



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**Universidad de la República Oriental del Uruguay
Facultad de Psicología**

Trabajo Final de Grado

Monografía

***“Salud Mental y Consumo de Sustancias: ¿Dos redes destinadas a
la integración?”***

Estudiante: Yazmín Duarte Muñoz

CI: 4.542.488-1

Docente Tutora: Prof. Adj. Mag. Sonia Mosquera

Revisora: Mag. Gabby Recto Álvarez

Noviembre, 2022

Montevideo, Uruguay

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de aprender y crecer.

A los usuarios, funcionarios, técnicos y autoridades de las instituciones mencionadas en este trabajo, por abrirme las puertas y dejarme formar parte de los espacios y actividades que me han enriquecido como estudiante y persona.

A Iván, por acompañarme y haberme animado siempre a seguir.

A mis amigas, por el apoyo constante.

A toda mi familia, a mis abuelos Carlos y Diana, quienes supieron ser mi sostén y guía aún en los momentos más difíciles.

Y muy especialmente a mi madre, por siempre confiar en que lo lograría.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen..... | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Cap 1: Adicción..... | 5 |
| 1.1 Una mirada socio-histórica del problema..... | 6 |
| 1.2 Situación de consumo en Uruguay..... | 12 |
| 1.3 Uso, abuso, dependencia..... | 16 |
| Cap 2: Patología Dual..... | 18 |
| 2.1 Aproximación al concepto y características..... | 18 |
| 2.2 Diagnóstico y tratamiento..... | 21 |
| 2.3 Estigma..... | 23 |
| Cap 3: Modelos de abordajes psicosocial y terapéuticos..... | 26 |
| 3.1 En Centro Diurno Hospital Vilardebó..... | 28 |
| 3.2 En Centro Sur Palermo..... | 37 |
| Consideraciones finales..... | 40 |
| Bibliografía..... | 43 |

Resumen

La presente monografía se encuentra enmarcada dentro del Trabajo Final de Grado, de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad de la República.

Se plantea como primer eje temático la profundización a la temática de las adicciones, describiendo las generalidades del concepto y aportando una mirada histórica sobre lo que fue el proceso de transformación respecto a la concepción de adicción a lo largo del tiempo.

En el segundo eje se realizará un acercamiento a la patología dual, su diagnóstico y tratamiento. De la misma forma se define al estigma profundizando sobre las consecuencias que este presenta.

Por último, se llevará a cabo una articulación con las experiencias obtenidas en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó y en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo, en el marco de las prácticas de formación integral y graduación de la Facultad de Psicología.

Palabras claves: adicción, patología dual, rehabilitación psicosocial

Introducción

El presente trabajo pretende desarrollar y analizar una temática de interés académico y profesional para la Psicología como lo son las adicciones. La elección está relacionada además con un interés personal, así como con la trayectoria académica de estos últimos años, ya que tanto las optativas elegidas, como las prácticas de Ciclo Integral y Ciclo de Graduación estuvieron orientadas a la temática.

La problemática de las adicciones ocupa un lugar muy importante en la sociedad, siendo comprendidas de diversas formas y objeto de abordaje de varias disciplinas.

Según la Real Academia Española (RAE), la “adicción” es definida por la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico, incluyendo la aflicción extrema a alguien o algo.

Datos recientes publicados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) señalan que alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021. (UNODC, 2021)

Estas no son un fenómeno aislado, sino que es multicausal, y está estrechamente asociado a diversos factores.

Por otra parte, la dependencia de sustancias psicoactivas se presenta con mucha frecuencia asociada a otros trastornos psiquiátricos, a estos pacientes se los considera como portadores de una patología dual. Dicho término se empleó por primera vez en la década de 1990 para definir la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias (TUS).

Es importante resaltar que el abordaje de estos pacientes debe ser pensado tomando en cuenta los aportes que la rehabilitación psicosocial propone para la mejora de la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. A lo largo de los últimos años este modelo ha

ido ganando un lugar específico y un papel cada vez más relevante en la atención integral de dicha población.

En el presente documento se verán reflejados distintos autores los cuales trabajan conceptos como adicción, drogas, trastornos mentales, patología dual, entre otros. Planteado esto, me remitiré a presentar algunos conceptos teóricos, para luego adentrarme en el tema que aquí me convoca.

1. Adicción

Como primer eje temático a desarrollar dentro del trabajo, veremos algunas concepciones de adicción, como el concepto fue evolucionando a la largo de la historia, época y momento socio histórico.

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), la define como “una condición en la que el cuerpo debe consumir una determinada sustancia para evitar síntomas de abstinencia de carácter físico y psicológico” (American Psychological Association, 2015)

Para acercarnos a una definición de adicción desde el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) la define como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Sin embargo, debido a las connotaciones peyorativas que presenta el término, ya en la década de los años 60 la OMS recomendó que se utilizara el concepto de dependencia que desarrollaremos más adelante.

Szerman (2017) asegura que, si bien los trastornos adictivos fueron reconocidos como enfermedades mentales y se incluyeron en diversas clasificaciones internacionales, las personas que lo atravesaban quedaban excluidas de la atención regularizada, y su tratamiento

desplazado a redes diferenciadas, con prácticas en ocasiones marginadas y no siempre validadas por la comunidad científica.

Al hablar de adicción resulta pertinente definir qué es una droga. Una primera definición realizada por la OMS, permite tener una idea clara de lo que llamamos droga: "Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de éste".

Al ser una definición bastante amplia, en 1982 la OMS limita las sustancias que producen dependencia y redefine el concepto como "Toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que, introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptibles de ser auto-administrada".

Por otra parte, Suárez y Frid (2003) señalan que desde el punto de vista médico, reciben el nombre de drogas las sustancias que se aplican con el fin de alterar la evolución de una enfermedad o para eliminar un agente patógeno. Por ejemplo, los analgésicos que calman los dolores, o los antibióticos que impiden el desarrollo de bacterias.

Desde un punto de vista más limitado, se denomina "drogas" a las sustancias que alteran el estado de ánimo y el comportamiento del consumidor. Pueden ser fármacos, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, LSD, éxtasis, pegamentos y otras. Estas drogas se llaman psicoactivas y su efecto principal se ejerce en el sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal) que controla y coordina todas las funciones del organismo.

Considerando estas definiciones, sería un error hablar de una única droga, ya que existen diversas conceptualizaciones sobre ellas, así como diferentes tipos de consumos y consumidores.

1.1 Una mirada socio-histórica del problema

La aproximación al estudio de la adicción requiere del conocimiento de su historia, ya que de esta forma, conociendo su progresión, podremos comprender mejor el estado actual de dicha problemática.

Por ende, en lo que refiere a la evolución histórica del fenómeno de las drogodependencias, podemos decir que, hasta fines del siglo XIX el ser humano hizo uso de plantas con fines diversos (mágicos, religiosos, médicos,) siendo el alcohol y los opiáceos los primeros psicoactivos empleados alrededor del año 5.000 a.C.

El opio, alcaloide extraído de la amapola, es una de las drogas más antiguas empleadas por el ser humano. Así es que "el empleo terapéutico del opio como herramienta analgésica, antitusígena, hipnótica, sedante y tranquilizante, entre otras, ha sido una constante de la historia de la medicina" (López et al, 2011, p. 22).

De Oriente Medio, se extendió hacia India y, después, en el siglo IX, hasta China donde inicialmente fue consumido oralmente y luego se popularizó el consumo de opio fumado.

Courtwright (2002) refiere que hasta finales del siglo XIX el consumo de opiáceos no constituyó un problema sanitario en Occidente. Sólo con la popularización de la cultura de consumir opio recreativamente el consumo incrementó de manera alarmante, provocando la preocupación de las autoridades de la época.

Sobre el origen del alcohol, se cree que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) fue el primer vino para consumo humano.

Fue utilizado casi exclusivamente por las clases sociales acomodadas y en los cultos sagrados.

El siglo XIX también supone el inicio de la historia de las drogas sintéticas. A nivel internacional, el primer gran fármaco utilizado fue la morfina, una especie de opio concentrado, utilizado en hospitales de guerra como calmante, ya que su aplicación aliviaba

el dolor y sufrimiento: "la exactitud con que puede hacerse su dosificación, en contraste con las incertidumbres del opio, otorga amplios márgenes para su empleo" (Escohotado, 2005, p. 60).

En 1870, su utilización en la guerra franco-prusiana hizo que la droga se expandiera definitivamente. De igual modo, su expansión en EEUU tuvo lugar durante la guerra civil desde 1861 a 1865. Al final del conflicto, la sociedad americana tuvo que enfrentarse a una nueva epidemia, conocida como "enfermedad del soldado" o el "mal militar". Dicho de otra manera, los soldados poseían un síndrome de dependencia al fármaco que les había sido suministrado de forma incontrolada. (López-Muñoz y Álamo, 2007)

El gran aumento del número de adictos al opio y a la morfina en Estados Unidos generó diversos movimientos sociales, que presionaron al Estado para que dictara medidas restrictivas del comercio de estas sustancias. (González et al. 2007)

En consecuencia, surge una nueva demanda: la necesidad de encontrar una nueva sustancia con una potencia analgésica semejante, pero sin problemas de dependencia. Es así que surge la heroína, un derivado de la morfina y tres veces más potente que ésta. Fue finalmente comercializada en 1899 para el tratamiento de enfermedades respiratorias. (Álamo y López-Muñoz, 2006)

La heroína adquirió un rápido éxito comercial, siendo utilizada ampliamente en todo el mundo, promocionada como antitusivo y también como tratamiento para la adicción a la morfina y el alcoholismo. En 1913 comienza a advertirse su potente capacidad adictiva, momento en que la compañía fabricante detuvo su producción y finalmente en 1924, el Congreso de EE.UU prohibió su uso. (López-Muñoz et al., 2011)

Todas estas leyes restrictivas han contribuido al diseño de una política criminal en materia de drogas de carácter prohibicionista, que sin duda ha contribuido al surgimiento del

mercado negro y al comercio ilegal, dando lugar a un abánico de fenómenos de delincuencia asociada hasta la actualidad.

Siguiendo con el autor, él mismo señala que en el siglo XX el problema de las drogas de abuso fue incrementándose paulatinamente en el mundo occidental, provocando un cambio a nivel mundial en los patrones de consumo, forjándose una concepción distinta del fenómeno, entendiéndose como un problema. Un ejemplo de ello es la bebida alcohólica que deja de estar asociada a la alimentación y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio.

En las últimas décadas han surgido otras como consumir, cocaína o drogas de diseño como el LSD e, incluso, debido a la sociedad tecnológica en la que vivimos también se consideran comportamientos adictivos el excesivo uso de internet, el teléfono celular o los videojuegos.

En este contexto, podríamos pensar como el fenómeno de las drogas ha sufrido un proceso evolutivo acorde con los tiempos, las creencias, las culturas, las religiones y también a la percepción social del fenómeno, delimitando así la legalidad e ilegalidad de unas y otras.

Se advierte cómo la morfina, la heroína y otras drogas comenzaron siendo medicamentos saludables que luego se convirtieron en símbolo de lo malo, lo prohibido, lo estigmatizado, depositarias de todo lo peligroso, el enemigo, llevando al adicto a ser excluido y señalado por la sociedad y cómo esta concepción ha cambiado, concediéndole otro lugar, donde se lo comenzó a incluir en diversos programas generados por políticas sociales que trataremos más adelante.

Es oportuno abordar aquí la “problemática del consumo”, y de cómo el abuso de las diversas sustancias psicoactivas modifica las necesidades y los anhelos normales de la persona y los reemplaza por prioridades nuevas relacionadas con la búsqueda y el consumo de drogas a pesar de sus consecuencias negativas. Esto afecta al cerebro de forma

fundamental, provocando comportamientos compulsivos que debilitan la capacidad para controlar impulsos.

A raíz de lo expuesto, resulta pertinente preguntarse: ¿entendemos la adicción como una enfermedad cerebral?

Ya en el s. XIX varios neurólogos comenzaron a proponer que la adicción era una enfermedad cerebral, idea que se difundió durante todo el s. XX en el ámbito médico y psiquiátrico, sobre todo adjudicado al alcoholismo (Kushner, 2010).

Pero quien ha permitido desarrollar y fijar este modelo ha sido el NIDA (National Institute on Drug Abuse) quien considera que la adicción es un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol. Estos cambios pueden permanecer mucho tiempo después de que la persona finaliza el consumo.

Courtwright (2010) y Volkow y Morales (2015) expresan que el NIDA considera la adicción como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la recaída, en un contexto social, con un claro componente genético y significativas comorbilidades con otros trastornos físicos y mentales (citados en Becoña, 2016)

En relación a esto, surge la siguiente interrogante: ¿qué sucede con las causas sociales y del entorno tan importantes para pensar la adicción?

En los últimos años han aparecido duras críticas al estudio de la adicción como una enfermedad cerebral. Hall, Carter y Forlini (2015) examinan la evidencia que existe sobre dicho modelo. Una de sus principales resistencias está dirigida a la idea de la adicción como una enfermedad cerebral crónica, dado que muchas personas con adicciones se recuperan sin tratamiento, lo que se conoce como “recuperación natural” (citado en Becoña, 2016)

Respecto al componente genético fijan otra discrepancia, señalando que la adicción no es un trastorno que ocurre sólo en los que tienen los denominados genes de las adicciones.

Gartner et al., (2009) indican que la predicción genética es igual que una simple historia familiar de consumo (Citado en Becoña, 2016). Por lo tanto, la genética hoy en día es poco informativa con respecto a la adicción.

Para Satel y Lillienfeld (2014) este modelo implica equivocadamente que el cerebro es el nivel de análisis más importante y útil para conocer y manejar las adicciones. Esto anula la dimensión de elección en la adicción, la capacidad de respuesta a los incentivos, y el hecho de que los sujetos utilizan drogas por diferentes motivos.

En contraposición, Nora Volken, directora del NIDA, explica que la consideración de la adicción como un trastorno o enfermedad cerebral no ignora el importante papel que tienen las presiones sociales como la soledad, la pobreza, la violencia y otros factores psicológicos y sociales:

"La adicción es, en efecto, muchas cosas (...) Nunca podremos solucionar la adicción si no podemos hablar de la miríada de factores que contribuyen a ella y abordarlos: factores biológicos, psicológicos, conductuales, sociales, económicos, etcétera. Considerarla como un problema médico tratable del cual las personas pueden recuperarse —y en efecto se recuperan— es fundamental para permitir una respuesta enfocada en la salud pública que garantice el acceso a tratamientos eficaces y reduzca el estigma que rodea a este trastorno". (NIDA, 2018).

Además, consideran que los factores genéticos sólo contribuyen del 40 al 60% de la vulnerabilidad a la adicción e indican que con frecuencia el abuso de drogas lleva a la aparición de distintos trastornos mentales (la conocida patología dual).

Dicho esto, es necesario reflexionar acerca de la contribución de la psicología a la comprensión, evaluación, prevención y tratamiento de la adicción, que nos permiten entender a las personas de forma integral, no sesgada o reduccionista, a partir de distintos enfoques psicológicos o biopsicosociales. Como bien dicen Hall et al. (2015) "La adicción es un

trastorno complejo biológico, psicológico y social que necesita ser guiado por varias aproximaciones clínicas y de salud pública” (p. 109)

1.2 Situación de consumo en Uruguay

La política de drogas en Uruguay tiene una larga trayectoria, siendo la Junta Nacional de Drogas (JND) el organismo rector en la materia. La misma promovió la creación del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) con el objetivo de recopilar y analizar en forma interdisciplinaria la información relacionada con las drogas, para la aplicación de los resultados en la formulación de estrategias y políticas públicas.

En 2019 se publicó la Séptima Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General (última encuesta realizada hasta el momento), destacando que el consumo de alcohol continúa siendo la sustancia más consumida por los uruguayos.

La ingesta de alcohol en los últimos 12 meses es declarada por el 77% de la población, de los cuales 23,9% presentan signos de uso problemático en distintos niveles. Se estima que 102.000 personas aproximadamente (5,2% de la población representada) requeriría una intervención sanitaria por su consumo.

La segunda droga más consumida en nuestro país es el tabaco. Aunque en forma más desacelerada, su ingesta continúa descendiendo. Para los últimos 12 meses el consumo declarado de tabaco alcanza al 32,7%, mientras que un 27,9% lo hacían habitualmente (últimos 30 días).

Por otro lado, la marihuana presenta un crecimiento constante en la población, luego del alcohol y tabaco, es la droga con la que más se experimenta. El 30% declara haber consumido al menos una vez en la vida y casi la mitad de estos, la ha consumido en los últimos 12 meses (14,6%).

Un dato interesante respecto a los psicofármacos, muestra que los mismos tienen un uso relevante en la población: en los últimos 12 meses un 13% los ha consumido. De estos, el 21% lo ha hecho sin prescripción médica, lo que constituye un dato de alerta.

En el análisis del fenómeno de drogas, otra población clave dado por la vulnerabilidad asociada a su ciclo vital es la adolescencia. En el año 2021 la Junta Nacional de Drogas (JND) a través del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) presentó la IX Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. El panorama general entre los adolescentes escolarizados reproduce al encontrado en la población general, pero con ciertas singularidades.

En síntesis, los datos presentados revelaron una alta persistencia en el elevado consumo de alcohol (8 de cada 10 estudiantes han consumido alcohol alguna vez en su vida), constatándose por primera vez una mayor proporción de mujeres que de varones. Además, casi 3 de cada 10 de los estudiantes han tenido uno o más episodios de abuso de consumo de alcohol en los últimos 15 días.

El Observatorio también advirtió el aumento muy relevante en la ingesta de bebidas energizantes respecto a la medición en 2018, siendo la sustancia más consumida por los menores de 15 años (7 de cada 10 estudiantes).

Finalmente aparecen con una presencia relevante el consumo de cannabis y tabaco con 19% y 15% respectivamente en el último año.

En suma, estos indicadores básicos son insumos para poder establecer un primer panorama en lo que al consumo respecta, y habilitar la detección de factores de riesgo y protección que permitan orientar acciones preventivas.

En ese sentido, la política en materia de drogas se enmarca en la perspectiva de salud pública e incluye factores sociales, educativos, sanitarios, económicos y políticos, entre otros.

A partir de esto, resulta inevitable reflexionar sobre el contexto de pandemia causado por el COVID-19 donde las autoridades sanitarias emplearon estrictas medidas de distanciamiento social para contener la expansión del virus, alterando así la vida cotidiana de las personas y generando múltiples consecuencias en las mismas.

El jefe de la OMS, Hans Kluge (2020), ha señalado que el aislamiento, el distanciamiento físico, el cierre de escuelas y lugares de trabajo, son desafíos que han afectado a las distintas poblaciones, siendo naturales las manifestaciones de estrés, ansiedad, miedo y soledad.

En efecto, las personas con trastorno por uso de sustancias constituyen una población más vulnerable a los impactos de la pandemia, con respuestas inmunitarias más débiles, mayor vulnerabilidad al estrés, malas condiciones de salud y comportamientos de alto riesgo. Además de encontrarse "lejos de una red socio-afectiva o de un tratamiento adecuado, más aún cuando la evidencia muestra que en condiciones previas a la pandemia, los usuarios problemáticos de drogas tienen mayores dificultades para acceder a los servicios asistenciales" (Rodríguez, 2020).

Esta situación ha roto en gran medida con tratamientos característicos del consumo problemático de sustancias, que incluyen estrategias grupales de tratamiento de los pacientes y sus familias en forma presencial, así como la inclusión de los usuarios problemáticos de drogas en el sistema comunitario, que forman parte de la red de atención actual.

Por lo anteriormente expuesto, se presume un aumento en el consumo de sustancias en la población general, como también en el consumo problemático. Así lo afirma la segunda encuesta sobre consumo de sustancias durante la pandemia al revelar que, cuanto mayor malestar psicológico —mezcla de síntomas entre depresión y ansiedad—, la persona consume más tragos de alcohol, más gramos de marihuana y más cigarros en una misma semana. “Ahí estamos viendo tres ansiolíticos”. (Ruíz, 2022)

Así mismo, los encuestados que admitieron tener más malestar psicológico fueron aquellos que además mencionaron que sumaron una droga nueva a lo largo de la pandemia o volvieron a consumir lo que habían abandonado anteriormente. “Las personas que mencionaron que consumían alcohol a diario son los individuos que tenían las puntuaciones más altas de malestar. Los que tenían puntuaciones más bajas eran los que consumían menos antidepresivos”, describió el investigador.

Respecto a esto, el sondeo reveló que uno de cada 10 encuestados (11,5%) tuvo una recaída o retornó a una droga que había dejado de consumir; mientras que un 7% declaró haber debutado con alguna droga; las más comunes fueron la marihuana y los psicofármacos.

Es importante mencionar que en Uruguay, existe desde 2013 la ley N°19.172 por la cual el Estado regula y controla la producción, comercialización y consumo del cannabis y sus derivados. Dicha ley "promueve la información, educación y prevención sobre las consecuencias del consumo de cannabis, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas." (IMPO, 2020)

Vemos como la reducción de daños se sugiere como un cambio de paradigma en la atención del uso problemático de drogas, dando paso a la concepción del fenómeno como un problema médico-sanitario, en contraposición a políticas más antiguas centradas en la penalización del consumo, donde el principal objetivo era únicamente la abstinencia.

Como señala la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el enfocarse exclusivamente sobre el objetivo de un país libre de drogas en todos los pacientes, podría vulnerar otros objetivos de salud importantes, como la prevención del VIH.

"La reducción de daños tiene sustento en la idea de que la población tiene el derecho a estar segura y apoyada aún cuando no esté preparada o decidida a abstenerse del consumo de drogas ilícitas. Una perspectiva de reducción de daños significa ofrecerle opciones a aquella población usuaria de drogas que les ayude a proteger su salud." (Wolfe y Csete, 2015, p.1).

Un ejemplo es el abastecimiento de equipo esterilizado para inyección a quienes se inyectan drogas.

Además, los autores manifiestan la importancia de esta perspectiva en cuanto a la atención a una amplia diversidad de problemáticas sociales y de salud, ya que las mismas configuran una puerta de entrada al sistema de salud y probablemente una forma de protección contra condiciones de vida o muerte. Por otra parte, pueden representar también un puente hacia el tratamiento por dependencia o el cese de consumo de drogas, aunque no sea una precondition o la única meta.

Por tanto, la reducción de daños responde a una nueva conceptualización sobre este asunto, donde el énfasis no apunta a la sustancia, si no al uso de la misma. Es desde esta perspectiva que el tema del consumo de sustancias psicoactivas es definido hoy por las autoridades como una problemática de carácter social.

Es de esperarse, que debido a la cultura de prohibición de las drogas, el modelo de reducción de daños es motivo de controversia en varios sectores de la sociedad, particularmente en el enfoque que adopta para responder con la adicción. Además, entre las críticas formuladas, se argumentó que el modelo no tenía un estándar por el cual se pudieran medir los resultados.

Debido a lo expuesto anteriormente, surge la siguiente pregunta: ¿Cuándo es oportuno pensar que el consumo se vuelve problemático para un sujeto? Para responder, es importante poder exponer sobre algunos conceptos, como lo son el uso, abuso y dependencia de las drogas, los cuales definiremos a continuación.

1.3 Uso, abuso y dependencia

En la actualidad, estos conceptos son controvertidos y se entienden de distinto modo según las sociedades, culturas, costumbres, etc. Se pueden establecer tres tipos básicos de relación:

El consumo de una sustancia tóxica, no implica necesariamente una adicción sino un uso. Este indica el consumo y/o utilización de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares. Debe entenderse como un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. (Fernández, 2009)

En cuanto al concepto de abuso, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) señala que la característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. (...) El abuso implica un daño, o una amenaza de daño a la salud física, psicológica o social del sujeto involucrado. (1995, p. 225)

Respecto a la dependencia de sustancias, el manual señala que la característica esencial consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Y añade que existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. (1995, p. 218).

El mismo manifiesta una discrepancia entre el abuso de sustancias y el de dependencia. En el abuso el sujeto no ha perdido la libertad frente a las sustancias, no siendo así en la dependencia donde sí lo hace. La cuestión de la dependencia resulta muy importante en la categorización de las adicciones ya que usualmente se utiliza como criterio de

demarcación de la pérdida del equilibrio fisiológico de un individuo (Le Moal & Koob, 2007).

El DSM-5 ha supuesto cambios significativos en relación a estos conceptos, donde en versiones anteriores se asumió que un diagnóstico de abuso era un precursor del posterior diagnóstico de dependencia. Ambas categorías son eliminadas, dejando de lado el modelo categorial y pasando a una conceptualización dimensional donde existe una única dimensión subyacente a los trastornos por consumo de sustancias.

Dado que desaparece la categoría de dependencia, por supuesto tampoco se aborda la distinción entre dependencia fisiológica y psíquica, aunque en la presente edición se haya incluido el ítem de craving o deseo intenso de consumir la sustancia, síntoma más evidente de la dependencia psicológica. (Portero, 2015)

Respecto al cambio realizado, es importante pensar que aunque estos términos no sean nombrados no significa que no estén, ya que de alguna manera persisten de forma operativa en la descripción de los ítems incluidos en el mencionado diagnóstico.

2. Patología Dual

2.1 Conceptualización y características

Muchas personas que padecen de algún trastorno por consumo de drogas también pueden llegar a sufrir otras enfermedades mentales.

Desde hace varias décadas los clínicos observaron un vínculo entre el tabaquismo y la esquizofrenia, pero el tema no tuvo gran trascendencia. El motivo se debe a que la enfermedad mental se consideraba una de las más graves y el tabaquismo no era entonces un problema de salud relevante. Posteriormente, la relación entre el alcohol y la psicopatología en general fue motivo de interés para muchos. (Cervera, 2013)

A modo de poder introducirnos en el tema, comenzaremos realizando una aproximación a la definición de los trastornos mentales severos y persistentes (TMSP) o también denominados como trastornos mentales graves y persistentes (TMGP).

Pardo (2014) plantea que "los TMGP se caracterizan por la evolución hacia un significativo deterioro de las capacidades funcionales, tales como autocuidado, autocontrol, interacción social, actividad ocupacional, aprendizaje y ocio, con el consecuente perjuicio para la calidad de vida de las personas afectadas". (Pardo, 2014, p.14)

En el año 1970, Feinsten introduce en el campo médico el concepto de comorbilidad para hacer alusión a cualquier entidad clínica que ocurre al mismo tiempo que otra (Mueser, Drake & Wallach, 1998). Posteriormente, en 1995, la OMS la calificó como la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

La terminología empleada es muy diversa. Bobes, Casas y Gutierrez (2011) mencionan que en el mundo anglosajón es conocida como diagnóstico dual, trastorno dual o trastornos concurrentes entre otros, aunque en el mundo hispano la denominación definitiva es la de patología dual.

Este concepto abarca innumerables combinaciones entre trastornos mentales y trastornos por abuso de sustancias, por eso su denominación como un fenómeno complejo y controvertido.

El médico psiquiatra Néstor Szerman, especialista en el tema e integrante de la Sociedad Española de Patología Dual, sostiene que el primer reconocimiento, a nivel internacional, fue la creación de una nueva sección dentro de la Asociación Mundial de Psiquiatría destinada a la PD, en noviembre de 2011. En tanto, en España y en América Latina, países como México y Argentina ya cuentan con instituciones que tienen por objetivo el tratamiento de esta patología.

La misma es concebida como una “nueva” nosología que ha permitido, de un modo informal, unificar dos campos que llevan años intentado unirse: la salud mental y la drogodependencia. (Lledó, 2012)

Se ha fomentado la creencia de que la PD en personas con TUS es la minoría; sin embargo, diversos estudios han demostrado una asociación estadísticamente significativa entre dependencia a sustancias y enfermedades (superior al 50%), según Minoletti (2000), el sufrir cualquiera de estos dos problemas, se asocia con un mayor riesgo de llegar a tener el otro. Este autor además considera que una de las características de la PD es el peor pronóstico que tiene en comparación a cada uno de sus componentes por separado, tanto por la peor respuesta a las distintas formas de tratamiento, como por el mayor número de complicaciones físicas, psicológicas y sociales asociadas.

La literatura previa, señala que las causantes de por qué ocurre esto siguen siendo un enigma, los estudios que abordan el tema arrojan resultados poco claros e inconclusos.

Según la Red de Salud Mental de España se barajan tres hipótesis sobre el desarrollo de la PD, basándose en el orden de aparición de los trastornos y la influencia existente entre ellos:

- 1 · Las adicciones, con o sin sustancia, son trastornos primarios e inducen la aparición de un trastorno mental, principalmente en aquellos casos donde hay una vulnerabilidad previa.
- 2 · Teoría de automedicación: las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. La elección de la droga no es un proceso al azar, sino que se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas.
- 3 · La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, factores medioambientales).

Estos pacientes “duales” son pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social y constituyen un reto terapéutico no sólo a nivel individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a partir de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental. (Torrens, 2008)

2.2 Diagnóstico y tratamiento

Actualmente esta categoría no está presente dentro de los manuales diagnósticos psiquiátricos como el DSM-IV-TR y el CIE-10 a pesar de ser utilizada por profesionales, generando confusión en los equipos de trabajo. Es por ello, que ante la falta de consenso en su definición es pertinente preguntarse ¿Cómo se trabaja diariamente con esta población?

Según la Red Salud Mental de España (2020) actualmente, la intervención en pacientes con PD, se aborda desde tres modelos distintos, de acuerdo a la forma en que actúan las redes de atención:

- Secuencial: Se comienza a intervenir en un recurso (salud mental o adicción) y posteriormente se continúa en el otro. Este es el modelo que se ha usado con más frecuencia.
- Paralelo: Es una intervención simultánea en el tiempo, en el que se acude a dos recursos para trabajar por un lado las adicciones y por otro la salud mental.
- Integrado: Se realiza una intervención unificada que tiene en cuenta las necesidades de la persona. Un solo equipo combina los elementos terapéuticos de ambas redes. Se plantea una atención integral, estructurada y prolongada en el tiempo.

La mayoría de los programas ofrecidos hoy en día atienden de forma secuencial o paralela la enfermedad. Según Priester et al. citados en Marín-Navarrete, Szerman y Ruíz

(2018) una posible explicación puede atribuirse a la escisión de los sistemas de salud pública, que separan las redes de tratamiento para los TUS y para otros trastornos mentales en muchos países, situación que incrementa los costos de la atención, y reduce la efectividad del tratamiento, lo que genera una compleja navegación del paciente por el sistema de salud y fomenta el fenómeno del paciente de la puerta giratoria, que se caracteriza por: la pobre adherencia, abandono al tratamiento, recaída y rehospitalización.

Entre 2013 y 2014, se llevó a cabo en el Hospital Vilardebó un estudio exploratorio descriptivo sobre este fenómeno, encontrando que dentro de los pacientes con reingresos frecuentes (entre estos, personas con trastorno límite y antisocial de la personalidad, trastorno bipolar y esquizofrenia), más de la mitad (un 52%) consumían sustancias psicoactivas, siendo la pasta base de cocaína la más consumida (73 %), seguida de alcohol (67%), marihuana (61%) y cocaína (27%). Se destaca que más de un tercio de la población total presentó consumo de 2 o más sustancias (entre 33% y 47%) (Pezzani, 2017).

Según Sellman (2010) esto representa un problema ya que es infrecuente encontrar pacientes que acuden a los servicios ambulatorios de adicciones con problemas únicamente de adicción y el mero diagnóstico de un trastorno adictivo deja las otras dimensiones psicopatológicas de los trastornos mentales sin detectar, y viceversa. (Citado en Uribe, Morta y Cortés, 2007)

En el país contamos con centros específicos que tratan la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves, así como, por otro lado, se encuentran las instituciones que se encargan de la rehabilitación del consumo problemático de sustancias. Algunas de ellas, especializadas en trastornos por abuso de sustancias no permiten la entrada a sus programas de tratamiento a usuarios que presentan comorbilidad y que requieren apoyo farmacológico. Por otro lado, en los centros de rehabilitación para pacientes con trastornos psicóticos, la

existencia de abuso de sustancias actual aplaza o excluye el ingreso. (Redes, Brescia, Wschebor y Gutiérrez, 2013)

En Uruguay las prestaciones básicas para el tratamiento de las personas con uso problemático de drogas son brindadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Para complementar dichas prestaciones se crea la RENADRO (Red Nacional de Drogas) que ofrecen una gama de dispositivos que completan la oferta de servicios disponibles. Dentro de ella, se encuentra el Centro Chanaes, un dispositivo residencial específico para el tratamiento de la PD ubicado en el departamento de San José. La característica de la intervención es la flexibilidad, procurando adaptar el sistema terapéutico a la particularidad del usuario, interviniendo sobre la globalidad del mismo e intentando no focalizar la labor terapéutica en el problema concreto de abuso de sustancias.

Siguiendo con los autores antes mencionados, el modelo integrado es el más recomendado ya que es de suma importancia comprender a la patología dual como algo más que la suma de dos diagnósticos, donde deben establecerse protocolos de intervención entre ambas redes de atención, ya que de esto va a depender en gran medida la eficacia del tratamiento. Es de gran importancia en estos casos contar con una rehabilitación acorde para esta población y para cada sujeto con sus particularidades e historia.

Dicho esto, surge la siguiente interrogante: ¿qué genera para la persona padecer patología dual? ¿Es el adicto y/o enfermo mental incluido en los ámbitos sociales, laborales, comunitarios, etc? A partir de esto, resulta necesario profundizar sobre el estigma en dicha población.

2.3 Estigma

Desde el contexto de la salud mental y las adicciones es de suma importancia desarrollar el concepto de estigma para poder afrontar su impacto en los problemas de salud y comportamientos de consumo.

Sobre el significado de la palabra estigma, una definición general es la que propone la Real Academia Española (2019) que la define como una señal o distintivo en el cuerpo, una marca impuesta.

Goffman (2003) lo define como un atributo por el cual un individuo es clasificado y etiquetado de manera negativa, destacando el rol del entorno social y del diagnóstico o etiqueta en el origen del mismo.

Siguiendo esta concepción del estigma como un proceso que va más allá del individuo, Alpuj y Borges (2010) entienden el estigma es una construcción social, producto de actitudes o comportamientos, que crean un prejuicio sobre un grupo de personas, lo que conduce a la discriminación.

Sin embargo, Link y Phelan (2001) propusieron una definición sociológica del estigma como un amplio concepto que vincula diversos componentes, describiéndolo como un proceso en el que se encuentran distintos componentes que se relacionan entre sí de la siguiente manera: en primer lugar, las diferencias existentes entre grupos o individuos y la atribución de etiquetas. En segundo lugar, el vínculo entre las diferencias negativas y la creación de estereotipos. Por último, la separación entre “ellos” y “nosotros” como forma de discriminación y validación del discurso negativo contra las disidencias.

Una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental (...) Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo. (OMS, 2002, p.2).

A pesar de su prevalencia, los trastornos mentales son poco conocidos y con frecuencia son asociados a mitos o creencias.

La enfermedad mental está relacionada con la vulneración de derechos humanos que sufren las personas y sus familias a partir de un diagnóstico psiquiátrico, situaciones de exclusión sociofamiliar e incluso falta de protección y de tratamientos brindados por el Estado.

Steadman et al. (1998) señalan que el diagnóstico psiquiátrico supone una marca que aleja a quién lo presenta de la normalidad, pasando a ser percibidas como personas agresivas, peligrosas, impredecibles, etc. (Citado en Braña et al., 2001)

El estigma tampoco es ajeno en el contexto de las drogodependencias. La imagen que la sociedad tiene de los consumidores de drogas se articula en torno a informaciones, ideas y escenas que habitualmente reflejan comportamientos alejados de lo socialmente normativo: marginalidad y desviación social. (Braña, 2001).

El estigma no solo influye en las personas consumidoras antes de iniciar un tratamiento, sino también durante su realización y después de él. Tal como expresan Mota, Noto y Santos (2014) y Arctander en Prieto (2019), las personas que sufren un trastorno adictivo son vinculadas usualmente, y de forma estereotipada, con la violencia, el narcotráfico y la prostitución sobre todo en el caso de las mujeres consumidoras. Los autores señalan que se etiquetan a estas personas como responsables de su problema, se asocia con el concepto de “vicio” y la falta de voluntad, olvidando que un trastorno adictivo es un problema de salud.

Pero los prejuicios datan de mucho tiempo atrás. Se dice que “históricamente las sociedades han tendido a segregar lo diferente, expresión de ello es el aislamiento histórico que las mismas han generado hacia las personas con enfermedades mentales”. (Del Castillo, Villar y Dogmanas, p.84).

Foucault en su obra "Historia de la locura" (1967) describe cómo los “locos” eran separados del resto, tratados como pecadores y se consideraba a la enfermedad como un castigo divino.

A lo largo de la historia, surgieron diferentes concepciones de la locura y de los sujetos que la padecían, generando grandes cargas como retraimiento, vergüenza y sentimientos de desvalorización, tanto para la persona como para su entorno.

En muchos casos, esto determina y amplifica las dificultades de integración social y laboral de las personas, ya que las actitudes sociales de rechazo hacia ellas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales adicionales que aumentan su riesgo y marginación. (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009)

Producto de esta pasividad y alejamiento de las relaciones sociales aflora la construcción de una identidad alienante: una nueva forma subjetiva de habitar el mundo como sujetos estigmatizados. (Gutiérrez, Rossi y Prieto, 2003). Este cambio en la identidad de la persona, quien pasa de una historia previa a ser para los otros “el enfermo”, “el esquizofrénico”, “el loco”, "el adicto", interioriza la percepción del medio sobre él mismo, afectando el control de su propia vida y sufriendo una detención de los proyectos vitales.

Por tanto, es posible sostener que la imagen del drogodependiente y del enfermo mental, conectan en varios puntos: rechazo, marginalidad, conductas violentas, etc. En cualquiera de los casos, las consecuencias del proceso de estigmatización son amplias y diversas, afectando a la totalidad de las áreas de la persona y su entorno próximo.

A continuación se hará una presentación de algunos de los centros que tienen un enfoque hacia la rehabilitación y apoyo a esta población vulnerada.

3. Modelos de abordajes psicosocial y terapéuticos

Partiendo del supuesto de que "el sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido" (Zito Lema, 1985), cabe aclarar que el siguiente relato surge de una experiencia singular, pero en la escritura de este capítulo conviven muchas voces, desde supervisiones con docentes y compañeros/as de ambas prácticas, equipos de coordinación, psicólogos/as y talleristas de cada grupo del que fui parte y los propios usuarios, espacios y personas que me han invitado continuamente a pensar distinto, siendo atravesada por los intercambios, así como con el sentir y el pensar que se fue co-construyendo.

Las personas que sufren trastornos mentales graves y crónicos presentan problemas muy complejos que afectan diferentes aspectos tales como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

Como menciona Arias et al. (2002) la Rehabilitación Psicosocial, es un concepto relativamente nuevo que ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria de esta población.

Actualmente existen distintos dispositivos en los que se trabaja abordando la rehabilitación psicosocial ya sea en hospitales, centros diurnos u otros lugares específicos dentro de la comunidad.

Del Castillo (2011) define la rehabilitación como "un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. (p. 85).

La rehabilitación debe tener como objetivo la preservación de importantes áreas que se ven afectadas en las personas con enfermedad mental y que son considerados derechos

humanos fundamentales (vivienda, trabajo o la posibilidad de disfrute y placer). (Techera, Apud y Borges, 2009)

A continuación se presentarán dos centros ubicados en la ciudad de Montevideo (Uruguay), los cuales también formaron y forman parte de mi práctica y experiencia pre profesional.

Hospital Vilardebó

A modo de caracterizar formalmente al servicio podemos decir que el hospital Vilardebó es el centro de referencia nacional en alteraciones mentales en el país. Se podría clasificar como servicio especializado de tercer nivel en la organización de los niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), brindando atención integral a los/as usuarios de ASSE afectados/as por episodios críticos de patologías psiquiátricas.

Por ser un hospital público, la mayoría de los usuarios son de bajos recursos, lo que determina que los problemas de salud mental se vinculen directamente con problemas de carácter social y económico. Esta institución se caracteriza además, por contar con una importante población de usuarios judicializados quienes ante una declaración de inimputabilidad son remitidos a disposición del hospital.

La institución cuenta con una puerta de emergencia, un sector de internación, una policlínica especializada en salud mental y un centro diurno donde se llevan a cabo diferentes actividades enmarcadas dentro de un proceso de “rehabilitación” de los pacientes.

En lo que refiere al Centro Diurno, el mismo maneja una lógica distinta a la médica-psiquiátrica visualizada en el resto del hospital, aunque de todas maneras en varias ocasiones es necesaria la coordinación con los equipos intersala. Respecto a esto, el contacto más dificultoso de establecer fue con el equipo de enfermería, donde a veces no se continúa el trabajo de rehabilitación. Esto genera una cortocircuito en el seguimiento de los pacientes,

ya que son éstos los que comparten la gran parte del tiempo con los internos, conocen su cotidianidad y sus particularidades, pero a veces, ese rol es percibido de una forma más escueta, vinculado a la higiene o al suministro de medicación, donde prevalece una lógica de no actividades, de "tiempo muerto", de descuido hacia los usuarios, que frecuentemente asocian al desgaste del trabajo con esta población, frustración, hartazgo e impotencia y que hace que se descuiden aspectos fundamentales de la rehabilitación.

Es de suma importancia plantear aquí, que desde las directivas sería importante que se procure que el hospital siga una lógica común a todos, para de esta manera poder alinear los objetivos y que la rehabilitación integral del usuario atraviese a toda la institución.

Desde el Centro Diurno se intenta que el usuario logre generar redes que le permitan insertarse en la comunidad y posicionarse de una manera distinta ante los demás y ante sí mismos, que pueden adquirir elementos para poder desenvolverse en su ambiente, tener conciencia de su enfermedad y conectar con sus deseos y proyectos de vida vitales.

Para alcanzar estos objetivos se trabaja con usuarios ambulatorios e internados, en instancias tanto individuales como grupales, los cuales describiré a continuación de acuerdo al grado de participación obtenido.

Taller Literario

Tiene como objetivo generar vínculos entre los usuarios de sala, fortalecer la capacidad reflexiva, la función simbólica que muchas veces está afectada en algunos trastornos mentales, estimular la creatividad de los sujetos y su historización, entre otros.

Taller de Música

Tiene un objetivo lúdico, de expresión y enunciación de sentimientos y pensamientos a través de la música, así como también tiene que ver con el manejo de los ritmos, respetar

los tiempos del otro, el trabajo en equipo, la búsqueda de un sentido estético y de la armonía. Busca generar relacionamientos distintos a los que comúnmente se ven en la internación, explotar el potencial de cada uno, su talento y la exploración de modos de expresión distintos a la palabra.

Taller de Teatro

Quienes padecen esta enfermedad pueden ver afectada su motricidad, por lo cual es importante incluir ámbitos de expresión corporal. Además esta actividad ayuda a la tramitación a través del "como sí" de experiencias traumáticas, la puesta en juego del cuerpo, del conflicto interno, a mirarse a sí mismos desde otro lado a través de la actuación.

Taller de Chi Kung

Alude a una diversidad de técnicas que comprende la mente, la respiración y el ejercicio físico. Se intenta incorporar en los usuarios hábitos de ejercicio y colabora a que la persona se relaje y vuelva a conectar con su cuerpo, ya que a la apatía habitual se pueden sumar efectos derivados de la medicación y secuelas del paso por la internación, que expone la falta de vitalidad en ellos. Trabajar con la respiración y el movimiento de los pacientes, permite habilitar tanto su expresión de emociones como aumentar su propia psicomotricidad, habilitando cambios en el relacionamiento consigo mismos y con los demás. Por otra parte, se promueve la cohesión del pensar y el sentir, haciendo que ambos procesos no estén disociados uno del otro.

Taller de Paseos

El pasaje del mundo exterior a la institución psiquiátrica, modifica toda la vida cotidiana del individuo, separándolo de todas las redes que mantenía anteriormente. A partir

de esto, se perciben ciertas dificultades para afrontar las demandas del ambiente y la deficiencia para manejarse autónomamente en el "afuera" luego del alta. Es importante que los usuarios no "se encierren" dentro del Centro y puedan ir más allá de lo que allí tengan.

Este grupo tiene como objetivo potenciar recursos de participación social, vincularse de una manera más participativa con su entorno, apoyando y fomentando un funcionamiento más autónomo, integrado e independiente posible, así como el desempeño de roles sociales normalizados.

Taller de Vida Cotidiana y Cuestiones Sociales

Pensando en que la mayoría de los usuarios vienen de internaciones muy largas y la desconexión con el exterior es casi total, se intentan abordar cuestiones más bien prácticas vinculadas a la cotidianidad (compras, alimentación, relaciones, derechos, transporte, dinero, empleo, cuidado y autocuidado, conductas saludables, etc) orientadas al manejo fuera del hospital. La idea es que "el afuera" no resulte tan violento para ellos y puedan prepararse por ejemplo para una posible entrevista de trabajo, comenzar a estudiar, etc.

Taller de Informática

Busca inculcar nociones y herramientas básicas y útiles para la vida fuera del Centro, por ejemplo el uso del correo electrónico, de redes sociales, la lectura de noticias, creación de CV, esparcimiento, etc.

Taller de Cocina

La cocina tiene un rol importante ya que los usuarios aprenden a llevar adelante un procedimiento, apelando muchas veces a la memoria. Aprenden a manejar el tiempo, a saber

esperar, a utilizar medidas. Además, desarrollan habilidades como el trabajo en equipo y la psicomotricidad.

El espacio posibilitó también la puesta en marcha de un emprendimiento llevado a cabo por los propios usuarios llamado "Cocinando Sueños" donde se vendían las preparaciones que realizaban dentro del hospital. Otros lograron apropiarse de alguna preparación y la utilizaron como una salida laboral que les permitió de alguna manera autosustentarse fuera de allí.

Biblioteca móvil "Rodando Libros"

Este proyecto estuvo orientado a facilitar el acceso a la lectura durante el período de internación. Se configuró como un sistema de préstamos de libros, revistas, poemas, etc, mediante recorridas semanales tanto en el sector femenino como masculino. Así mismo, la construcción de la biblioteca ambulante tuvo el objetivo de hacerla circular por todas las salas de internación y de esta manera hacerla más visible y atractiva para todos. La biblioteca fue construida a partir de una cuna de hospital antigua que fue acondicionada para dicho fin. En un principio, los usuarios se acercaron con curiosidad a preguntar de qué se trataba. Allí se les explicaba el funcionamiento del método de préstamos y a partir de sus intereses se recomendaba un género o libro puntual, aunque eran ellos los que finalmente lo elegían.

Durante esta actividad los cambios se notaron de inmediato, ya que al ingresar la mayoría de las personas dormían o deambulaban sin actividad alguna. Al retirarnos, se podía ver como los libros habían despertado interés y cambiado por completo el ánimo en la salas.

Grupo de egreso

Pensando en la rehabilitación como un proceso con un comienzo y un fin, en este taller se prepara a los usuarios para poder dejar el Centro Diurno, hacer un cierre de su

transcurso por él y poder concretar ciertas ideas que se van tejiendo a medida que van pasando por los espacios, por ejemplo poder estudiar y/o trabajar, contactar con otras instituciones, buscar otras redes de contención, etc. Busca que cada persona pueda elegir su propio camino y que desde el centro sea apoyado y asesorado en el cumplimiento de esas metas, pudiendo tramitar los miedos y ansiedades propias del alejarse de su lugar de referencia para algunos, desde hace muchos años.

Grupos Multifamiliares

Este tipo de dispositivo pretende no solo trabajar con el usuario sino también hacerlo con su familia o su círculo de apoyo.

El consumo, las situaciones de violencia en momentos de agudeza, la incomprensión de la enfermedad, el miedo, el hartazgo, la falta de apoyo, las múltiples internaciones, van rompiendo los lazos sociales del sujeto con la comunidad y la familia, haciendo que muchas veces "deposite" al miembro enfermo en manos del sistema de salud.

El Centro Diurno no está ajeno a esta realidad, la idea de este espacio es poder acercarse a las familias, conocer cómo vivencian la enfermedad y el proceso de rehabilitación del usuario. Además, se brinda un espacio para poder tramitar frustraciones que van surgiendo y poder recibir el asesoramiento sobre cómo trabajar en distintas situaciones. El compartir con otras familias que transitan una experiencia similar también resulta de gran apoyo, nutriéndose unas de otras y principalmente poder volver a conectar al sujeto con su familia, ya que ellos serán el sostén del sujeto en todo el proceso de rehabilitación y con quienes se puede contar ante las eventualidades que surjan.

Grupos Terapéuticos

Los grupos terapéuticos cumplen un rol sumamente importante. Son coordinados por distintos profesionales (generalmente dos) que pueden ser psicólogos, asistentes sociales, psiquiatras, etc. Por este motivo, su dinámica depende mucho de quien los coordine y los lleve adelante.

Primeramente es una instancia que propone la circulación de la palabra y la escucha de manera grupal, comenzando con la participación espontánea, preferentemente de alguno de los integrantes del grupo. De lo contrario, los coordinadores proponen algún tema de interés con el cual los usuarios puedan sentirse identificados o con la necesidad de compartir con los demás y de esta manera comienza a fluir el diálogo. Las temáticas que se abordan son diversas y abarcan múltiples focos. El hecho de discutir las dentro del grupo, colabora a producir estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad, generando un gran efecto terapéutico y disminuyendo los sentimientos de soledad y momentos de aislamiento que son habituales en estos pacientes.

De esta manera los integrantes comienzan a tejer trazos grupales que de alguna manera alojan al sujeto. Una red que hace que se sientan "parte", donde pueden expresar su malestar y poder salir de ciertas posiciones.

Además actúa como grupo de referencia y sostén para sus miembros, brinda herramientas para confrontar pensamientos persecutorios que se tengan presente, alivia el sufrimiento al encontrar en otros miembros del grupo los mismos sentimientos, también permite contrastar la realidad de sus experiencias, recibir apoyo y apoyar a los demás, así como el aprendizaje para relacionarse con otros.

Sobre el final de la reunión se hace una devolución grupal general, cuestiones que resonaron, un eco de lo que salió de ellos que vuelve de una manera unificada.

Grupo de Consumo Problemático

A partir de las modificaciones en el abordaje de la salud mental que se vienen instrumentando hace algunos años a nivel nacional, se propone que el consumo problemático de sustancias psicoactivas debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, siendo las personas incursas en él sujetos de todos los derechos y garantías en relación con los servicios de salud.

Dentro del Centro Diurno, esto implica que para este grupo de pacientes es necesario abordar no sólo el tratamiento de su psicosis sino también el del consumo de sustancias a la hora de mejorar su evolución, motivo por el cual se piensa en la creación de dicho espacio.

Su funcionamiento y objetivo es semejante al de un grupo terapéutico, pero con la particularidad de que el tema central de diálogo es el consumo. Se intenta ofrecer a los usuarios un sostén, que logren acotar esos aspectos más narcisistas de la personalidad tan común en los adictos, su parte más impulsiva (la respuesta inmediata), cooperando con la regulación de los tiempos de espera y promoviendo el respeto por los demás. También la participación en el grupo ayuda a que puedan alejarse del ritmo acelerado de las salas o la ciudad y logren utilizar el espacio como un momento de relajación y desconexión.

Para ello, se intenta abrir un abanico de posibilidades, que puedan plantearse objetivos alcanzables, alejarse del encierro interior, permitirse el diálogo con otros, escuchar a otros, sentir que puede hablar de la problemática, que se compartan e intercambien experiencias similares, estrategias de afrontamiento, saber que a otra persona le puede resultar útil lo que dice y que puedan ir recortando esos pensamientos que los perjudican respecto al consumo.

En relación a los múltiples espacios ofrecidos, es importante aclarar que desde el equipo de trabajo, se intenta que los talleres tengan algún tipo de comunicación entre ellos y sigan una lógica que de alguna manera genere en la persona la idea de unidad y el proceso sea más efectivo. Se busca que el tránsito por los talleres posibilite que los usuarios conecten

con sus partes más sanas, con las potencialidades y habilidades que tenían o que debido a la internación quedaron suspendidas.

Por otro lado, esta experiencia se vio atravesada por la emergencia sanitaria generando muchas incertidumbres. La participación de los practicantes fue interrumpida en varias ocasiones por brotes del virus y contagios masivos en el hospital. Esto condujo al Centro Diurno a la búsqueda de nuevas estrategias de trabajo, haciendo una separación de poblaciones que acotaba la cantidad de personas a la mitad, (contrariamente a los grupos pre-pandemia donde permanecían todos juntos, hombres y mujeres, usuarios ambulatorios y de sala). Esto afectó a todos los dispositivos, limitando las tareas no sólo a nivel de cantidad de participantes sino también a nivel de los procesos, haciendo que muchos de los usuarios se "pierdan en el camino", ya que la mayoría de ellos tienden a la desconexión con los equipos de salud, resultando en una serie de intervenciones aisladas. Como forma de mitigar la situación, se intentaron favorecer los seguimientos individuales con los usuarios y el contacto con sus familias mediante videollamadas.

La pandemia también generó efectos no buscados, grupos pequeños donde se podían trabajar otras cosas, permitiendo por ejemplo el despliegue de cuestiones más personales y familiares, que promovieron otros tipos de vínculos que en el pasado no se habían logrado. "El arte de trabajar con las incertidumbres", como proponen Rebellato y Gímenez (1997) en cuanto a escenario de acción plausible de modificarse en función de azares y devenires. (p. 26)

Por otra parte, durante el transcurso de la mencionada práctica, la institución se encontraba de frente a nuevos cambios a nivel del paradigma asistencial, instaurándose un nuevo concepto de "recuperación" donde el sujeto adquiere un rol protagónico en su proceso de rehabilitación y tratamiento. Dicho modelo busca que el sujeto recupere un sentido de vida, un proyecto de su existir, haciendo hincapié en el empoderamiento del usuario, en la

toma de decisiones con respecto a su proceso de rehabilitación. El técnico tiene un rol más horizontal, contrariamente al vínculo establecido en el modelo médico hegemónico, aquí ocupa un lugar de acompañante.

Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo

El Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSP) nació bajo la forma legal de una Fundación sin fines de lucro, y surge en el contexto de la vuelta a la democracia después de años de dictadura y frente a la movilización comunitaria de los colectivos vinculados a la Salud Mental que participaron en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental en 1986.

Está dirigido a una población más bien joven y adulta, que padece severas perturbaciones psíquicas (psicosis, trastornos del desarrollo, retraso mental leve y eventualmente trastornos de la personalidad con bajo funcionamiento y trastornos bipolares).

Actualmente se brinda orientación y trabajo psicoterapéutico individual, grupal y familiar a más de 300 usuarios y sus familias, adaptado a las diferentes etapas y necesidades de cada uno. Para ello, se intenta potenciar sus recursos así como el fortalecimiento del vínculo con la realidad de forma participativa y creativa, en pos de un equilibrio psíquico y funcional.

Siguiendo los principios de la Rehabilitación Psicosocial se incorporan diversas actividades grupales, entre ellas: psicoterapia grupal, grupo de orientación y seguimiento, asamblea comunitaria y talleres de expresión tendientes al estímulo creativo, fortalecimiento de la autoestima, y a la obtención de logros en la autonomía. Se plantean además otras propuestas que apuntan al entrenamiento social y en habilidades de la vida cotidiana, manejo del estrés, diseño de objetivos graduales y progresivos con evaluación continua de los mismos. A continuación se describirán algunos programas en los que adquirí una mayor inserción:

Grupo Matinal

Este espacio está dirigido específicamente a personas que iniciaron sus trastornos tempranamente y presentan un déficit significativo en su desarrollo. De hecho, su principal objetivo es que los usuarios reciban orientación y apoyo hacia una mayor autonomía, mejoría en los hábitos sociales y en la calidad de vida.

Las actividades que comprende son:

- Labor grupal
- Talleres de expresión plástica, corporal, teatro, musical
- Taller de lecto-escritura y cálculo
- Seguimiento terapéutico individual (semanal) y familiar (mensual)

Club del Sur

Refiere a un espacio socio recreativo que funciona los días sábados, donde se pretende que la persona pueda ampliar su red social. Se promueven las salidas grupales, actividades recreativas, deportivas y culturales así como paseos al aire libre.

Comunidad Terapéutica

Es un Centro Diurno de puertas abiertas, que funciona de lunes a viernes de 14 a 18 horas. Apunta a la rehabilitación social integral de jóvenes y adultos con perturbaciones que afectan su funcionamiento social, familiar y ocupacional.

La propuesta busca promover la participación de los usuarios en un contexto grupal, privilegiando la integración de la familia.

Algunas actividades con las que cuenta el programa son:

- Talleres de expresión: plástica, música, teatro, literatura, pilates, estimulación del desarrollo cognitivo

- Talleres de elaboración artesanal: cocina, y artesanías.
- Actividades recreativas
- Asambleas comunitarias
- Meriendas comunitarias
- Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida cotidiana
- Psicoterapia individual si lo requiere.
- Psicoterapia grupal
- Trabajo con la familia de forma individual y multifamiliar.

Debido a que la mayoría de las personas con TMS están desempleados o excluidos del mundo laboral, es de suma importancia resaltar además, los programas de capacitación e inserción laboral dictados en el Centro, ya que los mismos son un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de sus usuarios.

Dichos espacios se orientan a la búsqueda de empleo y hacia una inserción social y laboral integral, destinado a jóvenes y adultos que presentan dificultades en el ritmo de aprendizaje, lo que les dificulta acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos.

Los cursos son llevados adelante por profesores especializados, que se adaptan a los ritmos y capacidades de cada uno. Además el centro posee diferentes convenios para la realización de pasantías laborales en MEC, IMM, MIDES y cocina y huerta en Vilardebó, entre otros.

Se destaca el papel fundamental de ambos Centros en la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración y participación social. Muchos de estos logros, son imperceptibles o mínimos, pero generan efectos posibles de ser observados a través del tiempo y del insistir.

Consideraciones finales

Durante mi participación en ambos centros pude observar que muchos usuarios que asistían por haber sido diagnosticados con un trastorno mental, a su vez expresaban grandes preocupaciones respecto a su propio consumo, denotando ciertos vacíos en su atención.

A raíz de esta experiencia, surgió en mí la necesidad de repensar los sistemas asistenciales relacionados a las adicciones, entre los que, por supuesto, se hallan los orientados a adictos comórbidos. Así como reflexionar sobre diversos aspectos de ambos campos, las semejanzas y barreras de la práctica psiquiátrica y de la adicción.

A mi entender, la existencia de dos redes asistenciales no es eficaz y deja a muchos pacientes sin diagnóstico y, por tanto, sin acceso a un tratamiento integral, siendo los pacientes con patología dual los más afectados por esta separación, al ser desviados de un sistema a otro (Zimberg, 1996).

Las enfermedades mentales implican determinados problemas que no afectan solamente a quienes lo padecen, sino a la sociedad por completo. Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con TMS, así como las barreras y desventajas sociales a los que se enfrentan, hacen de esta población un grupo especialmente vulnerable ante posibles abusos o situaciones, encontrando ciertos obstáculos para la plena adquisición y ejercicio de sus derechos como ciudadanos. Dentro de este colectivo, se observa que las personas que además poseen un consumo problemático, presentan una especial situación de vulnerabilidad.

Si bien han habido avances respecto a varias nociones relacionadas con la salud mental, cabe preguntarse: ¿realmente estamos transitando un cambio de paradigma?

En Uruguay, la atención en salud mental se ha basado fundamentalmente en el modelo manicomial y de encierro, centrado en la internación en instituciones psiquiátricas en donde las personas muchas veces se encuentran en situaciones alarmantes, vulnerando sus derechos

en cuanto a tratamientos y calidad de atención, así como edificaciones, de higiene y superpoblación. Pero esta no puede ser la única respuesta a la problemática de salud mental.

Se ha logrado un avance con la Ley de Salud Mental (2017) y la creación del Plan Nacional de Salud Mental (2020), el cual apunta a garantizar los derechos de las personas que padecen trastornos mentales, promoviendo así, la inclusión y participación de estas en la sociedad. Se propone un cambio de paradigma en cuanto al modelo de atención, apuntando al modelo comunitario, destacando la importancia del contexto y planteando el cierre de los establecimientos asilares y monovalentes para el año 2025, aunque hay un largo camino por delante.

La ley también hace énfasis en la no discriminación, resguardando al usuario contra la estigmatización y el abuso. Destaca los derechos del mismo en los servicios de salud, como lo son, el derecho al trato digno y singular (Ley 19529, 2017).

Además, el modelo considera imprescindible la participación de la población en general y la familia del usuario en particular para lograr su empoderamiento.

Por ello, es importante pensar en el trabajo no solo con las personas consumidoras, sino tener en cuenta la responsabilidad y la influencia que poseen en estos procesos aquellos que les rodean: la familia, profesionales de la salud, personas implicadas en políticas públicas, medios de comunicación, entre otros, que de manera directa o indirecta inciden sobre la problemática.

Aun así, con el cierre de algunos hospitales y el cambio de paradigma resulta difícil cambiar la imagen que tiene la sociedad sobre estos sujetos. Hay una falta de información e ignorancia sobre el tema que debe ser atendida, ya que es algo que está naturalizado e internalizado dentro de todos los actores sociales y que obstaculiza cualquier tipo de progreso en la rehabilitación psicosocial. Como afirman Alpud y Borges (2010) la exclusión, la estigmatización y el encierro son parte del cóctel que brindan las instituciones manicomiales

lo cual, además, influye en la forma en que la sociedad asume y entiende los trastornos mentales

En cuanto a la intervención, considero de suma importancia el trabajo de reinserción que se lleva adelante en los Centros de Rehabilitación, ya que he podido acompañar y observar el empoderamiento de sus usuarios, convirtiéndose en conductores y protagonistas de su propio proceso de rehabilitación. Además, es necesario destacar el lugar que se le está dando a la inclusión de las familias en los procesos de intervención psicosocial, acompañándolos en el proceso y brindándoles contención en los momentos de crisis para seguir apostando a futuros progresos.

Para concluir, aspiro poder seguir trabajando sobre dicha temática y generar conciencia sobre la enfermedad de la patología dual. Así mismo, es fundamental desde nuestra labor como psicólogos la formación sobre esta problematización y la toma de contacto con los derechos de la salud mental, resultando imprescindible el compromiso ético-político en la labor de los profesionales en esta área.

La presencia de la Facultad de Psicología en territorio es primordial para acercar a los estudiantes a esta realidad y posibilitar el trabajo con esta población y los equipos interdisciplinarios.

Bibliografía

- Álamo C, López-Muñoz F. (2006). Historia de los fármacos analgésicos (I): Agentes opioides. *Rev Soc Esp Dolor.*; (Supl. 1):13-33.
- Alpuj. I. y Borges. C. (2010) La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Facultad de psicología. Universidad de la República. Uruguay.
- Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, Gisbert C, Gonzalez Cases J, Mayoral F, Moro J, Pérez F, Rodríguez A. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno técnico Número 6. AEN. Madrid.
- Asociación Americana de Psicología. (2015). Recuperado de: <http://www.apa.org/topics/addiction/>
- Becoña, E. (2016). La adicción no es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 37(2), pp. 118-125.
- Bobes, J., Casas, M., y Gutierrez, M. (2011). Manual de Trastornos adictivos. Recuperado de: http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Manual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf
- Braña, B.; Rodríguez Díaz, F.J.; Cuesta, M.; Bobes, J.; Gómez, P.; Sáiz, P.A. (2001). Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. *Adicciones*, VOL.13 NÚM. 3. (pp. 289-296).
- Cervera Martínez, G. (2013). Patología Dual. *Revista española de drogodependencias*, ISSN 0213-7615, N° 1, págs. 5-6
- Courtwright, D. T. (2002). Las drogas y la formación del mundo moderno. Paidós. España.

- Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011) Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96.
- Escohotado, A. (2005). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. (Vol. 1). Santa Fé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Primera edición. Buenos Aires, Amorrortu.
- González, E., López-Muñoz, F., Guerra, J. A., & Antequera, R. (2007). Agentes psicotrópicos y criminología: ¿mito histórico o realidad? López-Muñoz F, Alamo C. *Historia de la Psicofarmacología*, 3, 1359-401.
- Gutiérrez, A; Rossi, M y Prieto, G. (2003). Seguimiento con pacientes psiquiátricos: algunas consideraciones sobre el dispositivo. VI Jornadas de Psicología Universitaria. Facultad de Psicología: Montevideo.
- Hall, W., Carter, A., Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction; is it supported by the evidence and has it delivered on its promises. *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110
- Junta Nacional de Drogas (2019). *Novena Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares*. Montevideo. Recuperado de: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf
- Junta Nacional de Drogas. (2021). *IX Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Presentaci%C3%B3n%20IX%20%20Encuesta%20Nacional%20sob>

re%20consumo%20de%20drogas%20en%20estudiantes%20de%20ense%C3%B1anza%20media.pdf

- Kushner, H. I. (2010). Toward a culture biology of addiction. *BioSocieties*, 5, (pp 8-24).
- Le Moal, M., y Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6-7), 377-393.
- Ley 19529 del 2017. Ley de Salud Mental. 24 de agosto de 2017.
- Lledó, N. (2012). Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, n.º 12, 2012, 83-105 urv.cat/revistarxiu ISSN: 0212-0372 – EISSN: 2014-3885
- López-Muñoz F, Álamo C. (2007). La síntesis de la morfina: del milagro de la analgesia a la maldición de las dependencias. *Redes Invest Medicament*. (pp 15-7.)
- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, MD, Antequera, R., y Álamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde una perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos de Medicina Legal*, 17 (1), 21-33. Recuperado el 5 de agosto de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000100005&lng=es&tlng=es.
- Lorenzo Fernández. P, et al. (2009). *Drogodependencias: farmacología, psicología, legislación*. 3ª ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Marín-Navarrete, Rodrigo & Szerman, Néstor & Ruiz, Pedro. (2018). *Conceptos Básicos sobre Patología Dual*.
- Ministerio de Salud Pública (2020). *Baja percepción del riesgo en el consumo de alcohol*. Recuperado de:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/baja-percepcion-del-riesgo-consumo-alcohol>

- Mora, O., Cortés, A., y Uribe, M. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48 (3),207-220.[fecha de Consulta 15 de Septiembre de 2022]. ISSN: 0041-9095. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav.* 1998 Nov-Dec;23(6):717-34. PMID: 9801712.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, E., y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense , Madrid.
- NIDA (2008). ¿Qué significa decir que la adicción es un trastorno del cerebro?. Retrieved from
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis. Recuperado de: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html#:~:text=%2D%20Alrededor%20de%20275%20millones%20de,UNODC%2C%20por%20sus%20siglas%20en>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pardo, V., Del Castillo, R., Perez Rosas, D., Paladino, F., y Kaplan, M. (2014). Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral

(Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 78(1), 13-30.

- Pezzani, G. (2017). Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó (2013-2014). *Revista de Psiquiatría del Uruguay* ; 81(1):30-42.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Recuperado de: <https://dle.rae.es/adicci%C3%B3n>
- Satel, S. y Lilienfeld, S. O. (2014). Addiction and the brain disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*, 4, article 141.
- Rebellato-Giménez. (1997). *Ética de la autonomía*. Edición: 1997 Uruguay. Montevideo. Ed. Roca Viva.
- Redes, L., Brescia, M., Wschebor, M., y Gutierrez, M. (2013). Acerca de un caso clínico de patología dual, de psicosis y consumo de sustancias. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 77(1):68-74.
- Szerman, M. N. (2017). Patología dual: integrando la salud mental. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 3(2), 1–2. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.01>
- Suárez H, Frid D. (2003). *Biología 3 “El organismo humano: Salud y Enfermedad”*, Editorial Longseller S :A. Buenos Aires.
- Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*.
- Torrens, M. (2008) *Patología dual: situación actual y retos de futuro*. *Adicciones*;20(4):315-319.
- Zito Lema, V. (1993.). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere sobre el arte y la locura*. Ediciones Cinco