

## Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas

Social stigma from health professionals towards people who use drugs

Andrés Felipe Tirado Otálvaro <sup>1</sup>  
 Gustavo Adolfo Calderón Vallejo <sup>2</sup>  
 Sandra Milena Restrepo Escobar <sup>3</sup>  
 Valentina Vásquez Gallón <sup>4</sup>  
 Isabel Cristina Orozco Giraldo <sup>5</sup>

### Resumo

Se realizó una investigación cualitativa con enfoque hermenéutico en la cual se entrevistaron 15 profesionales sanitarios que trabajan en servicios de Atención Primaria en Salud o en centros especializados de atención a personas que usan alcohol y otras drogas en Medellín y su área metropolitana, con el objetivo de comprender las actitudes estigmatizantes hacia dicha población. Se concluye que los juicios morales y las conductas negativas de los profesionales hacia estos sujetos, derivadas de la escasa formación y entrenamiento en el tema; sumado a las debilidades propias del sistema de salud colombiano para brindar una atención integral, se convierten en importantes barreras para acceder a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

**Palavras-chave:** Estigma Social; Trastornos relacionados con sustancias; Alcoholismo; Centros de tratamiento de abuso de sustancias; Atención primaria de salud.

### Abstract

Qualitative research with a hermeneutic approach. We interviewed 15 health professionals who work in Primary Health Care services or specialized centers for the care of people who use alcohol and other drugs in Medellín and its metropolitan area, with the aim of understanding stigmatizing attitudes towards this population. It is concluded that the moral judgments and the negative behaviors of the professionals towards these subjects, derived from the lack formation and training in this area; added to the weaknesses of the Colombian health system to provide comprehensive care, becomes in an important barrier to access the services of promotion, prevention, treatment and rehabilitation.

**Keywords:** Social Stigma; Substance-related disorders; Alcoholism; Substance abuse treatment centers; Primary health care.

El estigma es el resultado de un proceso que involucra cinco componentes interrelacionados entre sí, los cuales incluyen en primer lugar, el etiquetamiento de las personas debido a sus diferencias; en el segundo, la construcción de estereotipos sociales para los que portan la etiqueta negativa; en el tercero, se presenta una separación entre quienes llevan consigo la marca de indeseables y los que no; en el cuarto, debido al etiquetamiento se produce la pérdida de la condición de sujeto, lo que da lugar a situaciones de devaluación, rechazo, discriminación y exclusión; y por último, en el quinto componente, se presenta un ejercicio desigual del poder de parte de los que estigmatizan hacia los que son estigmatizados (Link & Phelan, 2006).

Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) son una de las condiciones más estigmatizadas a nivel mundial, incluso por encima de enfermedades como el SIDA (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, & Garretsen, 2013), la depresión, la lepra o la esquizofrenia (Ronzani, Higgins-Biddle & Furtado, 2009). La estigmatización hacia las Personas que Usan Drogas (PUD) y hacia las Personas que Usan Alcohol (PUA), no es un asunto ajeno al personal de salud; situación que se evidencia en las actitudes negativas hacia los pacientes con dicho diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios, sumado al poco interés y satisfacción que manifiestan respecto al trabajo con esta población, ya que consideran que son sujetos desafiantes, estresantes y difíciles de manejar (Ronzani et al., 2009; Van Boekel

<sup>1</sup> Enfermero, Magíster en Epidemiología, PhD en salud Pública. Grupo de Investigación en Cuidado, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Sociólogo, Magíster en Estudios Urbano Regionales. Grupo de Investigación en Farmacodependencia, Docente Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia. Correspondencia: gustavo.calderonva@amigo.edu.co

<sup>3</sup> Psicóloga, Especialista en Farmacodependencia, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Grupo de Investigación en Farmacodependencia, Docente Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia. Correspondencia: sandra.restrepoes@amigo.edu.co

<sup>4</sup> Estudiante de Enfermería. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. Correspondencia: valentina.vasquezg@upb.edu.co

<sup>5</sup> Administradora en Salud. Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia. Correspondencia: isabel.orozcogi@amigo.edu.co

et al., 2013; Van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2014).

Un estudio realizado con prestadores de atención primaria en Brasil, indica que es frecuente que el personal sanitario atribuya categorías morales a la práctica del consumo (Ronzani et al., 2009), hecho que según lo indica la evidencia científica disponible, se encuentra asociado con una fuerte percepción por parte del personal asistencial de que el consumo de drogas obedece a defectos del carácter, motivo por el cual se tiende a responsabilizar a los usuarios de dichas sustancias de su condición (da Silveira, Martins, Soares, Gomide, & Ronzani, 2011; Ronzani, Noto, & Silveira, 2015). La literatura sobre el tema muestra que el personal de enfermería y los agentes comunitarios de salud tienen un juicio moral más severo respecto al uso de sustancias, en especial la marihuana y la cocaína (Ronzani et al., 2009); en contraste con lo anterior, los profesionales que trabajan en centros especializados para el tratamiento de adicciones, al igual que aquellos que tienen una mayor experiencia personal, laboral o de contacto con PUA-PUD, informaron actitudes más positivas y mostraron mayor consideración respecto a dicha población, en comparación con los profesionales de los servicios generales y de psiquiatría (Van Boekel et al., 2013, 2014).

En consideración con lo anterior se llevó a cabo esta investigación, la cual tuvo como objetivo comprender las actitudes estigmatizantes de los profesionales de salud que trabajan en Medellín y su área metropolitana, hacia las personas que consumen alcohol y otras drogas, con el fin de tener un insumo descriptivo-hermenéutico inicial para un estudio multicéntrico desarrollado por la Red Latinoamericana de Investigación sobre Estigma y Drogas.

## MÉTODO

### Tipo de estudio y enfoque

Se realizó una investigación cualitativa, con un enfoque hermenéutico y un alcance descriptivo-interpretativo, acerca del estigma social de los profesionales de la salud hacia las personas que consumen alcohol y otras drogas. Lo hermenéutico se entiende como la construcción de un texto social a partir de la palabra de los actores consultados, para ser interpretado por el grupo de investigación y de manera conjunta ser triangulado con la discusión de la literatura científica sobre el tema (Cadenas, 2016).

### Participantes, mapeo y muestreo

Los participantes fueron 15 profesionales del área de la salud entrevistados entre los meses de mayo y junio del año 2018, diferenciando los que laboran en servicios de Atención Primaria en Salud (APS) y los que trabajan en centros especializados de atención a personas que usan alcohol y otras drogas.

Se realizó muestreo intencional (con propósito), en el cual se busca a los participantes de acuerdo con la información que puedan proporcionar, de manera que los escogidos brinden la mayor riqueza interpretativa respecto al objetivo propuesto (Martínez-Salgado, 2012). En tal sentido, se hizo un rastreo de las principales instituciones del Área Metropolitana del Valle de Aburrá donde laboran profesionales de la salud en las áreas mencionadas, y se contactaron a aquellos que quisieran compartir sus percepciones acerca del fenómeno de estudio desde diferentes perspectivas, tratando de incluir diferentes voces en términos de su profesión, edad, género y experiencia profesional. Siguiendo las recomendaciones de Taylor & Bogdan (1992), se seleccionaron los participantes en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir conceptos, diversificando los informantes con el objetivo de descubrir toda la gama de perspectivas acerca del tema de investigación hasta saturar las categorías; en consideración con lo anterior, se incluyeron diez mujeres y cinco hombres, con edad promedio de 42 años; de los cuales siete son psicólogos, dos médicos generales, un psiquiatra, tres trabajadoras sociales y dos enfermeras, una de ellas pedagoga. Todos tenían nivel de formación de especialización o maestría.

### Proceso de recolección

Como técnica se eligió la entrevista semiestructurada y en profundidad, por ofrecer la posibilidad de un acercamiento lo más natural posible, pero con detenimiento y detalle respecto al fenómeno de estudio (Taylor & Bogdan, 1992). Inicialmente se realizó un contacto con las personas y las instituciones que facilitaron la recolección, con el fin de presentarles el estudio, los responsables, los propósitos y los procedimientos necesarios para la realización del proceso. Se les indicó que la información se recogería con un criterio de anonimato, confidencialidad y voluntariedad. Las entrevistas tuvieron una duración entre 40 y 65 minutos y exploraron preguntas como ¿Qué piensa acerca de las PUA-PUD? ¿En su práctica profesional cómo se brinda atención a las PUA-PUD? ¿Qué sentimientos despierta

en usted la atención de las PUA-PUD? ¿De qué manera los prejuicios hacia las PUA-PUD afectan la relación entre estos y los profesionales de la salud?, entre otras. La información fue grabada, transcrita e interpretada por los investigadores responsables del proyecto. En este sentido, siguiendo las recomendaciones (Íñiguez, 2003), no se transcribieron sólo 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.

#### *Proceso de sistematización, validación e interpretación de la información*

El proceso descriptivo y de interpretación, se llevó a cabo a partir de las entrevistas transcritas; se hizo el señalamiento por párrafos de frases cortas con sentido, de donde derivaron los códigos que fueron agrupados por categorías. Posteriormente, se hizo una descripción de lo hallado y se llevaron los textos a plenaria de los investigadores, 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). Luego, se retomó la búsqueda exhaustiva de fuentes documentales por parte del equipo de investigación para analizar los resultados encontrados con el marco referencial. Como estrategia de análisis conjunto, se parte de los resultados escritos y se cotejan con lo hallado en fuentes secundarias y la respectiva interpretación de los investigadores (Navarrete, 2011).

La validación cualitativa se lleva a cabo mediante un proceso de revisión permanente y sistemático de la información recogida. Para ello los procesos de identificación de categorías previas y emergentes, los hallazgos iniciales y los análisis finales son trabajados por cada investigador y luego discutidos entre todos. Esto permite un análisis interno sobre lo hallado, para obtener una visión de conjunto, de tal manera que las unidades de sentido estén presentes en sus relaciones, semejanzas y diferencias (Cadenas, 2016).

Esta investigación fue aprobada por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad Católica Luis Amigó. Se cumplió con los requisitos exigidos en la Resolución No 008430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, en relación a los estudios clasificados como “Investigación con riesgo mínimo”, protegiendo en todo momento los principios éticos fundamentales de beneficencia, no maleficencia, respeto y justicia.

## RESULTADOS

Los participantes perciben el consumo de drogas dependiendo de su formación y el acercamiento que hayan tenido al tema desde la academia y desde su práctica profesional, y aunque se encontró que tanto los que trabajan en APS como los que lo hacen en centros especializados tienen un juicio estigmatizante acerca de las personas que usan drogas, y ven la abstinencia total como el principal objetivo a conseguir, debido a la falta de criterios clínicos precisos, a la multiplicidad de factores que condicionan la adicción y a la deficiente formación que sobre el tema reciben en sus pregrados universitarios; hay aspectos que diferencian la manera como éstos entienden el uso de sustancias, pues mientras que los primeros suelen relacionarlo de manera más frecuente con asuntos familiares y contextuales generadores de conflictos, los segundos lo asocian a factores genéticos y a una historia familiar de consumo, lo que genera una alta predisposición a la adicción.

Así pues, las múltiples maneras de entender el consumo, el tipo de formación recibida y el ejercicio profesional en la práctica marcan la pauta de cómo se interviene el asunto desde cada una de las orillas arriba descritas. A continuación, se describe cómo los entrevistados abordan su praxis y los sentimientos que se generan a partir de la atención que brindan a las PUA-PUD en su ejercicio profesional.

#### *Atención a las personas que usan alcohol y otras drogas desde la práctica profesional*

Al indagar con los profesionales de atención especializada sobre el asunto, se encontró que estos presentan poca credibilidad y confianza hacia las PUA-PUD, debido a la falta de voluntad de dichos sujetos para suspender o abandonar el consumo; circunstancia que genera complicaciones y sobrecostos al sistema, ya que dichos pacientes recurren con menor frecuencia a los servicios de salud y cuando lo hacen, la gravedad de la atención es mucho más alta. Esta situación se refleja en la práctica en la poca motivación por parte de los profesionales que laboran en dichos servicios para la atención de esta población.

Hay profesionales que los consideran estorbo, que consideran que no tienen voluntad, que generan sobrecostos al sistema de salud, que los rechazan en general, porque digamos que hay mucho médico o mucho profesional que también les da temor, porque como piensan

que son peligrosos, que son ladrones, que van a hacer daño, más bien asumen una actitud de rechazo que se manifiesta de distintas maneras (Entrevista 1 con profesional de centro especializado pág. 2).

Los profesionales de APS entrevistados desempeñan sus funciones en diferentes frentes, ya sea a través de una consulta institucional en la que se brindan servicios de promoción y prevención general (control prenatal, crecimiento y desarrollo, enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras), o por medio de actividades en terreno, las cuales incluyen diversas estrategias de prevención con población escolar o familiar (no necesariamente en temas relacionados con el consumo), así como actividades de mitigación del riesgo a través de los centros de escucha intra o extramurales; es por esto que, a diferencia de lo que ocurre con los profesionales que laboran en centros especializados, en la práctica de APS el estigma opera de manera diferente, en tanto los usuarios no llegan en estado de intoxicación y normalmente acceden a estos servicios por razones que no necesariamente se encuentran asociadas al uso de sustancias.

En este orden de ideas, es común que los profesionales que laboran en APS a nivel institucional, en especial psicólogos o enfermeras, se valgan de la anamnesis y de la historia clínica para indagar acerca del consumo, pues al ser este un tema sensible, prefieren abordarlo de manera indirecta para no herir susceptibilidades, ya que normalmente las personas no van a consulta por problemas relacionados con el uso de sustancias. Llama poderosamente la atención que dichas estrategias no se emplean con todas las personas que asisten a consulta de APS, sino que se utilizan de manera particular y selectiva sólo con aquellos que por su manera de vestir o de hablar le indican al profesional que posiblemente consumen drogas; o por el contrario, con las personas que tienen signos físicos visibles que podrían indicar dependencia a sustancias; situación que es aprovechada por los profesionales, bien sea para brindar orientación acerca de la necesidad de escalar la consulta a un nivel de complejidad mayor, o incluso para generar sentimientos de culpa en los usuarios de dichas sustancias respecto a la necesidad de mantenerse abstemios.

“Siempre nos metemos con el ser que más amamos, no queremos destruirlo, entonces cuando van con la mamá, si vemos que hay ciertas ganas de salir (...) siempre se utiliza,

se aprovecha”. (Entrevista 2 con profesional de APS pág. 12).

Por otra parte, los profesionales de APS que laboran en terreno, enfocan su trabajo principalmente en tareas de prevención del consumo a nivel escolar, con jóvenes en parques o a través de visitas casa a casa. Dichas actividades inician generalmente con temas de prevención universal para enganchar a estas personas a los programas y posteriormente brindar educación sobre asuntos como el fortalecimiento del carácter y la autoestima, habilidades para la vida, resolución de problemas, manejo de la frustración, así como temas relacionados con los efectos físicos de las drogas, los riesgos del consumo, y la afectación de la vida académica, familiar y social ocasionada por el uso de alcohol y otras drogas; normalmente estos temas se trabajan con los jóvenes a través de la discusión de situaciones hipotéticas en la cuales se recrean escenarios de adicción que llevan a las personas a la desescolarización, los problemas familiares e incluso a vivir en las calles, para a partir de allí plantear una reflexión acerca del tema.

Los profesionales que trabajan en servicios especializados encuentran menos barreras para abordar temas relacionados con el uso de drogas, en tanto las personas que allí acuden; independientemente de si lo hacen por voluntad propia o por presión de sus familias, asisten puntualmente para buscar ayuda a sus problemas de consumo. A diferencia de estos, los profesionales de APS relatan las dificultades que tienen para tratar estos temas con los jóvenes ya que en múltiples ocasiones se encuentran con personas que manifiestan abiertamente su consumo e incluso lo defienden, por medio de argumentos que van desde la inocuidad de sustancias como el alcohol y la marihuana, hasta la capacidad que ellos tienen para manejar las drogas sin que se vean afectadas sus esferas de relacionamiento social, académico o familiar. Lo anterior les genera impotencia con relación a su praxis, ya que como ellos mismos lo manifiestan, su labor no les permite hacer intervención más allá de la educación y la remisión del caso, (sólo cuando la persona está interesada en ingresar en la ruta de atención definida en la política pública al respecto), por lo que su actuación se limita en los casos en los cuales no hay voluntad de cambio, a brindar información sobre las posibilidades de atención, recomendaciones sobre el uso seguro de las sustancias, a la persuasión y a delegar la responsabilidad del asunto al joven y a su familia.

Yo llego hasta donde puedo llegar, hago mi derivación, mi remisión y la familia ya se

encarga de ubicar el muchacho (...) Obligar al muchacho, esa parte ya le toca a la familia, (...) Porque no es mi labor, no me puedo extralimitar, yo tengo hasta un punto, yo llego, canalizo y remito, ya no puedo hacer nada más, (...) yo no me puedo meter porque entonces se viene la problemática penal, si este muchacho se vuelve un drogadicto, cae a la calle, le pasa alguna cosa, va a llegar la mamá a decir: pero la doctora se mantenía con él, ¿entonces cuál fue la intervención de la doctora? entonces ya uno se cuida mucho de esa parte legal. (Entrevista 3 con profesional de APS pág. 6).

#### *Sentimientos respecto a la atención de personas que usan alcohol y otras drogas*

Debido al acercamiento académico al tema, al entrenamiento específico recibido, al tipo de pacientes que manejan y a la experiencia profesional; los sentimientos que se generan a partir de la atención de las PUA-PUD en la praxis son diferentes para quienes laboran en servicios especializados, que para aquellos que lo hacen en APS, pues mientras que los primeros manifiestan asuntos relacionados básicamente con el sistema de salud colombiano, los segundos al no tener contacto de manera permanente con este tipo de pacientes, manifiestan asuntos de tipo personal frente a la atención.

De este modo, los profesionales que trabajan en centros especializados, centran su mirada en asuntos clínicos relacionados con los comportamientos asociados al abuso de sustancias o a la atención integral en salud, y aunque destacan que es frecuente encontrar poco compromiso por parte de los pacientes para su intervención, los sentimientos que esto les genera, no necesariamente se relacionan con dicha situación, sino con las barreras del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano para acceder a servicios de tratamiento y rehabilitación de manera constante y efectiva; situación que se exterioriza en sentimientos de frustración, angustia, tristeza y rabia, ya que las debilidades propias del Sistema, se ven reflejadas en constantes ingresos y recaídas, debido a la intermitencia en el tratamiento.

El que está dentro de la salud presta un mal servicio. Vos vas a consultar porque tenés una relación de dependencia con una sustancia y encuentras un profesional que hace una

devolución inadecuada, entonces comienza uno como a desgastarse del sistema de salud, ¿a qué voy a ir allá si no me prestan atención?, si el psiquiatra dice: “no, yo no te voy a internar, ¿para qué te vamos a internar si vos no respondes a nada? (Entrevista 2 con profesional de centro especializado pág. 5)

A diferencia de estos, los profesionales que trabajan en APS manifestaron múltiples sentimientos respecto a las PUA-PUD, y aunque piensan que hay mucho por hacer desde el punto de vista profesional por estas personas, es común encontrar que existe aversión hacia el trabajo con esta población, evitación y prácticas recriminatorias respecto al uso de sustancias; elementos que según ellos mismos lo manifiestan, guardan relación con el poco entrenamiento y capacitación que tienen, no sólo frente a las drogas, sino también frente al manejo de las personas que las consumen, motivo por el cual argumentan que no se sienten preparados para atender a los usuarios de dichas sustancias y que en tal sentido, prefieren trabajar o con otro tipo de pacientes o delegar su atención al personal especializado en el tema.

Del mismo modo, fue común encontrar en los relatos de los entrevistados de APS sentimientos de lástima, tristeza y pesar hacia las PUD, en especial hacia aquellos que iniciaron su consumo a una edad temprana; sentimientos que posteriormente se transforman en impotencia, cuando al hacer la intervención del caso desde las posibilidades que les brinda su conocimiento y la ley, no encuentran una respuesta positiva por parte de los usuarios, cuando éstos manifiestan su intención de no querer abandonar el consumo; hecho que se refleja en la práctica comunitaria en una distancia social hacia estas personas, debido a la frustración que les genera no poder hacer nada por una persona que no tiene interés en buscar ayuda a su problema.

Eso genera inclusive frustración, porque uno quisiera que con los argumentos que uno da, poder movilizarlos, pero no, es muy difícil, o sea, yo sé que yo me puedo sentar con una persona consumidora de droga y decirle miles y miles de cosas, sentarme 2, 3 horas, conversar, y al otro día encontrarlo en la calle (...) yo me vengo con mi corazón partido, pero como te digo, no puedo echarme encima todo eso, pero si siento una frustración muy grande (Entrevista 3 con profesional de APS pág. 6).

Otros sentimientos relatados por los profesionales de APS entrevistados, son el miedo, la prevención y el rechazo frente de las PUA-PUD, ya que temen ser víctimas de robos, insultos o agresiones, pues manifiestan que cuando estas personas se encuentran agitados por el uso de las sustancias, es posible que la situación se salga de control, y sienten que no tienen un entrenamiento adecuado como profesionales para intervenir estos casos.

#### *Estigma hacia las personas que usan alcohol y otras drogas*

Aunque en las entrevistas, tanto los profesionales de APS como aquellos que trabajan en servicios especializados manifestaron no tener actitudes estigmatizantes, es común que empleen etiquetas derivadas de su formación clínica para referirse a sus pacientes; en este orden de ideas, es frecuente que independiente del tipo de consumo (experimental, ocasional, habitual o compulsivo), se refieran a estos sujetos, no como personas que usan alcohol u otras drogas, sino como alcohólicos, drogadictos, borrachitos, marihuaneros, o simplemente consumidores.

Es común que los profesionales sanitarios trasladen la responsabilidad del estigma en los demás: la familia, la sociedad en pleno e incluso otros profesionales. Así pues, quienes laboran en centros especializados manifiestan que el estigma se da de manera más frecuente en la atención primaria, debido a que los profesionales que allí trabajan, no logran quitar la etiqueta de delincuentes hacia las PUA-PUD, sienten miedo y piensan que los van a robar; situación que según ellos mismos manifiestan, repercute directamente en la atención, pues al romperse el vínculo con el usuario, se genera una barrera adicional de acceso en el sistema de salud.

Por su parte, quienes trabajan en servicios de APS manifiestan que el estigma se presenta de manera más frecuente en los servicios psiquiátricos y de urgencias, ya que es común que a estos lugares ingresen personas en estado de intoxicación, lo que genera incomodidades por parte de los profesionales que allí laboran, debido a que son pacientes de difícil manejo y al poco entrenamiento que tienen para la atención de estos casos; lo anterior, se traduce en acciones de rechazo o malos tratos hacia esta población, e incluso hacia sus familias, en tanto fue común escuchar relatos que indican que dichos profesionales sólo atienden a los usuarios de drogas cuando tienen una condición de urgencia que así lo amerite, y que de lo contrario le indican a las familias que deben llevar al paciente a su casa y traerlos

nuevamente al servicio cuando hayan pasado los signos de intoxicación.

Una persona adicta es una persona complicada, es un paciente agitado, es un paciente que no va ser fácil de manejar (...) fuera de eso es costoso, entonces casi siempre le hacen el feo, porque huele mal, porque llegan vomitados, orinados, poposiados, porque llevan días en la calle (...) y la mayoría de los hospitales no están preparados, ni los enfermeros, ni los médicos, y tampoco tienen especialistas en el tema para trabajar este tema de salud mental, entonces se combina todo eso, entonces uy que aburrición con este paciente. (Entrevista 4 con profesional de APS pág. 14).

#### *Barreras para acceder a servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación debido al estigma*

Al margen de las marcadas diferencias entre los profesionales entrevistados acerca de la manera como realizan su práctica profesional, hay un punto en el que convergen sus discursos y es el estigma hacia el uso de alcohol y otras drogas como una barrera determinante para acceder a los servicios de tratamiento y rehabilitación.

Los participantes del estudio no desconocen los importantes avances que sobre el tema se han logrado en el país en materia legislativa, sin embargo, manifiestan que aún persiste una marcada discriminación hacia las PUA-PUD debido a los mitos que en la sociedad se han tejido en torno al consumo de sustancias; situación que se hace manifiesta en la práctica en múltiples dificultades para acceder a una atención integral, en tanto las instituciones de salud ponen diferentes barreras burocráticas para la no prestación del servicio, debido al costo que implica tratar una adicción, considerando la poca motivación de los pacientes por su recuperación, las múltiples recaídas y la escasa evidencia de efectividad de los tratamientos en términos de abstinencia total, con lo cual reflejan un desfase entre lo moral y lo ético al momento de la atención de esta población.

Sumado a lo anterior, los entrevistados manifiestan que el estatus de enfermedad de las adicciones no es suficientemente sólido, y al no ser considerado como una enfermedad prioritaria, no es posible garantizar atención y cobertura de manera integral, motivo por el cual los profesionales tienen que solicitar exámenes

o interconsultas sin especificar la condición de consumo del paciente, lo que en ocasiones implica mentir al Sistema para poder garantizar atención de estas personas, pues se asegura que identificar el verdadero diagnóstico del paciente puede generar demoras para su atención, debido a que no es fácil que se aprueban intervenciones para esta población. Esta situación, indican los participantes del estudio, limita las posibilidades de atención a la capacidad de pago de los usuarios ya que los obliga a tener que buscar tratamientos de manera particular, pues el Sistema no tiene el músculo suficiente para dar respuesta a las necesidades de esta población. Esto a su vez favorece el acceso a diferentes alternativas de tratamiento por fuera de las contempladas en el sistema de salud colombiano, las cuales en múltiples ocasiones obligan a las PUA-PUD a trabajar vendiendo dulces o galletas para poder cubrir con esto el costo de sus tratamientos.

La cobertura integral en salud para las PUA-PUD es un asunto complejo en el país, en especial para aquellos que no están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Pese a esto, la afiliación per-se no es una garantía de atención, ya que es frecuente la negación de citas y la prestación de tratamientos intermitentes; y aunque en este último punto existe una responsabilidad compartida entre las Entidades Promotoras de Salud y el paciente que abandona su tratamiento, también es claro que en múltiples ocasiones hay una negativa directa por parte de estas entidades en brindar un tratamiento integral, debido al costo que supone el mismo, lo que obliga a los usuarios a instaurar maniobras legales como la acción de tutela para poder acceder a la atención. Lo anterior genera frustración e impotencia en los profesionales sanitarios, ya que la falta de continuidad en el tratamiento aumenta las recaídas, favorece la deserción y disminuye las posibilidades de recuperación de los pacientes; lo anterior, sumado al escaso presupuesto destinado en el país para la atención en salud mental, agudiza las barreras de acceso y permanencia para las PUA-PUD.

Por último, los participantes del estudio manifiestan que aunque el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho fundamental a la salud para la población sin discriminación, los profesionales sanitarios también tienen un papel protagónico en este asunto, al ser los encargados de identificar, diagnosticar, intervenir o remitir los casos a un nivel de complejidad mayor; en tal sentido, admiten reconocer que el trato despectivo y estigmatizante hacia las PUA-PUD retrasa la búsqueda de tratamiento y dificulta la alianza terapéutica, motivo por el cual abogan por la necesidad de

una mayor capacitación y entrenamiento en el manejo de esta población, para lo cual se requiere de una mayor inversión presupuestal por parte del Estado y un compromiso firme desde la academia por los temas de salud mental.

Yo pienso que la formación para trabajar con este tipo de usuarios no debe ser técnica sino humana, porque vos técnicamente sabes (...) pero desde lo humano no hay una manera en que te preparen para enfrentarte a este personal sin creer que todo está perdido (...) vos sos profesional de la salud y te dijeron que vos vas a salvar personas (...) pero cuando te dicen que es drogadicto, no hay nada que hacer, entonces ahí no voy yo. (Entrevista 1 con profesional de APS pág. 14).

## DISCUSIÓN

Berger y Luckmann plantean que las personas construyen el significado respecto a un fenómeno, dependiendo del contexto social al que pertenezcan (Berger & Luckmann, 2005), de ahí que tanto el concepto que se tenga acerca de las drogas, como la manera de abordar las situaciones derivadas de dicha concepción, se encuentran ligadas a las realidades en las cuales se desenvuelven los sujetos (Ralet, 2000; Smith, Earnshaw, Copenhaver, & Cunningham, 2016); a partir de dicho planteamiento, es posible argumentar los datos encontrados en este estudio, según los cuales, los profesionales del sector salud perciben el consumo de sustancias y a las personas que las usan, dependiendo de su formación y el acercamiento que han tenido al tema desde su praxis, y a partir de allí, lo intervienen de manera diferente. Del mismo modo, Blumer argumenta que los seres humanos como sujetos sociales, actúan frente a los fenómenos de acuerdo con el significado que construyen de los mismos (Blumer, 1982), motivo por el cual es posible entender cómo la manera de abordar los asuntos relacionados con el consumo de sustancias es diferente para los profesionales que laboran en centros especializados, que para aquellos que desempeñan su trabajo en APS, no sólo porque las realidades que abordan en su práctica diaria son diferentes, sino porque su experiencia y su acercamiento al tema también lo son.

Esta investigación reveló que los profesionales de salud entrevistados estigmatizan a las personas que usan alcohol y drogas, independiente del contexto en el que trabajen; situación que guarda relación con la literatura sobre el tema, la cual reporta que los profesionales sanitarios tienen actitudes estigmatizantes respecto a esta población, debido a las connotaciones morales construidas frente a la práctica del consumo, según las cuales, tanto las sustancias como las personas que las usan son consideradas indeseables (Kulesza et al., 2016; Vásquez, 2009).

Específicamente para los profesionales que laboran en APS es más difícil abordar el tema del consumo de drogas que para aquellos que lo hacen en servicios especializados, no sólo porque no trabajan de manera exclusiva con usuarios de dichas sustancias, sino porque al ser un asunto privado y con amplias connotaciones morales, no es común que se manifieste abiertamente por las personas que acuden a estos servicios, pues sienten vergüenza y temor de ser juzgados por parte de quienes allí laboran (Geffner, Zalazar, Mascayano, & Agrest, 2017; Van Boekel et al., 2014). La estigmatización y el juicio moral acerca del uso de alcohol y otras drogas puede afectar negativamente la prestación de los servicios de salud e incidir en la permanencia de los usuarios en estos programas (Ronzani et al., 2009), por lo que Oliveira et al, concluyen que la estigmatización puede ser más perjudicial que la propia enfermedad (Oliveira & Ronzani, 2012).

El uso de alcohol y otras drogas al ser considerados como una cuestión de responsabilidad individual, son unos de los fenómenos sociales más estigmatizados, por lo que a menudo refuerzan las posiciones y los sentimientos morales por parte de los profesionales de salud hacia los usuarios de dichas sustancias (Ronzani et al., 2009). Este estudio encontró similitudes con los datos reportados por otras investigaciones, respecto a los sentimientos de los proveedores de servicios de salud hacia a las PUA-PUD según los cuales, es común que los profesionales sanitarios sientan miedo, rechazo y prevención hacia estos sujetos, pues los ven como un grupo difícil de intervenir, en tanto consideran que son manipuladores, desafiantes y potencialmente violentos (Clarke et al., 2015; Paiva, Ferreira, Martins, Farias & Ronzani, 2014). Estas actitudes contrastan con los sentimientos de lástima hacia estas personas debido a su condición de consumo, al igual que la sensación de frustración e impotencia con relación a su práctica profesional por la poca motivación de los usuarios de dichas sustancias frente a su recuperación y las múltiples recaídas; situación que podría explicarse en el

primero de los casos en la creencia de que el inicio y la permanencia en el consumo obedecen a asuntos de debilidad en el carácter (París Pombo et al., 2009) y en el segundo, a la visión de la abstinencia total como principal indicador de rehabilitación (Kelleher & Cotter, 2009; UNODC, 2011).

Este estudio encontró que los profesionales de APS no sólo tienen juicios severos hacia las PUD, sino que sienten que no tienen ni el entrenamiento, ni las competencias suficientes para atender a las personas con un uso problemático de sustancias, por lo cual prefieren delegar la atención de dichas personas a profesionales que laboran en servicios especializados, situación análoga a lo reportado en la literatura (Van Boekel et al., 2014), en la cual se describe que en términos generales los profesionales de la salud tienen bajos niveles de conocimiento sobre los TUS y piensan que carecen de habilidades específicas para la atención de estos sujetos (Kelleher & Cotter, 2009; Van Boekel et al., 2013).

La situación que se acaba de presentar deriva en prácticas recriminatorias por parte del personal de salud hacia las PUA-PUD, al igual que el empleo del miedo y la culpa como estrategias de disuasión y control, tal como lo evidenció este estudio. El estigma se construye a partir de las relaciones que se dan entre las personas en un momento y una realidad determinada (da Silveira et al., 2011), en las cuales la distribución desigual del poder juega un papel fundamental (Link & Phelan, 2001); lo anterior explica por qué es común que el personal de salud busque imponer sus creencias y prejuicios sobre las personas que usan alcohol y otras drogas (Van Boekel et al., 2013), motivo por el cual sigue siendo frecuente usar el miedo como principal estrategia de prevención prohibicionista, camuflada en los argumentos científicos de la ciencia médica dominante (Martínez & Pallarés, 2013) bajo la mirada pasiva de un Estado que ve a los usuarios de drogas a través de sus políticas, no como ciudadanos responsables de sus actos y con capacidad de elección, sino como niños a los que hay que proteger y cuidar (Lobos, 2012).

Lo anterior se traduce en la práctica clínica y comunitaria en la incapacidad de los profesionales para dar solución a un problema complejo, lo que redundo en sentimientos de rabia y frustración frente a un sistema de salud inoperante respecto a sus expectativas de lograr la abstinencia total, por lo cual es común que los profesionales sanitarios trasladen la responsabilidad de la recuperación en la familia, el sistema de salud o la sociedad en pleno (Ronzani et al., 2015). Sumado a lo anterior, y tal como lo reveló este estudio, el hecho de que la atención integral para los TUS no esté lo

suficientemente clara en la política nacional en términos de la actuación por parte de los profesionales de la salud y de las responsabilidades de cada una de las instituciones involucradas en el sistema, hace que la prestación del servicio se diluya en la práctica y se tenga que recurrir a mecanismos legales para buscar la garantía del derecho a la atención en salud, pues los exagerados trámites administrativos para acceder a dichos servicios, sumados a la negativa constante por parte de las Empresas Promotoras de Salud para cubrir programas de rehabilitación, hacen que los usuarios se desmotiven y decidan asumir los costos por cuenta propia, lo que en diversas oportunidades redundará en que las personas se vean obligadas a acudir a servicios de baja calidad, lo que se traduce en mayores probabilidades de sufrir una afectación a su integridad (Uprimny, Guzmán, Parra, & Bernal, 2014).

Por último, los participantes del estudio manifiestan que aunque el Estado tiene la responsabilidad de velar por la garantía del derecho fundamental a la salud para la población sin discriminación, los profesionales sanitarios también tienen un papel protagónico en este asunto, al ser los encargados de identificar, diagnosticar, intervenir o remitir los casos a un nivel de complejidad mayor, y en tal sentido, reconocen que el trato despectivo y estigmatizante hacia las PUA-PUD retrasa la búsqueda de tratamiento y dificulta la alianza terapéutica, tal como lo indica la evidencia científica sobre el tema (Van Boekel et al., 2013), motivo por el cual abogan por la necesidad de una mayor capacitación y entrenamiento en el manejo de esta población para lo cual se requiere de una mayor inversión presupuestal y un compromiso firme desde la academia por los temas de salud mental.

## CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud atribuyen estereotipos negativos a las personas que usan drogas pues entienden el consumo como una condición negativa, independiente del servicio donde laboren. Ya que los usuarios de dichas sustancias presentan múltiples recaídas y reingresos al sistema, debido al escaso compromiso que tienen frente a su recuperación, los profesionales sanitarios, ven frustradas sus esperanzas de que se alcance el objetivo primordial buscado, la abstinencia total. Esta situación se manifiesta en la práctica en comportamientos represivos, disuasivos o autoritarios hacia a esta población, sin un análisis situacional profundo y consciente acerca de las condiciones que atraviesan el consumo, debido a

que frecuentemente se centra la atención en las drogas y no en los sujetos.

Las actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia las PUA-PUD, al igual que los enfoques evitativos para la atención de esta población, se convierten en una importante barrera para acceder a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo cual, sumado a las debilidades propias del sistema de salud colombiano para brindar una cobertura integral en salud y a la moralización, derivada de la escasa capacitación de los profesionales sanitarios para comprender un fenómeno hipercomplejo, genera mayores dificultades para la atención, lo que podría no sólo agravar la condición de salud de las PUD, sino también, afectar su calidad de vida.

### Limitaciones

Es preciso aclarar que al acercarse al tema desde un enfoque histórico hermenéutico, la interpretación de los datos no es aséptica, pues justamente la hermenéutica en términos de Geertz es la comprensión de la comprensión (Geertz, 1994); y ya que la comprensibilidad se alcanza por medio de la interacción de los sujetos a través del lenguaje en un proceso en el cual el investigador involucra de manera directa su experiencia con los datos provenientes de las narraciones de los informantes, (Taylor & Bogdan, 1987), los hallazgos no alcanzan un nivel de generalización en términos de inferencia estadística, motivo por el cual se invita a leer los hallazgos en el contexto y temporalidad histórica en los que se allegaron.

### Conflicto de intereses

Se manifiesta que no hay conflicto de intereses ya que el dinero para la ejecución del estudio provino de fondos de la Universidad Católica Luis Amigó y de la Universidad Pontificia Bolivariana, destinados para el apoyo de la investigación.

### Agradecimientos

A los participantes del estudio y a las directivas de las instituciones donde laboran, por permitirnos el tiempo y el espacio para la realización de las entrevistas.

## REFERENCIAS

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2005). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Hora Nova.
- Cadenas, D. M. R. (2016). El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Sinopsis Educativa*, 7(1), 17–26.
- Clarke, D. E., Gonzalez, M., Pereira, A., Boyce-Gaudreau, K., Waldman, C. & Demczuk, L. (2015). The impact of knowledge on attitudes of emergency department staff towards patients with substance related presentations: a quantitative systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(10), 133–145.
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124–130.
- da Silveira, P. S., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 62–75.
- da Silveira, P. S., Martins, L. F., Soares, R. G., Gomide, H. P. & Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 131–138.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local: Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Editorial Paidós.
- Geffner, N., Zalazar, V., Mascayano, F. & Agrest, M. (2017). Revisión de programas anti-estigma y a favor de la recuperación. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*, 63(3), 189-202.
- 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). Barcelona: Universitat Oberta Catalunya.
- Kelleher, S. & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3–14.
- 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.

- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367(9509), 528–529.
- Lobos, M. (2012). *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.
- Martínez P & Pallarés J. (2013). Riesgos, daños y placeres. En *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (pp. 23-36). Lleida, España: Editorial Milenio.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613–619.
- Navarrete, J. V. M. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista latinoamericana de metodología de la investigación social*, (1), 47–60.
- Oliveira, M. C. de & Ronzani, T. M. (2012). Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicol Ciênc Prof*, 32(3), 648–661.
- Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Farias, S. L. C. & Ronzani, T. M. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 696-706.
- París Pombo, M. D., Pérez Floriano, L. R. & Medrano Villalobos, G. (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Recuperado de <http://videoconferencia.dpe.gob.ec/handle/39000/959>
- Ralet, O. (2000). Condicionantes políticos y económicos. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del “problema de la droga”. En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 39-47). Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J. & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine*, 69(7), 1080–1084.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R. & Silveira, P. S. da. (2015). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas*. Juiz de Fora, Brasil: Editora

- UFJF. Recuperado de [https://xa.yimg.com/kq/groups/22825293/1389638837/name/reduzindo\\_o\\_estigma\\_entre\\_usuarios\\_de\\_drogas.pdf](https://xa.yimg.com/kq/groups/22825293/1389638837/name/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf)
- Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M. & Cunningham, C. O. (2016). Substance use stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug and alcohol dependence*, 162, 34–43.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. España: Editorial Paidós.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados* (pp. 100-132). España: Editorial Paidós.
- UNODC. (2011). *De la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*. New York: UNODC.
- Uprimny, R., Guzmán, D., Parra, J. & Bernal, C. (2014). Políticas frente al consumo de drogas de uso ilícito en Colombia. En *En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. Madrid: CEDD.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23–35.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and alcohol dependence*, 134, 92–98.
- Vásquez, A. (2009). El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la accesibilidad a servicios de salud, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/290.pdf>.

**Endereco para correspondencia:**  
Pontificia Universidad Bolivariana  
Colombia

Cq. 1 #70-01, Medellín,  
Antioquia, Colômbia  
Andrés Felipe Tirado Oltávaro  
felipe.tirado@upb.edu.co

Recebido: 12-12-2018

Aceito em: 27-02-2019