



Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma

Substance use disorders: Between inequities and stigma

Carlos Arturo Cassiani-Miranda¹, Adalberto Campo-Arias², Edwin Herazo³

Tipología: Artículo de revisión

Para citar este artículo: Cassiani-Miranda CA, Campo-Arias A, Herazo E. Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma. Duazary. 2019 mayo; 16(2): 271-280. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2751>

Recibido en abril 05 de 2018

Aceptado en septiembre 16 de 2018

Publicado en línea en febrero 15 de 2019

RESUMEN

Las personas que reúnen criterios para trastornos por consumo de sustancias (TCS) son víctimas, con frecuencia, del complejo estigma-discriminación (CED), no solo por parte de la sociedad en general, sino también por profesionales de la salud y por el autoestigma. No obstante, por la relación de los TCS con factores biológicos predisponentes y condiciones sociales adversas, se considera que estos son “autoinducidos”. Asimismo, se conoce que en los TCS se presentan cambios biológicos, psicológicos o del desarrollo que menoscaban la decisión de abandono y la persistencia en el consumo, a pesar de las consecuencias negativas físicas, emocionales y sociales. El CED relacionado con el TCS es un estresor que deteriora aún más la calidad de vida de las personas consumidoras y, al mismo tiempo, se configura como una barrera de acceso a servicios de salud. Es necesario diseñar e investigar la efectividad de estrategias para reducir el CED relacionado con TCS en diferentes poblaciones y contextos.

Palabras clave: Trastornos relacionados con sustancias; condiciones sociales; inequidad social; estigma social; revisión.

ABSTRACT

People who meet criteria for substance use disorders (SUD) are often victims of the stigma-discrimination complex (SDC) not only by the society in general, but also by health professionals and the presence of self-stigma. However, because of the relationship of the SUD with predisposing biological factors and adverse social conditions, SUD are considered ‘self-induced’. Likewise, it is known that SUD presents biological, psychological or developmental changes that undermine the decision of abandonment and persistence in consumption, despite negative physical, emotional and social consequences. The SDC related to SUD is a stressor that deteriorates the quality of life of consumers and, at the same time, it is configured as a barrier to access to health services. It is necessary to design and investigate the effectiveness of strategies to reduce SDC related to SUD in different populations and settings.

Keywords: Substance-related Disorders; Social Conditions; Social Inequity; Social Stigma; Review.

1. Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo: ca.cassiani@mail.udes.co - <http://orcid.org/0000-0002-2288-1027>

2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: acampo@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-2201-7404>

3. Instituto de Investigación del Comportamiento Humano. Bogotá, Colombia. Correo: eh@comportamientohumano.org - <http://orcid.org/0000-0002-9461-7997>

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Asociación Psiquiátrica Americana clasificó los trastornos relacionados con sustancias en dos grandes grupos: los trastornos por consumo de sustancias (TCS) y los trastornos inducidos por sustancias. En el primer grupo se incluyen todos los cuadros clínicos que se presentan en la intoxicación, los períodos de abstinencia y las características que definen la tolerancia. El segundo grupo abarca los trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos y del sueño, lo mismo que las disfunciones sexuales, síndromes confusionales y trastornos neurocognitivos que se explican por el consumo sostenido por largo plazo de una sustancia particular¹.

El complejo estigma-discriminación (CED) es un constructo que establece una relación lineal simple entre los conceptos de estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación²⁻⁶, basados en la teoría del etiquetado de Goffman⁷ y Scheff⁸ y la teoría de la atribución de Weiner⁹. Finalmente, Corrigan *et al*¹⁰ integraron un modelo particular para personas que reúnen criterios para un trastorno mental.

Por estigma generalmente se entiende un atributo, característica, condición, rasgo o situación; se etiqueta en forma desfavorable y ocasionalmente en forma favorable —en estos casos se precisa hablar de estigma positivo^{2,3-}. Mientras que el estereotipo es la idea o concepción general, positiva o negativa, construida a partir de un estigma particular, es decir, se construye una “identidad” basada en una única característica^{3,4}. De tal suerte, se conciben como prejuicios habitualmente los estereotipos negativos^{4,5}

y como discriminación se clasifican todos los comportamientos que vulneran algún derecho de la persona o colectivos y que se generan a partir de la puesta en escena de la secuencia estigma-estereotipo-prejuicio^{5,6}.

La medicina ha conocido siempre las relaciones directas o indirectas de las condiciones de salud de las personas y colectivos con las situaciones sociales y económicas; no obstante, solo hasta la época moderna estas relaciones han sido objeto de estudio y análisis teórico^{11,12}.

Las inequidades sociales pueden ser el producto de ventajas o desventajas a las que se enfrentan colectivos sociales definidos a partir de la condición socioeconómica, el género, la raza-etnia, la religión o la orientación sexual, entre otras¹³.

Las disparidades en el ámbito de la salud en las regiones, países o entre distintos países son completamente improcedentes, injustas, evitables e innecesarias y constantemente suelen afectar a los colectivos o poblaciones que se encuentra en situación de vulnerabilidad como consecuencia de las estructuras o instituciones sociales, políticas, económicas y legales subyacentes¹⁴.

Los efectos de las inequidades son ubicuos y se traducen en la práctica en diferencias económicas, sociales, en salud (morbilidad y mortalidad), escolaridad, acceso y calidad de empleo, clase social, funcionamiento familiar, condiciones de vivienda, ambiente comunitario, redes de apoyo, estresores psicosociales, riesgo de adversidades, capital social, acceso a servicios de salud, trastornos mentales menores y mayores e inversión social¹⁵⁻¹⁹. De tal suerte que las inequidades dan cuenta de problemas complejos como

la pobreza, criminalidad, ilegalidad, exclusión social, psicologización y medicalización de la vida cotidiana²⁰⁻²⁵.

El objetivo de esta revisión fue sintetizar el estado del conocimiento del CED y las inequidades en el inicio, curso y remisión de los TCS.

Terminología

La palabra “adicción” no se usa en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para denominar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias específicamente²⁶, aunque el término “adicción” se usa frecuentemente en muchos países para referirse a los casos más graves relacionados con el consumo habitual o difícil de controlar²⁷. La APA utiliza la expresión más neutra “trastorno por consumo de sustancias” para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave con consumo compulsivo, continuo o recidivante y la reserva para los comportamientos como el juego patológico y el consumo de sustancias²⁶.

Algunos clínicos preferirán la palabra “adicción” para las presentaciones más extremas, pero esta palabra se omite intencionalmente de la clasificación oficial por definición incierta e imprecisa y las connotaciones negativas que tomó la palabra en contexto médico y en la comunidad en general^{26,27}.

El complejo estigma-discriminación por trastorno mental

Los trastornos mentales mayores como los relacionados con el espectro de la esquizofrenia, los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor recurrente son socialmente mal calificados y, en consecuencia, las personas son víctimas del CED²⁸. En general, sin ser exhaustivo,

los pacientes que reúnen criterios para un trastorno mental mayor son sujetos de CED porque se piensa que presentan un pobre control de las emociones, que son personas discapacitadas, que el conjunto de síntomas son irracionales, que son el resultado de una “débil” personalidad, incapaces de afrontar los estresores cotidianos, que son personas impredecibles y en consecuencia peligrosas o pueden ser violentas o “no ponen de su parte” realmente para el control o remisión de las manifestaciones emocionales y fisiológicas^{2,29}.

Complejo estigma-discriminación por TCS

Aunque se consideren, técnicamente, trastornos mentales aquellos relacionados con sustancias, muchos consumidores, familiares, comunidad en general, profesionales de la salud y autoridades legales los relacionan o equiparan con un estilo de vida y, por lo tanto, los consideran merecedores del juicio social negativo³⁰.

Se debe considerar que el consumo persistente de sustancias guarda relación tanto con factores biológicos como factores asociados a inequidades y desigualdades sociales³¹⁻³⁴. Los cambios biológicos, psicológicos o del desarrollo que se han observado con el uso frecuente de sustancias escapan frecuentemente a la voluntad de la persona que consume³⁵. De hecho, el consumir induce los cambios neuroplásticos en las regiones corticales prefrontales³⁶. Estas modificaciones secundarias al TCS alteran significativamente las funciones ejecutivas como autorregulación, toma de decisiones, flexibilidad en la selección e iniciación de una acción y monitoreo del error³⁷. En consecuencia, se menoscaba la capacidad de resistir fuertes impulsos de consumir la sustancia o avanzar en la decisión de parar el consumo de estas^{38,39}.

Los estudios muestran que las personas que reúnen criterios para TCS experimentan mayor estigma-discriminación que otros trastornos mentales, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, porque se considera que son “autoinducidos”, que se trata del desenlace de “decisiones personales” y, en consecuencia, de problemas de salud altamente evitables⁴⁰. Kulesza *et al*⁴¹, en una revisión sistemática, observaron que entre 47% y 86% de los consumidores de sustancias se habían sentido estigmatizado-discriminados por el uso de sustancias por personas de la comunidad general. Asimismo, describieron que el CED por consumo de sustancias fue mayor que el CED observado por la raza o la historia de comportamientos delictivos. De la misma forma, Ahern *et al*⁴² entrevistaron una muestra de 1008 personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, 66% de ellos informó que se sentían discriminados por los amigos y 75%, incluso por los familiares, evento que se presenta con menor frecuencia con otros trastornos mentales y por otras características como la etnia-raza.

Es importante anotar que el CED por el consumo de sustancias no se limita a la población general o a los familiares, está presente igualmente en profesionales de la salud. Van Boekel *et al*⁴³ hallaron en una revisión sistemática de 28 artículos que los profesionales de la salud consideraron habitualmente a los pacientes con diagnóstico de TCS como violentos, manipuladores y escasamente motivados para abandonar el consumo, lo que dificultaba la prestación de los cuidados en salud. Posiblemente, la alta frecuencia de CED para el consumo de sustancias se explique por el origen del problema. Por ejemplo, Mota *et al*⁴⁴ exploraron en 609 profesionales de atención primaria las causas del consumo de alcohol, cannabis-cocaína y tabaco; los profesionales manifestaron que las causas eran personales en 61% de los pacientes con dependencia al alcohol, 73% en cannabis-cocaína y 78%

para el consumo de tabaco. Por otro lado, dieron razones médicas 14% en dependencia al alcohol y 10% para consumo de cannabis-cocaína y tabaco. El CED por el personal de salud se puede explicar parcialmente por el pobre entrenamiento en el área e inconsistencias en los programas de formación en TCS⁴⁵⁻⁴⁷. Las personas con entrenamiento para el manejo de trastornos relacionados por el consumo de sustancias están más motivadas para interactuar con este grupo de pacientes y, por lo general, presentan menos actitudes o comportamientos relacionados con el CED por el uso de sustancias⁴⁸⁻⁵⁰.

Por lo tanto, es de esperar alta frecuencia de autoestigma en personas con consumo de sustancias^{42,51,52}. Ahern *et al*⁴², investigación antes citada, informaron que 85% de personas con TCS se sintieron percibidos como peligrosos, 76%, malas personas y 86%, como poco confiables por aquellas personas que no consumen regularmente sustancias. En otra investigación, Luoma *et al*⁵¹ observaron en un grupo de 197 personas en tratamiento ambulatorio que estas se pueden reprochar o descalificar, así mismo, el consumo. Y Kulesza *et al*⁵² hallaron en una muestra de 396 pacientes de atención primaria en manejo para dependencia al alcohol u opiáceos que pensaban, al menos a veces, que “habían arruinado sus vidas de forma permanente” (60%), se sentían “avergonzados” (60%) y “fuera de lugar en el mundo” (51%) como resultado de su uso de opiáceos o alcohol.

El autoestigma por consumo de sustancias es más frecuente en mujeres, personas desempleadas, cuando se tienen hijos, en familias de mayores ingresos económicos, en personas con mayor formación académica, en presencia de comorbilidad con síntomas de ansiedad o depresión, cuando se percibe un alto deterioro en la calidad de vida y en consumidores de sustancias intravenosas^{51,53,54}.

Implicaciones del complejo estigma-discriminación

El CED tiene implicaciones importantes en pacientes con consumo de sustancias: representa un estresor adicional, deteriora aún más la calidad de vida y se configura como una barrera de acceso a servicios de salud⁵⁵⁻⁵⁷. Por ejemplo, Semple *et al*⁵⁸ hallaron en una muestra de 292 personas con trastorno por consumo de metanfetaminas que puntuaron mayor para autoestigma el grupo que nunca había hecho intentos de recibir tratamiento.

De la misma forma, el complejo estigma-discriminación brinda una peor percepción de la salud física y mental, se asocia a mayor comorbilidad con otros trastornos mentales, incrementa notablemente el riesgo suicida, prolonga los períodos de recuperación o rehabilitación e incrementa las estancias en centros de rehabilitación⁵⁹.

Inequidades y consumo de sustancias

Se considera que los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son problemas de salud complejos en los que se imbrican factores constitucionales y medioambientales predisponentes^{35-38,60}. Sin duda, factores como la pobreza, la clase social, el nivel de ingreso, el nivel de escolaridad y otros condicionantes sociales están obviamente implicados^{61,62}. Estudios más recientes señalan que los factores constitucionales, biológicos y genéticos explican un porcentaje reducido de casos, en el mejor de los escenarios solo el 50% de la dependencia a sustancias⁶³. Verbigracia, Abeldaño *et al*⁶⁴ observaron en una muestra probabilística de 6122 adultos argentinos entre 18 y 34 años que las personas por debajo de línea de la pobreza mostraron mayor riesgo de consumo de sustancias legales durante el último mes y el más reciente año. Por su parte, Delker *et al*⁶⁵ concluyeron que factores ambientales como pobreza, violencia y criminalidad incrementaban signifi-

cativamente el riesgo de uso y dependencia de sustancias en adultos de Estados Unidos. Por otro lado, estudios de seguimiento más recientes han demostrado que un ambiente de crianza de alta calidad puede reducir sustancialmente el riesgo de abuso de drogas en personas con alto riesgo genético de adicción⁶⁶.

Por lo tanto, no se puede desconocer que los TCS constituyen un fenómeno multifactorial, que tiene, además de las dimensiones biológicas y psicológicas, determinantes sociales complejos que necesitan ser abordados desde varios enfoques⁶⁷, no solo desde el neurobiológico sino también desde el ámbito clínico y de salud pública^{39,68}.

Las inequidades se deben considerar en el inicio, en el mantenimiento y en la recuperación de los TCS. Es posible que con la medicalización de los trastornos por consumo de sustancia se haya esperado una reducción del CED y del autoestigma, con un incremento de la empatía y la ayuda a estas personas⁶⁹; sin embargo, esta consideración no solo incrementó el CED⁷⁰, sino que también lo fortaleció al consolidarse como una medida de control social⁷¹ y promovió el tratamiento farmacológico para atender los intereses de las casas farmacéuticas⁷².

Estrategias para afrontar el CED en personas con TCS

Si bien ha habido en los últimos años una rápida expansión de investigaciones sobre el CED en trastornos mentales⁷³, los esfuerzos se han centrado en describir la magnitud del problema y entender sus efectos^{59,74}. Los investigadores se han tardado en enfocar la atención en la reducción del CED asociado a TCS^{75,76}.

Las estrategias para la reducción del CED asociado a TCS necesitan acciones en diferentes niveles y contextos⁷⁷⁻⁸⁰. Se ha dado particular importancia al papel que juega la información y la educación de la población general, los profe-

sionales de la salud y las personas con TCS en la reducción del CED^{77,78}.

Livingston *et al*⁹ realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones para la reducción del CED relacionado con TCS y encontraron pocos estudios. Tres investigaciones abordaron el autoestigma, otras tres estuvieron orientadas a reducir el CED hacia los TCS en la población general y otras siete se centraron en minimizar el CED en profesiones de la salud y estudiantes de medicina y otros grupos profesionales. En nueve estudios la intervención consistió en educación y/o contacto directo con personas que cumplían criterios para TCS. En trece investigaciones se observó algún efecto positivo en la reducción del CED relacionado con TCS. Sin duda, estas acciones pueden ser más efectivas si se enmarcan en una política efectiva de comunicación masiva para favorecer el apoyo público a las políticas que benefician a las personas que reúnen criterios para TCS⁸⁰.

CONCLUSIÓN

Se debe cuantificar y manejar el CED por parte del personal de salud. Asimismo, es necesario explorar y trabajar el autoestigma en personas que reúnen criterios para un TCS en proceso de rehabilitación para mejorar el pronóstico y sostener la remisión del consumo. Se necesitan más investigaciones orientadas a probar la efectividad de estrategias de reducción del CED relacionado con TCS en diferentes poblaciones y contextos.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no tienen conflicto de interés alguno que declarar por esta revisión narrativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
2. Arboleda-Florez J. Stigma and discrimination: an overview. *World Psychiatry*. 2005; 4(1): 8-10.
3. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med*. 2008; 67(3): 358-67.
4. Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(2): 92-103.
5. Pescosolido BA, Martin JK. The stigma complex. *Ann Rev Soc*. 2015; 41: 87-116.
6. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015; 44(3): 243-50.
7. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1963.
8. Scheff TJ. Being mentally ill: A sociological theory. Chicago: Aldine Publications; 1966.
9. Weiner B. Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct. New York: Guilford Press; 1995.
10. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2003; 44(2): 162-79.
11. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México DF: Siglo XXI Editores; 1985.

12. García OS. La inequidad en salud. Su desarrollo histórico. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014; 30(4): 709-13.
13. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Sública*. 2007; 23(6): 1255-172.
14. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(5/6): 480-90.
15. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(1): 69-79.
16. Benach J, Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdades en salud una visión global. Madrid: Icaria Editorial; 2010.
17. Rodríguez S. La desigualdad de ingreso y salud en Colombia. *Perf Latinoam*. 2016; 24(48): 265-96.
18. Cuba MS, Albrecht C. A 30 años de la Carta de Ottawa. *Acta Med Peru*. 2017; 34(1): 66-7.
19. Arias-Valencia SA. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017; 35(2): 186-96.
20. Manrique-Villanueva L, Eslava-Schmalbach J. Auscultando la corrupción en la salud en la salud: definición y causas: ¿Qué está en juego? *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2011; 62(4): 308-14.
21. Agost MR, Martín L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012; 38(1): 126-40.
22. Palomina PA, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol*. 2014; 72(Extra 1): 45-70.
23. Martínez MF. Inequidad en los sistemas de salud de América Latina: Análisis para Colombia, Argentina y México. *Rev Inv*. 2017; 2(1): 71-81.
24. García M. Crisis económicas y salud en controversia: el “debate Brenner”, 1970-2012. *Rev Cienc Salud*. 2017; 15(1): 87-104.
25. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, *et al*. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit*. 2017; 31(3): 269-72.
26. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
27. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 2013; 76(4): 210-7.
28. Jorm AF, Wright AM. Influences on young people’s stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(2): 144-9.
29. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Rev Cienc Biomed*. 2013; 4(1): 9-10.
30. Boyce N. David Nutt: making the medical case for addiction. *Lancet*. 2013; 381(9871): 987.
31. Shaw VN. Substance use and abuse: Sociological perspectives. Westport: Praeger Publishing Group; 2002.
32. Mcquown SC, Wood MA. Epigenetic regulation in substance use disorders. *Cur Psychiatry Report*. 2010; 12(2): 145-53.

33. Benyamina A, Kebir O, Blecha L, Reynaud M, Krebs MO. CNR1 gene polymorphisms in addictive disorders: a systematic review and a meta-analysis. *Addict Biol.* 2011; 16(1): 1-6.
34. Myers B, Carney T, Wechsberg WM. "Not on the agenda": A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa. *Int J Drug Policy.* 2016; 30(1): 52-8.
35. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol.* 2011; 46(2): 105-112.
36. Opris I, Gerhardt GA, Hampson RE, Deadwyler SA. Disruption of columnar and laminar cognitive processing in primate prefrontal cortex following cocaine exposure. *Front Syst Neurosci.* 2015; 29; 9:79. Doi: 10.3389/fnsys.2015.00079
37. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci* 2011; 12(11): 652-69.
38. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med.* 2016; 374(4): 363-71.
39. Cassiani CA. Trastornos adictivos como enfermedades del cerebro: Análisis de la evidencia e implicaciones prácticas. *Salud Uninorte.* 2018; 34(1): en prensa.
40. Evans-Lacko S, Thornicroft G. Stigma among people with dual diagnosis and implications for health services. *Adv Dual Diagn.* 2010; 3(1): 4-7.
41. Kulesza M, Ramsey SE, Brown RA, Larimer ME. Stigma among individuals with substance use disorders: Does it predict substance use, and does it diminish with treatment? *J Addict Behav Ther Rehabil.* 2014; 3(1): 1000115. Doi:10.4172/2324-9005.1000115
42. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 88(2): 188-96.
43. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 131(1): 23-35.
44. Mota T, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Sci Med.* 2009; 69(7): 1080-4.
45. Isaacson JH, Fleming M, Kraus M, Kahn R, Mundt M. A national survey of training in substance use disorders in residency programs. *J Stud Alcohol.* 2000; 61(6): 912-5.
46. McDonagh JE, Minnaar G, Kelly K, O'connor D, Shaw KL. Unmet education and training needs in adolescent health of health professionals in a UK children's hospital. *Acta Paediatr.* 2006; 95(6): 715-9.
47. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: An integrative literature review. *J Subst Abuse Treat.* 2016; 61(1): 47-59.
48. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 134: 92-8.
49. Raistrick DS, Tober GW, Unsworth SL. Attitudes of healthcare professionals in a general hospital to patients with substance misuse disorders. *J Subst Use.* 2015; 20(1): 56-60.

50. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. 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*. 2015; 61(6): 539-49.
51. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, Padilla M, *et al.* An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav*. 2007; 32(7): 1331-46.
52. Kulesza M, Watkins KE, Ober AJ, Osilla KC, Ewing B. Internalized stigma as an independent risk factor for substance use problems among primary care patients: Rationale and preliminary support. *Drug Alcohol Depend*. 2017; 180(1): 52-5.
53. Brown SA, Kramer K, Lewno B, Dumas L, Sacchetti G, Powell E. Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems. *Int J Ment Health Addiction*. 2015; 13(6): 687-98.
54. Boekel LC, Brouwers EP, Weeghel J, Garretsen HF. Experienced and anticipated discrimination reported by individuals in treatment for substance use disorders within the Netherlands. *Health Soc Care Community*. 2015; 24(5): e23-33. Doi:10.1111/hsc.122
55. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 262-5.
56. Skosireva A, O'Campo P, Zerger S, Chambers C, Gapka S, Stergiopoulos V. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1): 376.
57. Fanale CM, Maarhuis P, Wright BR, Caffrey K. The effect of attitudinal barriers to mental health treatment on cannabis use and mediation through coping motives. *Addict Behav*. 2017; 69(1): 35-41.
58. Semple SJ, Grant I, Patterson TL. Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: the role of social stigma. *Am J Addiction*. 2005; 14(4): 367-80.
59. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010; 71(12): 2150-61.
60. Kendler KS, Ohlsson H, Edwards AC, Sundquist J, Sundquist K. A developmental etiological model for drug abuse in men. *Drug Alcohol Depend*. 2017; 179(1): 220-8.
61. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2005; 24(2): 143-55.
62. Pinto-Meza A, Moneta MV, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, De Almeida JMC, *et al.* Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(2): 173-81.
63. Kendler KS, Sundquist K, Ohlsson H, Palmér K, Maes H, Winkleby MA, *et al.* Genetic and familial environmental influences on the risk for drug abuse: A National Swedish Adoption Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(7): 690-7.
64. Abeldaño RA, Fernández AR, Ventura CA, Estarío JC. Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(5): 899-908.
65. Delker E, Brown Q, Hasin D. Epidemiological studies of substance dependence and abuse in adults. *Curr Behav Neurosci Report*. 2015; 2(1): 15-22.
66. Becoña E. La adicción "no" es una enfermedad cerebral. *Papel Psicol*. 2016; 37(2): 118-25.

67. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist K, Sundquist J. The rearing environment and risk for drug abuse: a Swedish national high-risk adopted and not adopted co-sibling control study. *Psychol Med.* 2016; 46(7): 1359-66.
68. Hall W, Carter A, Forlini C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry.* 2015; 2(1): 105-10.
69. Brown P. Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav.* 1995; Spec: 34-52.
70. Phelan JC. Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness. *J Health Social Behav.* 2005; 46(4): 307-22.
71. Conrad P. Medicalization and social control. *Ann Rev Sociol.* 1992; 18(1): 209-32.
72. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav.* 2005; 46(1): 3-14.
73. Manzo JF. On the sociology and social organization of stigma: some ethnomethodological insights. *Hum Stud.* 2004; 27(4): 401-16.
74. Mak WW, Poon CY, Pun LY, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med* 2007; 65(2): 245-61.
75. Dalky HF. Mental illness stigma reduction interventions: review of intervention trials. *West J Nurs Res.* 2012; 34(4): 520-47.
76. Sapag JC, Sena BF, Bustamante IV, Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, *et al.* Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health.* 2017. Doi:10.1080/17441692.2017.1356347 [Ahead of print].
77. Crapanzano K, Vath RJ, Fisher D. Reducing stigma towards substance users through an educational intervention: harder than it looks. *Acad Psychiatry.* 2014; 38(4): 420-5.
78. Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Op Psychiatry.* 2017; 30(5): 378-88.
79. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction.* 2012 ;107(1): 39-50.
80. McGinty E, Pescosolido B, Kennedy-Hendricks A, Barry CL. Communication strategies to counter stigma and improve mental illness and substance use disorder policy. *Psychiatr Serv.* 2018; 69(2): 136-46.