando lo anterior, las grabaciones de las discusiones fueron transcritas, atendiendo recomendaciones técnicas para este propósito (Íñiguez, 2003), en tal sentido, no se transcribieron solo las palabras, sino también los suspiros, pausas e interrupciones, de manera que el texto fuera lo más fiel posible a los relatos de los participantes. Lo anterior se pudo lograr ya que, en las sesiones de intervención, uno de los investigadores tenía el papel de observador y era el encargado de tomar nota de dichas situaciones.

## Análisis e interpretación de la información

El proceso descriptivo y de interpretación, se llevó a cabo a partir de la transcripción de las narraciones de los participantes en los grupos de intervención. Para esto, se hizo en primer lugar un señalamiento por párrafos de frases cortas con sentido, de donde se derivaron 655 códigos descriptivos, los cuales fueron utilizados para alimentar las categorías establecidas de acuerdo con los objetivos de la intervención macro; estas fueron: Estigma y práctica profesional en la intervención con HCQUD y Reflexiones de los participantes durante el taller de reducción de estigma. Para este proceso se utilizaron tablas dinámicas y otras herramientas de manejo de datos en el programa Microsoft Excel™.

La validación cualitativa se llevó a cabo mediante un proceso de revisión permanente y sistemático de la misma, para lo cual los hallazgos se llevaron a plenaria con el equipo de investigación, para ser revisados y confrontados en consenso, con el objetivo de dar cumplimiento a los criterios de rigor en el análisis en términos de auditabilidad/credibilidad (Creswell & Miller, 2000). Esto permitió un análisis interno sobre lo hallado, para obtener una visión de conjunto, de tal manera que las unidades de sentido estuvieran presentes en sus relaciones, semejanzas y diferencias (Cadenas, 2016), para luego discutir los hallazgos con la literatura científica disponible (Navarrete, 2011), asumiendo en todo momento una postura reflexiva por parte del equipo investigador (Morse et al., 2002).

### Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana en la sesión N° 9 del 26 de mayo de 2018.

### Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos de las dos categorías construidas a partir del análisis de los relatos de los participantes:

#### Estigma y práctica profesional en la intervención de HCQUD

Los participantes relatan las percepciones que van creando a partir de lo que observan en su cotidianidad, aunque esto no representa necesariamente sus propias posturas, ya que muchas de ellas provienen de comentarios que escuchan de amigos, familiares, pareja, vecinos o en los medios de comunicación. Estas percepciones pueden clasificarse en una dicotomía de discursos, entre lo humanizante y lo deshumanizante hacia los habitantes de calle.

En la primera consideración, los describen como seres humanos con necesidades y dificultades como cualquier otro y merecedores de ayuda; en la segunda, aluden a expresiones peyorativas, tales como: “desechables”, “viciosos”, “indigentes”, “vagos”, “inútiles”, “peligrosos”, “delincuentes” o “antisociales”; incluso acompañadas de ideas y expresiones orientadas a acabar con el problema de la habitabilidad en calle, así como el no reconocimiento de sus derechos fundamentales.

Esto último favorece la falta de humanidad para comprender la importancia de invertir recursos en el tratamiento de los HCQUD, como lo manifiesta el siguiente relato, “(...) cuando se deshumaniza la persona, una de las características fundamentales es ser indigno, indigno de recibir atención...a uno le dicen porque botan tanta plata con esos pelados, porque no la invierten en otra cosa, ¿cierto? como si no fueran dignos de recibir esa atención o un tratamiento de buena calidad.” (Participante del Grupo 2). En tal sentido, algunos participantes reconocen, que a pesar de que ellos trabajan con habitantes de calle, no son inmunes a estas creencias, las cuales consideran como juicios y estereotipos tomados a la ligera, pero que determinan relaciones y comportamientos.

Se identifica que entre el personal asistencial y los HCQUD, existen diversidad de posiciones y formas de relacionamiento. Los participantes manifiestan que trabajar con esta población es difícil por las circunstancias que rodean sus vidas y, a esto le suman, que algunos de ellos obstaculizan el trabajo a través de sus comportamientos, manifestado, en ocasiones, en el deseo de no trabajar con ellos, como lo relata el siguiente participante: “(...) uno a veces encuentra usuarios que no entienden las cosas y hay que repetírselas... entonces hay momentos que uno quiere evadir.” (Participante del Grupo 1).

Sin embargo, se describen también elementos asociados con la dimensión empática del vínculo, lo que les resulta en principio necesario para el proceso de intervención, pues permite que el usuario sea más abierto y expresivo. En este sentido expresan la importancia de demostrar interés por parte del personal asistencial hacia los procesos y los HCQUD, pues esto tiene un efecto positivo sobre la motivación al cambio. Todo esto implica entender que el carácter de la relación debe ser horizontal, es decir, acercarse al usuario como un par en el tratamiento y así gene-

rar un trabajo conjunto; siendo necesario también hacer el acercamiento desde emociones positivas. Lo anterior se representa en el siguiente relato: “lo intervengo a él, desde el aprecio, el cariño, desde las palabras, entonces él entiende eso y conmigo es totalmente diferente” (Participante del Grupo 1).

También se evidenciaron formas de relacionamiento en las que el personal asistencial quiere imponer su propio deseo a los usuarios, por medio de posturas mesiánicas sobre lo que es mejor para los HCQUD y de esta manera promover la idea de la relevancia del tratamiento a los usuarios. Así lo menciona el siguiente participante: “sobre ese furor mesiánico, ese deseo que todos tenemos de sanar a la gente, cuando la gente no necesita ser ni curada, ni salvada, si no que ellos están en búsqueda de un deseo” (Participante del Grupo 1). Al respecto indican que a causa de algunas de estas posiciones se ha generado deserción de algunos usuarios.

Sumado a lo anterior, los participantes identifican tensiones a raíz de las dificultades para la consolidación de un modelo de atención. Esto se experimenta en el momento en que se entrecruzan en la intervención criterios de carácter institucional, el deseo del personal asistencial, el deseo de los HCQUD y las expectativas sociales sobre los procesos de intervención. A esto se agregan los temores a establecer relaciones con los usuarios más allá del escenario laboral, ya que, desde su rol de vigilancia, en muchas ocasiones se imponen las expectativas orientadas a que dejen de consumir y hacer supervisión de la conducta, y aunque no quieran, ponen una barrera en la relación con el usuario, pues creen que de lo contrario se disminuye la capacidad para influir en el comportamiento de ellos. Cuenta de esto se da en el siguiente relato: “ellos notaron en algún momento como esa supervisión mía, y me dijeron: profe relájese que nosotros no vamos a hacer nada” (Participante del Grupo 2).

Todas estas situaciones generan efectos en los HCQUD después de los procesos de intervención. Así, los participantes describen que cuando se presentan recaídas en los usuarios, estos reportan que la experiencia de consumo ya no es la misma, pues aparece una sensación de malestar y vergüenza por la conducta, al recordar lo que le dijo el terapeuta. Lo anterior se ejemplifica en el siguiente fragmento sobre una experiencia de intervención: “...me decía que aunque a veces recayera en el consumo, no era lo mismo, porque pensaba en lo que yo le decía y ese consumo no era igual, algo internamente le recriminaba lo que estaba haciendo y lo hacía sentir mal, avergonzado por su conducta” (Participante del Grupo 2)

Pese a lo anterior, para otros participantes resulta fundamental que, al iniciar un proceso de intervención, se identifiquen previamente las necesidades y motivaciones de los usuarios que solicitan el servicio y por lo tanto no acompañar desde las propias expectativas. Esto implica mantener una posición de ayuda para que el usuario pueda tomar su decisión: “partimos del deseo del usuario y a partir de ahí hacemos nuestra intervención” (Participante del Grupo 2). Sumado a esto, destacan la importancia de mantener la motivación constante en el usuario, concientizarlo, aun cuando este no muestre deseo o conciencia de cambio, al margen de la cantidad de veces que haya retomado el proceso.

Por consiguiente, algunos indican que a los HCQUD se les sugiere y no se les obliga sobre la decisión del uso o no de drogas. Advierten que la abstinencia total no es una condición para acompañar los procesos, sin embargo, manifiestan que ha dado resultados y por ello es recurrente recomendarla en la intervención, sustituyendo el consumo de drogas por otros hábitos. Así lo relata el siguiente participante “... entonces yo la sustitución que les sugiero a ellos es sustituir eso por otros hábitos, sustituirlos por unas reuniones del grupo de apoyo, por irse para la iglesia, porque yo no practico ninguna religión, pero yo sé que hay personas que lo han logrado” (Participante del Grupo 2).

Dentro del personal asistencial, se encuentran diferentes orientaciones respecto de las intervenciones realizadas. Uno de los participantes busca generar reflexión acerca de los riesgos del uso de drogas, como queda expresado en el siguiente relato “Yo creo que el papel nuestro es generar espacios de reflexión para que tomen conciencia del peligro de las drogas... y que la vida que llevan no les aporta nada bueno” (Participante del Grupo 2). En contraposición, se encontró que una de las estrategias consiste en inyectar dolor al deseo de consumir, recordar la sensación desagradable de los eventos de reincidencia y poner en la cabeza de los HCQUD que el consumo de sustancias trae grandes consecuencias, pues según algunos de ellos “el tratamiento si no duele, no funciona” (Participante del Grupo 2).



Otras formas de intervención hacen referencia al uso de la experiencia personal tras haber pasado por un proceso de tratamiento, asumiendo que la historia de cambio propia puede favorecer el proceso terapéutico en el otro. También son frecuentes prácticas orientadas a que aprendan a estar en sociedad; ayudarlos poniendo límites y normas desde lo personal e institucional, exigiendo responsabilidad y mostrándose firme en ello, pero dejando la decisión del tratamiento en manos de las personas. Esto último se refleja en el siguiente fragmento "... hay que demostrar firmeza, lo mismo con la intervención que uno ofrece. Y si la aceptan bien, sino, también...no es cuestión de obligar a nadie" (Participante del Grupo 2).

Los participantes expresan una serie de tensiones en la práctica profesional que se derivan de la interacción entre: las concepciones sobre el uso de drogas, la abstinencia total como recomendación, la experiencia personal en su labor y en la vida cotidiana, las controversias sobre un modelo de atención orientado por la reducción del daño o por la superación y una población que en ocasiones recae y presenta dificultades para generar conciencia de cambio.

A esto se suman las consideraciones sobre el modelo de resocialización, el cual consideran un concepto complejo, que cuenta con diversas miradas y posiciones, lo que hace difícil orientar un tratamiento en la práctica. Reportan que mientras algunos consideran que la resocialización se da en la medida en que se obtienen logros a nivel de acceso a la educación y el trabajo, otros consideran que está asociada a la idea de abstinencia del uso de drogas. A propósito, uno de los participantes manifiesta: "vemos que desde ahí no hay un acuerdo, lo que vimos ahí era que todos tenemos posiciones distintas" (Participante del Grupo 2).

### Reflexiones de los participantes durante el taller de reducción de estigma

A través de los talleres realizados, los participantes refieren darse cuenta de prácticas o actitudes no conscientes que estigmatizan y que tienen efectos en la actividad cotidiana de su trabajo, por lo que este reconocimiento se considera una forma de disminuir y manejar el estigma. Un segundo aspecto tiene que ver con que los talleres permitieron la reflexión y pensamiento crítico, pues el estigma es un tema en el que no se habían detenido a pensar y que reconocen afecta su quehacer, por tanto, empezar a ser críticos es ya una manera de cambiarlo. Al respecto uno de los participantes refiere: "Yo siempre le estaba hablando a la marca, al término drogadicto, gato, drogo, desechable y no a la persona. Entonces a mí me deja pensando mucho eso y a trabajar en eso, que no voy a hablarle más al gato, o al drogo, si no al ser humano como tal" (Participante del Grupo 2).

También se puede observar la reflexión que hacen con relación a su ejercicio profesional y laboral. Dentro de esta se encuentran elementos de expectativas e intereses, pero a su vez de cuestionamientos propios que llevan a pensar en la estigmatización como un elemento que puede involucrarse en su actuar profesional, tal como lo menciona en el siguiente relato: "Cuando se tiene la posibilidad de reflexionar sobre la complejidad y la magnitud del consumo de drogas se van creando una especie de filtros para no dejarse influir por los prejuicios frente a las personas consumidoras" (Participante del Grupo 2)

Así mismo, el personal asistencial describe sus intervenciones como acciones permeadas por los aspectos personales, los prejuicios y deseos propios de la formación tradicional que han recibido. Esta situación contrasta con los conocimientos que han adquirido a lo largo de su experiencia personal, por lo que emocionalmente se mueven entre esos prejuicios y el deseo de no afectar su relación laboral con las HCQUD, como lo relatan los siguientes participantes: "...si bien somos profesionales, no dejamos de ser seres humanos. Independientemente de todo lo que yo pueda conocer del consumo y demás, o sea, creo que constantemente nos movemos entre eso (...)" (Participante del Grupo 2); "...la intervención siempre está permeada del prejuicio y si estoy advertido de ese prejuicio puede que no afecte, pero siempre va a ir permeada por lo personal, (...)" (Participante del Grupo 1)

Existe además un reconocimiento en el efecto que tienen los juicios de valor, prejuicios y estigma, sobre la intervención que realizan con los HCQUD, pues indican que de acuerdo a ello el tipo de acompañamiento puede variar de profesional a profesional, lo cual no tiene que ver con lo disciplinar sino con la condición de seres humanos. Destacan allí la importancia de estar advertidos de estos elementos y que resulta relevante desarmarse de estas actitudes y disposiciones. Estas actitudes y formas de intervenir, que se asocian con las ideas y juicios preconcebidos, podrían ser un obstáculo para los procesos e insisten en que se debe brindar la ayuda a pesar de pensar que el usuario es manipulador, mentiroso y que no va a cambiar.



## Discusión

En la investigación se pudo observar cómo las ideas estigmatizantes presentes en el personal asistencial tenían efecto en su forma de intervención, la cual se debate entre los objetivos de mejorar la calidad de vida de los usuarios y los de dejar de consumir sustancias psicoactivas, resocializar y “encarrilar” a los usuarios; lo que pueden resumirse en dos tipos de prácticas: humanizantes y deshumanizantes. Estas no necesariamente se polarizan en dos grupos de personas, sino que pueden coexistir en cada una de ellas, sin que se pueda observar conflicto. Ello conduce a formas distintas de intervención terapéutica, situación que en su base está motivada principalmente por ideas que nacen de un modelo biomédico hegemónico, narcisista, moralizante y directivo, aspectos que serán discutidos a continuación.

El primer tipo de prácticas concuerda con modelos terapéuticos desde un enfoque de Salud Pública y determinantes sociales de la salud. Estos buscan incorporar la perspectiva de derechos humanos, salud pública y justicia social en todas las intervenciones sobre drogas, incluido el tratamiento, el cual plantea la pertinencia de estrategias complementarias tanto de orden sanitario como social (RIOD, 2019; CICAD, 2016; Tirado, 2016). En este sentido, los participantes expresaron, aunque en menor medida, estrategias que tienen en cuenta las expectativas y motivaciones de los usuarios, siendo el principal objetivo el mejoramiento de su calidad de vida. Esto coincide con una revisión sistemática de 220 publicaciones sobre tratamiento de adicciones en México, la cual mostró que sólo el 15.4% tenía el objetivo de obtener la abstinencia y la disminución del consumo y también intervenir los problemas asociados (Rojas et al., 2011).

Esta forma de intervenir es ampliamente recomendada por el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD, 2014) en su catálogos de estándares internacionales de tratamiento basado en la evidencia, donde se relacionan aspectos tales como: tener un plan individualizado y orientado a objetivos, el derecho del paciente a elegir entre diferentes ofertas terapéuticas, así como iniciar, mantener o suspender el tratamiento; aspectos que sugieren el respeto de las expectativas y motivaciones de los usuarios.

Referencias concordantes con lo anterior se encontraron incluso dentro del mismo Sistema de habitante de calle de Medellín en una propuesta de indicadores de logro para la resocialización de habitantes de calle que sugiere factores de logro como la motivación y autoeficacia, las redes familiares y sociales, especialmente en lo educativo, laboral y socioeconómico (Calderón et al., 2017), llamando la atención que aunque este es un tema discutido al interior del Sistema, no sea aún muy tenido en cuenta por muchos de los integrantes de su equipo técnico.

El segundo tipo de práctica, más mencionado entre los participantes, se orienta principalmente hacia la abstinencia como fin terapéutico, éste coincide con la posición de un buen número de instituciones que hacen tratamiento en Colombia, como lo muestra un estudio que hizo el Ministerio de Salud de Colombia, donde encontró que el 27% de dichas instituciones dan por terminado el tratamiento con la abstinencia total de sustancias ilícitas y el 29% con la abstinencia de las sustancias más problemáticas; situación que podría explicar en parte la baja adherencia, las altas tasas de recaídas y abandono del tratamiento (Ministerio de Salud, 2016).

En el anterior tipo de práctica emergieron formas de administrar la terapéutica a través de la moralización, infundir miedo, el castigo, poner límites, supervisar y ponerse como ejemplo de vida, muchas de las cuales no están descritas en la literatura como estrategias exitosas y que probablemente salgan más de intuiciones o representaciones del personal asistencial sobre lo que debe ser el tratamiento. Entre las formas que describe la literatura como efectivas en la intervención terapéutica, bajo el modelo de comunidad terapéutica (que es el más parecido a la intervención que hace el SHC), están: control (que coincide con la estrategia de límites y supervisión descritos), estimulación, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, feedback y reforzamiento de los progresos; estos tienen un nivel de evidencia 2, es decir, que han sido obtenidos de ensayos clínicos que presentan pequeñas limitaciones metodológicas (Becoña & Cortés, 2008).

En relación con la moralización del consumo, los hallazgos de este estudio coinciden con lo reportado por Ronzani et al. (2009), quienes indican que los agentes comunitarios de salud tienen un juicio moral más severo respecto al uso de drogas. Esto obedece a los imaginarios sociales construidos en torno al uso de sustancias, según los cuales, tanto las drogas como las personas que las consumen son consideradas indeseables (Paiva et al., 2014; Kulesza et al., 2016), favoreciendo acciones de discriminación y desprecio hacia esta población, en su doble condición; habitantes de calle y consumidores de drogas. (Mejía-Lancheros et al., 2020).

Por otro lado, la utilización del miedo como parte del modelo terapéutico de las adicciones es una de las prácticas que han sido evidenciadas por otros autores (Martínez & Pallarés, 2013; Tirado et al., 2019b). Esto es posible sustentarse desde los presupuestos teóricos del modelo biomédico tradicional que aboga por una sociedad libre de consumo y centra su atención en las sustancias y no en los sujetos (Sepúlveda et al., 2013; Malvezzi et al., 2018). A ello se suman, la implementación de dispositivos de control social y vigilancia que llevan a la estigmatización (Mercado & Briseño, 2014), al igual que la supervisión y el castigo (Foucault, 2009) como prácticas comunes en la atención de los HCQUD.

Foucault (2009) plantea que el discurso y la disposición escénica de la moralidad pública deben estar soportadas en el ejemplo, en este caso del terapeuta, quien al mismo tiempo emplea la vigilancia de la conducta como mecanismo para la dominación y la sanción al encontrarse en una posición jerárquica de mayor poder. Esta situación pone en escena la dimensión narcisista del modelo biomédico, en la cual, de acuerdo con Gergen (2007) las simpatías frecuentemente están teñidas por la autosatisfacción, dado que la queja del otro sitúa al personal asistencial en una posición de superioridad debido a la ausencia o falla en la capacidad de juicio, optimismo y control por parte de los demás.

En consonancia con lo anterior, estos dos tipos de prácticas concuerdan, respectivamente, con dos modalidades discursivas identificadas: discursos humanizantes y discursos deshumanizantes. El primero impulsado por una sensibilidad frente a las condiciones de vida en calle, experiencias personales y la experiencia misma de trabajo con HCQUD, que de alguna manera contribuye a desmontar prejuicios. Esta forma de proceder, que incluye aspectos como la creencia del terapeuta en la posibilidad de cambio, empatía, motivación y confianza, son reconocidos como cualidades generadoras de éxito en la intervención (Pacheco & Martínez, 2013; Ramírez et al., 2018). Lo es también, la función expresiva en el tratamiento, la cual se relaciona con las emociones, especialmente la empatía, mostrando la importancia del abordaje del vínculo, además de los aspectos técnicos de la intervención (Casari & Maristany, 2017).

La segunda modalidad discursiva, claramente motivada por procesos de estigmatización, por el contrario, tiene efectos negativos en el tratamiento, donde el estigma del personal asistencial se convierte en barrera para acceder a los servicios para las PUD (Tirado et al, 2019); más aún, si son habitantes de calle o tienen algún trastorno mental asociado (Omerov et al., 2020; Mejía-Lancheros et al., 2020; Henderson et al., 2014).

Ello, sin duda, reduce su empoderamiento ante la imposición del criterio profesional por encima de la realidad del usuario (Chacón, 2017; Van Boekel et al., 2013; Fernández et al., 2020). Por consiguiente, genera una forma de relación profesional/paciente basado en el poder del primero, siendo la base para intervenciones directivas que frecuentemente no tienen en cuenta la voz de la persona, infantilizándola o minando su capacidad de toma de decisiones (RIOD, 2019).

Con base en lo anterior, pueden observarse al menos tres modelos hegemónicos para la intervención de las adicciones, donde se destacan el jurídico, el médico y el psicológico (Pons, 2008). En el primero de ellos, las drogas son percibidas como elementos peligrosos capaces de generar escenarios de riesgo para la integridad física de las personas y los colectivos, motivo por el cual desde esta visión se proponen medidas de intervención restrictivas y coercitivas orientadas al castigo y la represión. Por su parte, el modelo médico entiende la dependencia a las drogas como una enfermedad, sin tener en cuenta el papel de las personas en su tratamiento (Pons, 2008; Apud & Romani, 2016). Por su parte, los modelos psicologicistas contemplan describir, clasificar, predecir y modificar el comportamiento asociado al consumo de sustancias (Arias & Correa, 2016).

A diferencia del modelo jurídico, el modelo médico y el psicológico comparten una serie de características que los complementan, las cuales están destinadas no sólo a diagnosticar, psiquiatrizar o etiquetar a partir de criterios clínicos (Morera, 2000), sino también a orientar los tratamientos por medio de diferentes estrategias moralistas (Gergen, 2007), destinadas a disuadir a las personas para adoptar ciertos comportamientos y a modificar las creencias alrededor del consumo mediante estrategias directivas. Muchas veces, esto se hace sin considerar la opinión de los usuarios, no solo porque la decisión sobre la terapia se considera responsabilidad exclusiva del profesional (Pons, 2008), sino también porque se piensa en el paciente como una persona con un déficit mental. De esta manera se reproduce un ciclo caracterizado por la enfermización y las jerarquías de discriminación (Gergen, 2007) que desencadenan prácticas de marginalización y estigma (Benitez-Rojas et al. 2019).

Un ejemplo de lo anterior son algunos grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, sobre los cuales Mercado & Briseño (2014) sugieren que ejercen presión en el individuo a través del miedo y la confesión pública para que hagan cambios en sus formas de comportarse y pensar. Esto pasa también en los grupos de autoayuda orientados por ideales religiosos, los dirigidos por ex adictos o con internamiento en granjas, en los cuales es común el uso de represión o la dirección forzada (Rojas et al., 2011).

En suma, los equipos terapéuticos buscan intervenir cuando aparece un “síntoma social” con el objetivo de proteger o resguardar, en tal sentido, su principal indicador de efectividad: la abstinencia (Staupe, 2012). De esta manera hacen énfasis sobre el objeto droga y en la separación del sujeto y la droga (Arias & Correa, 2016). Además, diferenciando, clasificando, apartando y excluyendo a los adictos con el propósito que estos puedan controlar la adicción y recuperar sus habilidades sociales (Mercado & Briseño, 2014), con lo cual se excluye la posibilidad de concebir el fenómeno a partir de una perspectiva más amplia (Ovejero, 2000). En contraposición a esta postura, diversos autores como RIOD (2019b), Tirado (2016), proponen la implementación de intervenciones basadas en la evidencia y la generación de políticas de salud pública desde el enfoque de derechos humanos, que trascienden la represión y la intervención biomédica, las cuales estigmatizan y marginan al consumidor, dificultando incluso su acceso a los servicios de salud y a otros beneficios sociales a los que tienen derecho como ciudadanos.

Los relatos de los participantes reflejan la manera en la cual el taller propició la autocrítica sobre sus actitudes estigmatizantes y la forma como estas afectan su desempeño laboral y su relación con los usuarios del Sistema Habitante de Calle de Medellín, generando barreras. En consideración con lo anterior, diversos estudios (Paiva et al., 2014; Vásquez, 2009; Soares, 2011) han evidenciado esta situación debido a la escasa formación en áreas relacionadas con la adicción (Mora-Ríos et al., 2017) y patología dual, lo que favorece el distanciamiento social y genera obstáculos para acceder al tratamiento al afectar la alianza terapéutica (Calderón, 2021), lo que al mismo tiempo podría agravar los problemas de salud que pudieran presentar las personas que quieren buscar ayuda (Silveira et al., 2018; Soares et al., 2011; Ronzani et al., 2015), en especial si estos son habitantes de calle (Friedrich et al. 2019), pues el peso de la estigmatización recae principalmente sobre las poblaciones más vulnerables (Malvezzi et al., 2018), a pesar de ser las que deberían estar amparadas por unas políticas que fueron diseñadas para protegerlas (Fundación Transform Drug Policy, 2014).

Finalmente, en el marco de la intervención, los participantes destacan que los talleres realizados sirvieron como espacios de reflexión sobre el estigma hacia los HCQUD en términos de la praxis que realizan. Esto coincide con los planteamientos de la National Academies of Sciences and Medicine (2016), en términos de usar las acciones educativas como herramientas que podrían ayudar a reducir el estigma hacia las personas que usan drogas, pues permiten el pensamiento crítico en torno al consumo de sustancias.

Actualmente no hay evidencias contundentes que indiquen que las intervenciones orientadas a la reducción del estigma hacia las poblaciones mencionadas sean efectivas (Tostes et al., 2020), sin embargo, se ha encontrado que las intervenciones breves para grupos específicos, en especial las orientadas a la educación, pueden tener algunos impactos positivos en términos de incrementar los conocimientos relacionados con el estigma, y mejorar las actitudes y los comportamientos en el contacto con usuarios de drogas (Gronholm et al., 2017; Tostes et al., 2020) además que el uso de técnicas de participación e interacción pueden ser útiles en la lucha contra el estigma y para promover prácticas de inclusión social (Ritterbusch, 2016).

## Conclusiones

La atención brindada por los participantes se encuentra permeada por los juicios previos que estos tienen acerca del consumo y de los HCQUD, lo cual se refleja en formas de intervención que van desde las orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, que humanizan la atención, a prácticas directivas y represivas centradas en la vigilancia, el modelamiento y el castigo, que por el contrario la deshumanizan. Esto se basa en modelos hegemónicos que moralizan la terapéutica.

En consideración con lo anterior, la intervención que realizó este estudio sirvió como un espacio de reflexión sobre las implicaciones que tiene en términos del relacionamiento con los HCQUD, la alianza terapéutica y el papel que tiene el personal asistencial que trabaja con el Sistema de Habitante de Calle de Medellín, como primer paso para el diseño de estrategias orientadas a la reducción del estigma hacia las PUD en los espacios de tratamiento.

En consecuencia, a partir de la intervención es posible plantear, a modo de recomendación, la pertinencia de diseñar e implementar estrategias de formación y programas orientados a la reducción del estigma del personal asistencial hacia los HCQUD, toda vez que estos espacios permiten la discusión entre los participantes y la reflexión crítica sobre diferentes tipos de estigma como el público, el internalizado y el de cortesía o afiliación (National Academies of Sciences and Medicine, 2016). Además, posibilita que los participantes adviertan e identifiquen las situaciones cotidianas en las que las ideas y actitudes estigmatizantes se involucran en la práctica profesional, siendo conscientes de esto y teniendo la oportunidad de anticipar la acción y por tanto transformarla.

Adicionalmente, estas estrategias son de bajo costo, accesibles y de un amplio alcance (Tostes et al., 2020) y deben realizarse de manera planificada, considerando el contexto temporal e histórico en el que se quieren realizar, siendo dirigidas por profesionales entrenados para esto, por lo que se recomienda su empleo bajo estas premisas (Ronzani et al., 2014).

Como limitaciones de este estudio es preciso mencionar que, dadas las características del mismo y la manera como se obtuvieron los datos (grabación de las discusiones de los participantes en los talleres de intervención) no se contempló implementar otras técnicas de recolección de información, por lo que se recomienda para futuras investigaciones de este tipo, el empleo de técnicas como entrevistas en profundidad, observación participante o grupos focales, de manera que puedan ser abordadas con mayor detalle las percepciones de los participantes respecto a las estrategias de intervención orientadas a la disminución del estigma, incluyendo además a los usuarios de los servicios de tratamiento, reducción de daños y asistencia social.

## Agradecimientos

Al Sistema Habitante de Calle y a la Secretaría de Inclusión Social Familia y Derechos Humanos de la Alcaldía de Medellín, por permitirnos realizar este estudio.

## Conflicto de intereses

Los investigadores manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

## Referencias

Apud, I., & Romaní, O. (2016). La Encrucijada De La Adicción. Distintos Modelos En El Estudio De La Drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i2.267>

Arias, F., & Correa Uribe, J. (2016). Hacia una perspectiva psicodinámica de la intervención de las adicciones. *El Ágora USB*, 16(1), 231-254 <https://doi.org/10.21500/16578031.2262>

Arroyave, A. (2016). El problema de habitante de calle en Medellín. Medellín: Universidad Eafit.

Barbesi, D., Agudelo, A., & Segura, A. (2012). VIH en habitantes de calle de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 310-315. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/12496>

Becoña, E., & Cortés, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Socidrogalcohol*.

Benítez-Rojas, L., Tamayo-Velázquez, R., & Ramos-Valverde, R. (2019). Consideraciones bioéticas en el diagnóstico y tratamiento terapéutico de la drogodependencia. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 44(2). <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1690>

Cadenas, D. M. R. (2016). El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Sinopsis Educativa*, 7 (1), 17–26.

Calderón (2021). El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. *Norte de salud mental revista de salud mental y psiquiatría comunitaria*. España. 17(65), 34 - 47.

Calderón Vallejo, G., Gómez Vargas, M., & Zapata Colorado, E. (2017). Propuesta categorial para factores de logro en procesos de resocialización de habitantes en situación de calle en Medellín. *Encuentro Nacional de Investigación. Memorias*. Medellín: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó.

Casari, L., Ison, M., Albanesi, S.; & Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1386>

Chacón Armijo, S. (2017). Estigma hacia personas con consumo problemático de drogas en equipos de tratamiento en Santiago de Chile. [Monografía]. [http://sergiochacon.cl/wp-content/uploads/2019/09/TESIS-SERGIO-CHACON\\_ESTIGMA-Y-DROGAS\\_versi%C3%B3n-empaste-corregida.pdf](http://sergiochacon.cl/wp-content/uploads/2019/09/TESIS-SERGIO-CHACON_ESTIGMA-Y-DROGAS_versi%C3%B3n-empaste-corregida.pdf)

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2016). Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2016-2020. [http://www.cicad.oas.org/mem/activities/poa/poa-version\\_final-esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/activities/poa/poa-version_final-esp.pdf)

Corrigan P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-73. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Creswell, J. W., & Miller, D. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124–130. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. (2020). Censo habitantes de calle Medellín. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/medellin-am-2019.pdf>

Duncan Pedersen (2005). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1):39-50.

Fernández, J., Hansen, G., Chacón, S., Espinal, S., Pascual, F., & Chiosso, F. (2020). Estigma, consumo de drogas y adicción. Rol de profesionales y de redes internacionales que intervienen. *Infonova*(37), 25-34.

Friedrich, M., Wetzel, C., Camatta, M., Olschowsky, A., Schneider, J., Pinho, L., & Fabiani, F. (2019) Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *J. nurs. health*;9(2):e199202 <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.13443>

Foucault, M. (2009) *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. 408 p. Siglo XXI

Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive behaviors*, 89, 216–223. [https://doi-org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041)

Fundación Transform Drug Policy. (2014). *La Guerra contra las Drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación*. Fundación Transform Drug Policy.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Ediciones Uniandes.

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

Haslam N. (2006). Dehumanization: an integrative review. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 10(3), 252–264. [https://doi-org/10.1207/s15327957p-spr1003\\_4](https://doi-org/10.1207/s15327957p-spr1003_4)

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The lancet. Psychiatry*, 1(6), 467–482. [https://doi-org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi-org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

Íñiguez, L. (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: Variedades, tradiciones y práctica. En *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 83-124). Universitat Oberta Catalunya

Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J. J., Werntz, A. J., Teachman, B. A., & Lindgren, K. P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and alcohol dependence*, 169, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020>

Llort Suárez, A., & Clua-García, R. (2021) Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas: Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos. *Salud Colectiva*, 17:e3041. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3041>

Malvezzi, C., & Nascimento, J. (2018). Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. *Rabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1095-1112. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>

Martí Esquitino, J., Carballo Crespo, J., Cárceles Arnau, I., García Ruíz, A., & Gómez Sánchez, R. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matrix en un centro público: un estudio piloto. *Salud y drogas*, 12 (2), 253-272. <https://doi.org/10.21134/haaj.v12i2.5>

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613–619. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>

Martínez P., & Pallarés J. (2013). Riesgos, daños y placeres. En *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (pp. 23-36). Editorial Milenio



Mascayano Tapia, Franco, Lips Castro, Walter, Mena Poblete, Carlos, & Manchego Soza, Cristóbal. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>

McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(6), 682-686. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01015.x>

Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., O'Campo, P., Wiens, K., Nisenbaum, R., Wang, R., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2020). Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS one*, 15(2), e0229385. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229385>

Mendes, T., Mota Ronzani, T., & Santana de Paiva, F. (2019). Resultados e discussões: em busca de uma compreensão. In: Kíssila Teixeira Mendes, Telmo Mota Ronzani, Fernando Santana de Paiva. *Se essa rua falasse: uma análise sobre estigma, pobreza e uso de drogas nas trajetórias de sujeitos em situação de rua*. Editora UFJF

Mercado, A., & Briseño, P. (2014). El "yo" deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios Públicos*, 17 (39), 137-157. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/39766>

Ministerio de Salud. (2016). Estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO034492016\\_estudio\\_evaluacion\\_diagnostico\\_servicios\\_tratamiento\\_consumidor\\_sustancias.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO034492016_estudio_evaluacion_diagnostico_servicios_tratamiento_consumidor_sustancias.pdf)

Ministerio de salud y protección social. (2018). *Política pública social para habitantes de calle*. Bogotá: Gobierno de Colombia.

Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., & Medina-Mora, M. E. (2017). Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Substance use & misuse*, 52(5), 594–603. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245744>

Morera Pérez, Blanca. (2000). Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente. *Adicciones*. 12 (4), 515-526. <https://doi.org/10.20882/adicciones.662>

Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental, Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, S. A. [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma\\_y\\_enfermedad\\_mental.\\_analisis\\_del\\_rechazo\\_social\\_que\\_sufren\\_las\\_personas\\_con\\_enfermedad\\_mental.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental._analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf)

Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito UNODC (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación Guía práctica de planificación y aplicación*. [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)

National Academies of Sciences and Medicine. (2016). *Ending Discrimination Against People With Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change*. <https://doi.org/10.17226/23442>



Navarrete, J. V. M. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista latinoamericana de metodología de la investigación social*, (1), 47–60. <http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/43>

Navarro Carrascal, O., & Gaviria Londoño, M. (2010). Representaciones sociales del habitante de calle. *Universitas psychologica*, 9(2), 245-355. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.rshc>

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K. Bond, V., Ekstrand, M., Mc Lean, R., Mitchell, E., Nelson, L., Sapag, J., Siraprasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17(25). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>

Oliveira, M. C., Martins, L., Richter, K., & Ronzani, T. M. (2012). Evaluation of an intervention to reduce health professional stigma toward drug users: A pilot study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5): 138-148- <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n5p138>

Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & social care in the community*, 28(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>

Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas.

Ovejero Bernal, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Psychosocial Intervention*, 9(2), 199-215. <https://journals.copmadrid.org/pi/art/312351b-ff07989769097660a56395065>

Pabón-Ortiz EM, Mora-Cruz JV, Buitrago-Buitrago CY., & Castiblanco-Montañez RA. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Rev. cienc. Ciudad*,18(1):94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>

Pacheco Trejo, A., & Martínez Martínez, K. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1), 159-176.

Paiva, Fernando Santana de, Ferreira, Maira Leon, Martins, Maria Zilda Fernandes, Barros, Selma Luísa César de Farias & Ronzani, Telmo Mota. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 696-706. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300018>

Parra-Monsalve, J. (2020). La representación del sinhogrismo en la prensa digital colombiana: la intervención de “el Bronx” (2016) y su cubrimiento en El Tiempo. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 26(1), 265-274. <https://doi.org/10.5209/esmp.67305>

Pons Diez, Xavier. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186. <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/279>

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas*. Madrid.

Ramírez, P., Alvarez, M., Cabello, D., Riquelme, A., & Guerra, M. (2018). Vínculo terapéutico, expectativas, impacto y adherencia al tratamiento según la percepción de los usuarios del COSAM Puente Alto en tratamiento por adicciones. *Gaceta de psiquiatría universitaria*, 14(2), 193201.

Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias y adicciones. (2019a). Un enfoque de salud pública en materia de drogas. RIOD.

Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias y adicciones. (2019b). Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones. RIOD.

Ritterbusch A. E. (2016). Exploring social inclusion strategies for public health research and practice: The use of participatory visual methods to counter stigmas surrounding street-based substance abuse in Colombia. *Global public health*, 11(5-6), 600–617. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1141971>

Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351-365. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1425](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1425)

Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Sci Med*, 69(7), 1080-1084. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>

Ronzani, T. Noto, A., & Silveira, P. (2014) Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores. Editora UFJF. [https://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO\\_Reduzindo-o-Estigma\\_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf](https://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO_Reduzindo-o-Estigma_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf)

Sepúlveda M, López-Arellano O (2013). Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. En: De riesgos y placeres: manual para entender las drogas. p. 89-102. Milenio.

Silveira, P. S., Tostes, J. G. A., Wan, H. T., Ronzani, T. M., & Corrigan, P. W. (2018). The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. En Ronzani, T. M. (Org.). *Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs* (pp. 15-26). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-72446-1>

Soares, Rhaisa Gontijo, Silveira, Pollyanna Santos da, Martins, Leonardo Fernandes, Gomide, Henrique Pinto, Lopes, Thais Medeiros & Ronzani, Telmo Mota. (2011). Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(1), 91-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000100012>

Staudé, S. C. (2012). La complejidad del síntoma en las adicciones. *Desde el Jardín de Freud* (12), 257-266. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36142>

Tirado-Otálvaro, A. F. (2019). La estigmatización de los consumidores de drogas y la vulneración de sus derechos fundamentales. En Otálvaro, J. Guerra, D. Gaviria, M. Gañan, J. Marín, Y & González, V. *El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI. Una Aproximación interdisciplinaria* (pp. 324-352). Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Personería de Medellín. <http://hdl.handle.net/10495/13572>

Tirado-Otálvaro, A. F. (2016). El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00177215. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177215>

Tirado-Otálvaro, A. F., Calderon, A., Restrepo, S., Vásquez, V. & Orozco, I. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicol. Pesq.* 3(1), 22-32. <https://doi.org/10.24879/2019001300123863>

Tostes, J., Dias, R., Reis, A., Silveira, P., & Ronzani, T. (2020). Interventions to Reduce Stigma Related to People who Use Drugs: Systematic Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3022>

Van Boekel, L., 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 Alcohol Depend*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend*, 134, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012>

Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *Int J Soc Psychiatry*, 6, 539-549. <https://doi.org/10.1177/0020764014562051>

Vásquez, A., & Stolkner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigma, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Facultad de psicología - UBA / Secretaría de investigaciones /Anuario de investigaciones*, XVI, 205-303.