Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Análisis de los dispositivos de internación y terapia grupal ambulatoria: Tratamiento de adicciones en la actualidad, una perspectiva basada en evidencia.

Estudiante: Melissa Bremermann | 4.078.213-3

Tutor: Daniel Camparo

Co- Tutor: Paul Ruiz

Revisora: Leticia Aszkinas

Montevideo, Uruguay

Julio, 2025

Índice

---

1. Resumen…… 3

2. Introducción…….... 4

3. Adicción: Definiciones y perspectivas…… 6

3.1. Perspectivas…….. 9

3.1.1. Perspectiva neurobiológica……..…….... 10

3.1.2. Perspectiva psicodinamica…….…… 11

3.1.3. Perspectiva desde la TCC……..…….... 12

3.1.4. Perspectiva psicoanalítica……13

3.1.5. Perspectiva desde la salud pública...…….. 15

3.1.6. Perspectiva sociológica…….. 15

4. Historización del objeto de estudio en salud mental……. 17

5. Adicciones en Uruguay desde una perspectiva de salud pública……... 19

5.1. Rol institucional y normativo en Uruguay ……..… 19

5.2. Costo económico y social…….……. 20

6. Abordajes e intervenciones…….…….. 21

6.1. Introducción……..… 21

6.1.1. Narcóticos Anónimos…….…….22

6.1.2. TCC…….…..22

6.1.3. Entrevista motivacional ……..…...23

6.1.4. Psicoterapia psicodinámica focal…….…….. 24

6.1.5. Farmacoterapia……. 24

6.1.6. Reducción de daños y enfoque de salud pública ……25

6.1.7. Intervenciones familiares y redes de apoyo……..….25

6.1.8. Terapias basadas en mindfulness y regulación emocional…… 25

6.2. Dispositivo de Internación…….…….. 26

6.2.1. Introducción……..…….…. 26

6.2.2. Fundamentación…….……... 26

6.2.3. Tipos de internación en Uruguay…….….……... 27

6.2.4. Estructura institucional y actores implicados…….….…… 29

6.2.5. Tensiones…….……... 29

6.2.6. Abordaje psicológico en el dispositivo…….….…….. 30

6.2.7. Desafíos pendientes…….……. 30

6.2.8. Eficacia y eficiencia del dispositivo…….….…….. 31

6.3. Dispositivo ambulatorio…….....…….…… 33

6.3.1. Abordaje psicológico y funciones clínicas…….…. 34

6.3.2. Eficacia del abordaje ambulatorio…….34

6.3.3. Limitaciones y desafíos…….…..35

6.3.4. Cuadro comparativo entre internación y terapia grupal ambulatoria.. 37

7. Perfil de paciente …….…… 38

7.1 Perfil en el dispositivo de internación……. 38

7.2. Perfil en el dispositivo de terapia grupal ambulatoria…… 39

7.3. Comorbilidades frecuentes……. 40

7.4 Variables psicosociales relevantes……. 40

7.5. Cuadro comparativo del perfil del paciente según tratamiento……. 41

8. Probabilidades de recuperación y recaídas según internación - ambulatorio…….42

8.1.Finalización del tratamiento y adherencia…….43

8.2. Evidencia clínica en América Latina y Uruguay……..43

8.3. Modelos de probabilidad y factores de riesgo…….44

9. Reflexiones finales……45

10. Bibliografia……...……48

1. Resumen

Este trabajo final de grado analiza dos dispositivos fundamentales en el tratamiento contemporáneo de las adicciones, la internación y la terapia grupal ambulatoria desde una perspectiva basada en evidencia.

Se parte del reconocimiento de las adicciones como fenómenos complejos, multicausales y profundamente atravesados por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

El estudio destaca que no existe un abordaje único o universalmente eficaz, sino que la efectividad terapéutica depende de la adecuación del dispositivo al perfil del paciente y su contexto.

La internación se presenta como un recurso necesario en situaciones de alta gravedad clínica o vulnerabilidad social, pero se advierte sobre los riesgos de su uso indiscriminado. En contraste con la terapia grupal ambulatoria, se valora su potencial integrador, su trabajo sobre lazo social y su menor grado de restricción, siempre que el entorno del paciente permita sostener el tratamiento desde una mirada crítica y de salud pública.

Se subraya la importancia de políticas inclusivas, dispositivos accesibles y equipos interdisciplinarios capacitados: se propone superar el paradigma exclusivamente biomédico o moralizante para avanzar en la eficacia de las intervenciones y abordajes centrados en la subjetividad, los derechos y la dignidad de los sujetos que atraviesan consumos problemáticos.

En síntesis, el trabajo sostiene que el tratamiento de las adicciones requiere respuestas clínicas y políticas integrales, éticas y situadas donde cada dispositivo funcione como parte de una red flexible, continua y ajustada a las necesidades reales de los sujetos.

2. Introducción

En las últimas décadas, el abordaje de la adicciones ha experimentado un viraje epistemológico, clínico y político que ha desplazado los enfoques moralizantes, represivos o exclusivamente biomédicos. Ha quedado en desuso la comprensión de la adicción como una desviación moral o como una patología individual aislada. Hoy en día debemos entenderla como un fenómeno complejo, multicausal y atravesado por determinantes sociales, culturales, psicológicos y biológicos. Desde esta perspectiva, el presente trabajo se propone analizar - a la luz de la evidencia empírica disponible- los dispositivos de internación y la terapia grupal ambulatoria en el tratamiento de las adicciones en Uruguay.

No obstante, antes de ingresar en el análisis técnico de estos dispositivos, es necesario reconocer una verdad incómoda: ningún erudito puede jactarse de contar con la fundamentación teórica y tampoco con las herramientas técnicas suficientes para dar una respuesta única, estable y permanente al fenómeno bio-psico-social que representan las adicciones. Estas, desbordan los marcos disciplinares tradicionales. Sus formas actuales y su persistencia, configuran una urgencia clínica y social de alta complejidad: paralizan, deterioran y - en muchos casos- ponen fin a la vida de quienes lo padecen.

Se trata de una enfermedad silenciosa, transversal a todas las clases sociales, edades e identidades. A diferencia de otras patologías, la adicción no se presenta como algo externo al sujeto, sino como una relación de goce, de repetición y de conflicto estructural con el entorno. La compulsión al consumo no reconoce objetos fijos: en el pasado se limitaba al uso de sustancias sin embargo, hoy adopta múltiples formas - desde la utilización abusiva de los psicofármacos y el alcohol, hasta las redes sociales, los videojuegos, las apuestas online o incluso la alimentación hiper industrializada-. Este universo adictivo en expansión constante, está profundamente articulado por una lógica cultural de la insatisfacción permanente, sobre estimulación dopaminérgica y consumo sin pausa. Tal como lo plantea Lembke (2021), vivimos en una *"*nación dopaminérgica" en la que el sistema de recompensa cerebral es sobreestimulado de forma crónica por estímulos de alta intensidad, lo que genera una reducción progresiva de la capacidad de experimentar placer en actividades cotidianas. En este contexto, el sujeto queda atrapado en un ciclo de búsqueda compulsiva de gratificación inmediata, mientras su umbral de satisfacción se eleva, junto con su sensación de vacío.

Zygmunt Bauman en la Modernidad Líquida planteaba que, ya no somos definidos por lo que producimos, sino por lo que consumimos, deseamos y mostramos. La identidad

se construye desde el objeto y no desde el sujeto, La insatisfacción constante alimenta este deseo de 'más', generando el círculo virtuoso perfecto para la lógica capitalista: consumo, desecho, reemplazo *"En la sociedad de consumidores, el arte de vivir consiste en eliminar los objetos de deseo cuando pierden su atractivo y sustituirlos por otros nuevos"* (Bauman 2007, p.83).

Desde este marco crítico, es que se vuelve indispensable sostener una perspectiva basada en evidencia, sin caer en reduccionismos moralistas, pero también sin omitir la dimensión política y cultural que sostiene y reproduce las adicciones contemporáneas. Tal como señala Sackett et al. (1996) "*una medicina basada en evidencia no debe reducirse a aplicar datos estadísticos, sino que debe integrar la mejor información científica disponible, con la experiencia clínica del profesional y los valores del paciente*". En este sentido, es menester aportar una mirada fundamentada y situada sobre los dispositivos de internación y terapia grupal ambulatoria, articulando marcos normativos (como la Ley N 19.529 de Salud Mental), evidencia científica actual y la realidad concreta de la atención en adicciones en Uruguay, enmarcado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que promueven un enfoque comunitario, interdisciplinario y de base territorial.

Sin embargo, la implementación concreta de estos lineamientos se enfrenta a múltiples desafíos, como la desigualdad en el acceso a tratamientos, la escasa formación especializada de los equipos técnicos, la fragmentación institucional y la falta de evaluación sistemática de resultados (MSP, 2021; Morrone 2022).

La elección de los dispositivos internación y ambulatorio para el tratamiento de adicciones, responde a su centralidad en la red de atención a las adicciones, tanto en el sector público, como en el privado. Mientras que la internación ha sido históricamente concebida como el recurso por excelencia en situaciones de consumo grave, con riesgo clínico o deterioro psicosocial severo, los dispositivos ambulatorios - particularmente los grupales- se han fortalecido como alternativas sostenibles, accesibles y contextualizadas, especialmente en escenarios donde se busca evitar la cronificación institucional y promover la autonomía del sujeto. Sin embargo, persisten muchas interrogantes que tienen que ver con la eficacia, la eficiencia y las limitaciones de ambos abordajes, así como los criterios de indicación y derivación que orientan su uso clínico.

Este trabajo se propone entonces analizar en profundidad los dispositivos de internación y terapia grupal ambulatoria a partir de tres ejes principales: sus fundamentos teóricos y clínicos, la evidencia disponible sobre su efectividad y eficiencia y su implementación concreta en el sistema uruguayo. Se buscará articular el análisis de la

literatura internacional y nacional, en el marco normativo vigente y generar una mirada crítica sobre las tensiones que atraviesan el campo de las políticas públicas en salud mental y adicciones.

Se parte de la convicción de que no hay respuestas simples frente a fenómenos complejos, pero que un abordaje con información veraz, crítico y ético puede abrir posibilidades de intervención más humanas, sostenibles y transformadoras.

3. Adicción: definiciones y perspectivas

Según la Organización Mundial de la Salud, la adicción se define como *"un patrón de comportamiento de uso de una sustancia que causa un daño o un riesgo significativo para la salud de un individuo"* (OMS, 2022). Esta definición contempla tanto el consumo de sustancias, como la pérdida de control y la persistencia del uso a pesar de sus consecuencias adversas.

Sin embargo, el concepto de adicción ha evolucionado en esencia en las últimas décadas, más profundamente en el ámbito clínico y académico. Si bien históricamente la adicción fue comprendida como una desviación moral o una forma de debilidad del carácter, hoy se reconoce como un fenómeno complejo, multicausal y transversal a diversas dimensiones del funcionamiento humano: neurobiológico, psicológico, social y cultural.

Desde la neurociencia se ha demostrado que el consumo crónico de sustancias induce a neuro adaptaciones que disminuyen el control inhibitorio y aumentan la reactividad ante los estímulos relacionados con la droga, facilitando la compulsión y la recaída (Koob y Le Moal, 2008). Estas alteraciones neurobiológicas explican por qué la adicción debe entenderse como un trastorno crónico y recidivante, similar a otras enfermedades médicas, como la diabetes o la hipertensión, en las que el abordaje profesional prolongado es esencial (Leshner, 1997).

En el campo de la psicología clínica, los modelos cognitivo-conductuales han aportado evidencia robusta sobre cómo los sesgos atencionales, las distorsiones cognitivas y los déficits en regulación emocional contribuyen al mantenimiento del trastorno (Beck et al., 1993). Estos hallazgos permitieron un abordaje más integral y empático, alejando el diagnóstico del juicio moral. Asimismo, este devenir conceptual se ve reflejado también en los manuales de psiquiatría de referencia: el DSM-5 adopta la categoría SUD *("Substance*

Use Disorder") reconociendo que el fenómeno de la adicción es multidimensional y requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico acorde con su complejidad biopsicosocial.

Es importante detenernos y explorar las diferencias del concepto de adicción a lo largo de las ediciones del DSM ya que esta significativa transformación, abre paso a otros paradigmas de pensamiento y acción al momento de tratar pacientes con adicción. El modo en el cual se diagnostica, dicta el pronóstico del tratamiento y el rumbo de las intervenciones.

En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) los cuadros vinculados al consumo se dividen en dos categorías diagnósticas: *abuso de sustancias y dependencia de sustancias*. El *abuso* se definía como un patrón de consumo problematico que generaba consecuencias sociales, laborales, académicas o legales, mientras que la *dependencia* se caracteriza por un cuadro más severo, en el cual aparecen síntomas fisiológicos (tolerancia o abstinencia), y conductuales (pérdida de control, consumo compulsivo). Esta división, aunque útil en términos operativos, resultó problemática porque muchos pacientes no encajaban de manera clara en una categoría u otra (Hasin et al., 2003).

Uno de los principales cuestionamientos al modelo del DSM-IV-TR fue su visión dicotómica. Numerosos estudios mostraron que el consumo problemático de sustancias se manifiesta en un continuo de gravedad, más que en compartimentos separados (Mewton et al., 2011). En la práctica clínica, la distinción entre abuso y dependencia se vuelve muy difusa: pacientes que cumplían criterios de abuso, podrían presentar gran deterioro funcional, mientras que otros con dependencia mostraban cuadros menos severos. Además, el criterio de *"problemas legales recurrentes"* incluido para el diagnóstico de "*abuso de sustancias*" fue criticado por su baja consistencia y por introducir un sesgo cultural que afectaba más a ciertos contextos socioeconómicos y legales que a otros (Hasin et al., 2006).

Ante estas limitaciones, en el DSM-V (APA, 2013) se realizó una modificación estructural significativa: eliminar la distinción entre abuso y dependencia y las unificó bajo la categoría de Trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder). Este diagnóstico se define por la presencia de un patrón problemático de consumo que ocasiona deterioro o malestar clínicamente significativo, evaluado a partir de 11 criterios. Estos criterios incluyen elementos clásicos de la dependencia (tolerancia, abstinencia, pérdida de control), pero también aspectos conductuales, sociales y motivacionales. Una de las novedades más relevantes, es la incorporación del criterio "craving", que se define como un

deseo intenso de consumo, que hoy en día puede evidenciarse como un predictor central de recaídas (Hasin et al., 2013).

En la evaluación diagnóstica que propone el DSM-5 también se introdujo un sistema de graduación de la severidad, que permite clasificar el trastorno como leve (cuando se cumplen hasta 3 criterios), moderado (de 4 a 5 criterios cumplidos) o grave (6 o más). Esta decisión busca mejorar la sensibilidad clínica, ofreciendo una herramienta más concordante a la heterogeneidad de los pacientes y a las necesidades de los tratamientos individuales. Asimismo, el enfoque dimensional es congruente con resultados actuales que ha arrojado la epidemiología, que muestran que la adicción no surge de manera súbita, sino que evoluciona progresivamente a través de distintos niveles de gravedad (Newton et al., 2011).

Asimismo, el DSM-5-TR también incorpora por primera vez un trastorno adictivo no relacionado con sustancias: el juego patológico *(Gambling Disorder)*, abriendo la puerta a una comprensión más amplia de las adicciones, que excede la utilización de sustancias y reconoce comportamientos adictivos ligados a la gratificación inmediata y la compulsividad (APA, 2022). Desde este lugar, la adicción no es reducida a una dependencia química, sino que es entendida como un patrón persistente de comportamiento que activa los circuitos de recompensa del cerebro y que genera malestar clínico significativo.

Este cambio conceptual, tuvo implicancias tanto para la práctica clínica, ya que ha permitido más flexibilidad diagnóstica, reduciendo asimismo el margen de error y por tanto, puede brindarse al paciente un encuadre y tratamiento más acertado; pero también tuvo implicancias para el campo científico, ya que abre la posibilidad de estudios enfocados a explorar las variaciones del espectro de la adicción en lugar de trabajar con categorías rígidas. Estos cambios reflejan la necesidad de marcos diagnósticos más sensibles, útiles y culturalmente pertinentes que permitan mejorar la detección, la prevención y la intervención en la salud pública.

Es también un paso importante el cambio en la terminología, ya que supone un desplazamiento desde una mirada moralizante o exclusivamente médica. La categorización dimensional permite captar mejor la heterogeneidad del fenómeno, reduciendo el estigma. Además esta concepción respalda el principio de que no toda persona que consume una sustancia, desarrolla un trastorno y que no todas las adicciones responden a los mismos determinantes, ni requieren los mismos abordajes terapéuticos.

Este cambio de paradigma, se alinea con los avances en las neurociencias, que han demostrado que tanto las sustancias psicoactivas, como ciertos comportamientos - como el

juego, el uso compulsivo de tecnologías o la comida ultra procesadas- activan de forma similar el circuito dopaminérgico mesolímbico, que interviene en la motivación, el placer y la repetición de las conductas (Koob y Volkow, 2016). Esto explica en parte la pérdida de control, la compulsividad y la alta tasa de recaídas observadas en muchos pacientes.

Sin embargo, definir la adicción exclusivamente desde la neurociencia resulta insuficiente. Autores como Peele (2016) y Marlatt y Donovan (2005) subrayan la importancia de comprender las adicciones como respuestas adaptativas fallidas a contextos de sufrimiento psíquico, trauma, exclusión o vacío existencial. En este sentido, la adicción puede ser vista como una forma paradójica de autorregulación emocional o de búsqueda de sentido, más que como una mera enfermedad del cerebro.

Desde un enfoque psicológico general, la adicción implica tanto una dependencia a un objeto externo como una dificultad estructural para el malestar subjetivo. Tal como sostiene Carbajal (2018), *"el sujeto adicto no consume solo una sustancia, sino que sostiene con ella un lazo de sentido, un recurso precario para existir cuando el dolor psíquico se vuelve insoportable"* (p.41).

Este abordaje integrador permite entender que la adicción no es simplemente una enfermedad del cerebro, sino también una forma de organizar el lazo social, de responder a un vacío subjetivo o de habitar una experiencia de desamparo estructural. Podemos pensar a la adicción entonces como una relación que el sujeto establece: una relación de goce, repetición y dependencia.

Por lo tanto, comprender el fenómeno de la adicción en la actualidad, requiere integrar lo biológico, lo psicológico y lo social. Desde esta perspectiva las adicciones no son meramente un conjunto de síntomas, sino fenómenos que interpelan al sujeto, a los vínculos, a las instituciones y al orden social en general. Comprenderlas así permite, no sólo diagnosticar, sino también pensar en tratamientos clínicos y comunitarios más eficaces que aborden las condiciones de posibilidad del consumo, sus funciones subjetivas y sus efectos en la trama vital del paciente.

3.1. Perspectivas

La elección de los enfoques descritos a continuación, responde al peso que tienen en la literatura nacional e internacional; su aplicabilidad en contextos clínicos y su coherencia con el paradigma de la evidencia. En el caso uruguayo, los dispositivos de internación y terapia grupal ambulatoria, se ven atravesados por estas perspectivas en distintos grados. La neurobiología y la TCC estructuran buena parte de los abordajes

institucionales (Gómez y Rodríguez, 2017; Miguez et al., 2019); la psicodinámica aporta profundidad subjetiva en tratamientos prolongados (Khantzian, 1997); el modelo socio cultural permite una mirada integrada y respetuosa de los derechos humanos (Bourgois y Schonberg, 2009; Marlatt, 1996).

3.1.1. Perspectiva neurobiológica - La adicción es concebida como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por alteraciones funcionales y estructurales en los circuitos neuronales implicados en la motivación, la recompensa, el control de impulsos y la toma de decisiones (Volkow et al., 2016). A diferencia de las conceptualizaciones más antiguas que interpretaban el uso problemático de sustancias como una falta de voluntad o un comportamiento moralmente desviado. Los avances en neurociencias han permitido evidenciar que la adicción implica un proceso de neuroadaptación progresiva, que compromete áreas cerebrales claves.

Uno de los sistemas centrales en este modelo es el sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, compuesto por regiones como el área tegmental ventral (VTA), el núcleo Accumbens y la corteza prefrontal. Este circuito regula la experiencia de placer y aprendizaje asociado a recompensas naturales, como la comida, el sexo o la vinculación social. Sin embargo, las drogas de abuso -y ciertos comportamientos adictivos- secuestran este sistema, provocando liberaciones de dopamina en magnitudes mucho mayores a las recompensas fisiológicas, lo que genera un aprendizaje patológico del placer y una compulsión creciente por repetir el consumo (Volkow et al.,, 2016).

A medida que el consumo se vuelve crónico, se producen cambios neuroplásticos que debilitan la corteza prefrontal, reduciendo la capacidad de autorregulación, planificación y control inhibitorio. Al mismo tiempo, aumentan la saliencia de las señales asociadas al consumo y disminuye la sensibilidad a recompensas naturales (Koob y Volkow, 2016).

De este modo, el cerebro del sujeto no sólo busca activamente la sustancia, sino que pierde capacidad de experimentar placer con otras actividades, fenómeno conocido como anhedonia inducida por adicción.

Anna Lembke (2021), psiquiatra especializada en adicciones, advierte que esta desregulación del equilibrio dopaminérgico convierte al sujeto en un prisionero del circuito de placer- dolor. *“Con cada exposición al estímulo adictivo, el umbral de placer se eleva y el cerebro responde activando mecanismos homeostáticos de dolor, lo que perpetúa el ciclo de consumo”* (Lembke, 2021, p. 45). Esta sobrecarga neuroquímica, explica también los síntomas abstinencia, craving y recaída.

Si bien esta perspectiva no concluye una explicación acabada del fenómeno adictivo, si permite comprender por qué la adicción se sostiene, incluso en presencia de consecuencias negativas evidentes. El sistema de recompensa modificado no responde ya a racionalidad consciente, sino a memorias implícitas y automatismos cerebrales que priorizan la gratificación inmediata por sobre cualquier otra consideración.

Según la National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2018), las adaptaciones cerebrales padecidas por el sujeto, modifican de manera profunda y sostenida los mecanismos de toma de decisiones, autorregulación emocional y respuesta al estrés, afectando el juicio y priorizando la búsqueda de la sustancia por sobre otras motivaciones vitales. Este enfoque ha sido clave para desestigmatizar la adicción y posicionarla dentro del campo de las enfermedades crónicas no transmisibles, orientando el desarrollo de tratamientos integrales que puedan dar una respuesta que esté a la altura de la situación.

3.1.2. Desde una perspectiva psicodinámica - la adicción es entendida como una estrategia fallida de autorregulación emocional frente a conflictos intrapsíquicos y vínculos tempranos disfuncionales. Este enfoque no se limita a describir los efectos comportamentales del consumo, sino que busca comprender la función psíquica que cumple el objeto adictivo en la vida del sujeto en especial, en relación con su capacidad -frecuentemente debilitada- para controlar impulsos, procesar afectos y establecer relaciones estables consigo mismo y con los demás.

Uno de los aportes más relevantes a este modelo es el de Edward Khantzian (1997), quien sostiene que la adicción puede leerse como un intento de autorregulación frente a déficits en la contención emocional. En pacientes con estructuras frágiles del yo, la sustancia o conducta adictiva operan como un mecanismo transitorio de defensa ante éstas: angustia intensa, sensación profunda de vacío o sentimientos de fragmentación. En este sentido la sustancia no es simplemente un objeto de placer, sino un sustituto de funciones que el psiquismo no logra sostener por sí solo. El concepto de déficit en el control de los impulsos ocupa un lugar central en esta mirada. Como explica McWilliams (2011) muchas personas con conductas adictivas presentan dificultades en la modulación de los afectos, la tolerancia a la frustración y la capacidad de demorar la gratificación o anularla. En estas personalidades, el yo se ve sobrepasado por tensiones internas o estímulos externos que activan respuestas impulsivas, en general de tipo autodestructivo, sin mediación simbólica. El acto de consumir entonces, permite un alivio inmediato, pero momentáneo que termina reforzando el ciclo de la compulsión.

Desde esta lógica, la adicción no se reduce a un problema de voluntad o decisión racional, sino que constituye un síntoma que traduce un fallo estructural en la función yoica de control y regulación. Tal como señala Carbajal (2018), *"el consumo compulsivo emerge cuando la palabra no alcanza, el malestar psíquico excede las defensas disponibles y el cuerpo actúa en lugar de simbolizar" (p.42).*

El tratamiento desde este enfoque requiere intervenciones que no solo apunten a la abstinencia, sino que fortalezcan las funciones del yo como la tolerancia a la ansiedad, la regulación afectiva, el reconocimiento de impulsos y construcción de recursos psíquicos internos. La tarea clínica es, en definitiva, ayudar al paciente a recuperar un margen de autodominio que no implique represión, sino elaboración.

3.1.3. Perspectiva desde la TCC - se ha consolidado como uno de los modelos de mayor evidencia empírica en el tratamiento de las adicciones. Desde esta perspectiva, la adicción no es entendida como una enfermedad moral, ni como una falla estructural del aparato psíquico, sino como un comportamiento aprendido y mantenido en el tiempo, por refuerzos positivos y negativos, esquemas de pensamiento disfuncionales y déficit en habilidades de afrontamiento. Se trata de un enfoque orientado a la comprensión y modificación de los factores que mantienen el consumo y sus recaídas con intervenciones estructuradas breves y focalizadas en objetivos concretos (Beck et al., 1993; Marlatt y Donovan, 2005)

En términos conceptuales, la TCC considera que el uso de sustancias o conductas adictivas se inicia y se mantiene por múltiples razones desde la búsqueda de placer o evitación del malestar hasta la presión social, el condicionamiento ambiental o la falta de estrategias alternativas. En particular cobra centralidad la función del consumo como forma de regulación emocional. Como indican Baker et al., (2004), los estados afectivos displacenteros (como ansiedad, tristeza, frustración o vacío), suelen preceder los episodios de consumo configurando un patrón de evitación, experiencia que refuerza la conducta adictiva.

Además, desde esta perspectiva, la adicción se sostiene por una triada cognitiva, disfuncional: pensamientos automáticos, distorsionados ('puedo controlar el consumo', 'solamente una vez más'), creencias centrales desadaptativas ('no valgo nada sin la sustancia') y esquemas nucleares de vulnerabilidad ('soy débil', 'nadie me entiende'). Estos patrones cognitivos, influyen directamente en la percepción del sujeto sobre sí mismo, los demás y el mundo y son activados en situaciones de alto riesgo o estrés, favoreciendo el consumo como respuesta. Beck et al. (1993), señalan que uno de los objetivos terapéuticos

fundamentales es identificar y modificar estas distorsiones para reducir la probabilidad de recaída.

Otro de los aportes claves de la TCC es la teoría del aprendizaje operante y clásico. Desde el condicionamiento operante, el consumo se refuerza porque produce consecuencias inmediatas, positivas (euforia, desinhibición, alivio del dolor emocional) o negativas (evitación del síndrome de abstinencia). Desde el condicionamiento clásico, ciertos estímulos del entorno (lugares, personas, emociones) se convierten en desencadenantes del deseo de consumir, generando lo que se conoce como Craving o urgencia de consumo. Marlatt y Gordon (1985) desarrollaron el modelo de prevención de recaídas, donde identifican los detonantes (triggers) y plantean estrategias para reconocerlos, evitarlos o enfrentarlos de forma eficaz.

La TCC también incorpora modelos de autoeficacia, control de estímulos, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. Se busca que el paciente no sólo deje de consumir, sino que aprenda a afrontar situaciones de alto riesgo, sin recurrir a la sustancia, reestructurar pensamientos disfuncionales y desarrollar un sentido de agencia sobre su propia conducta. Bandura (1997), postula que el aumento de la autoeficacia -la creencia en la propia capacidad para resistirse de consumir - es un predictor crucial del éxito terapéutico.

Otro eje distintivo del enfoque, es su orientación psicoeducativa y colaborativa. El terapeuta trabaja en alianza con el paciente para identificar metas, monitorear avances, analizar situaciones problemáticas y practicar nuevas estrategias en el entorno cotidiano. Como explican Carroll y Onken (2005), este abordaje promueve la participación activa del paciente, la adherencia al tratamiento y la internalización de habilidades que trascienden el contexto clínico.

3.1.4. Perspectiva psicoanalítica - a diferencia de los modelos biomédicos, el psicoanálisis no concibe la adicción como una enfermedad en sentido estricto. Freud y Lacan, cada uno desde su época aportaron elementos que permiten entender la toxicomanía como un síntoma subjetivo, una solución singular que el sujeto encuentra para tramitar su malestar. Desde esta perspectiva, la adicción no se reduce a una disfunción cerebral ni a un trastorno conductual, sino que se inscribe en la lógica del deseo, el goce y la relación con el Otro.

Freud (1930/1992), en *El malestar en la cultura,* señala que el ser humano busca permanentemente modos de apaciguar el sufrimiento, ya sea a través de sublimaciones,

ilusiones religiosas o, en algunos casos, mediante sustancias tóxicas. El consumo de drogas aparece allí como un “truco químico”, que introduce placer de manera artificial o al menos, evita el displacer. No se trata de una enfermedad en sí misma, sino de una respuesta al malestar estructural de la existencia.

En este sentido Freud entendía que el tóxico se convierte en un sustituto del objeto de satisfacción pulsional. Cuando el sujeto se encuentra limitado frente a la imposibilidad de colmar su deseo, la droga opera como un atajo que reemplaza la mediación simbólica por un efecto directo sobre el cuerpo. No es la sustancia la que enferma, sino la posición subjetiva que el individuo adopta frente a ella.

Por su parte, Lacan radicaliza esta concepción al afirmar que la adicción no es un cuadro médico sino un modo de relación con el goce. En su seminario *Aun* (1972-1973/1981), planteó que el sujeto está estructuralmente atravesado por la falta y que todo goce implica una pérdida. En este marco, la toxicomanía surge como una vía de acceso directo al goce, un intento de suturar el vacío que marca al sujeto. A diferencia de la medicina, que interpreta a la adicción como una patología cerebral crónica, Lacan sostuvo que la droga es un objeto fuera de discurso: no funciona como un significante que organiza la experiencia, sino como un objeto que silencia al Otro. El tóxico se consume para callar la palabra, suspender el deseo y congelar la falta. Por eso, la toxicomanía no encaja dentro del paradigma de la enfermedad sino dentro de la lógica del síntoma como un modo singular de goce.

Desde Freud hasta Lacan, el psicoanálisis insiste en que no hay que reducir la adicción a un déficit orgánico o a una enfermedad transmisible. La sustancia no actúa sobre todos los sujetos de igual manera: algunos solo prueban y no vuelven a consumir, otros quedan fijados en un circuito compulsivo. Esto se explica no sólo por factores biológicos, sino por la estructura subjetiva y por la función que la droga cumple en la economía psíquica del individuo (Miller, 2009).

Por lo tanto la adicción es una solución frente a la angustia, un modo de lidiar con el vacío de goce que impone la castración simbólica. El sujeto adicto no está simplemente enfermo, sino que ha encontrado un objeto (la sustancia) que le permite “regular” su relación con el deseo y con el Otro.

Las implicaciones clínicas de esta perspectiva apuntan a interpretar el lugar de la droga o el tóxico en la vida del sujeto. No se trata de erradicar un síntoma patológico, sino

de abrir un espacio para que el individuo pueda poner en palabras aquello que su consumo viene a silenciar.

Lacan (1974/2005) sostuvo que el analista debe situarse no como quien cura una enfermedad, sino como aquel que escucha el modo singular en que cada sujeto goza. La adicción entonces no se medicaliza, se escucha, se interpreta y se articula en relación con la historia del deseo.

3.1.5. Perspectiva desde la salud pública - el modelo cognitivo conductual se ha integrado con éxito a dispositivos grupales ambulatorios, programas de reducción de daños y tratamientos residenciales. Su estructura adaptable, su bajo costo relativo y su validez empírica lo han vuelto compatible con múltiples niveles de atención. En Uruguay, diversas instituciones públicas como el Portal Amarillo o el Hospital Maciel, han implementado programas de base cognitivo conductual, tanto en modalidad individual como grupal con buenos resultados (Bentancur et al., 2021).

No obstante, el modelo también ha recibido críticas. Algunos autores advierten que su énfasis en la conducta observable y en el cambio inmediato puede dejar de lado dimensiones más profundas del sufrimiento psíquico, o las condiciones estructurales de vida que inciden en el consumo. Otros subrayan que su efectividad depende en gran medida de la motivación del paciente y del entrenamiento del terapeuta.

Sin embargo, en el marco de una tesis que aborda el tratamiento de adicciones desde una perspectiva basada en evidencia, la TCC constituye uno de los modelos mejor documentados y más aplicables en contextos clínicos y comunitarios.

En síntesis, la TCC aporta una comprensión funcional, empíricamente, validada y clínicamente eficaz del fenómeno de la adicción. Define la adicción como un trastorno de aprendizaje, regulación emocional y toma de decisiones, que pueden ser abordadas mediante intervenciones orientadas al cambio de conducta, la reestructuración cognitiva y el desarrollo de habilidades adaptativas. Su integración a dispositivos de internación y tratamiento ambulatorio grupal, constituye un ejemplo de aplicación práctica del conocimiento científico al diseño de políticas públicas de salud mental.

3.1.6. Perspectiva sociológica - permite trascender los modelos biomédicos o individualistas, proponiendo una lectura contextual del fenómeno. Esta perspectiva tendrá en cuenta las condiciones sociales, culturales, economicas y politicas contemporaneas para explicarse este fenómeno, proponiendo descentrar el foco del análisis del individuo aislado, para ubicar las prácticas de consumo dentro de un entramado de significaciones desiguales

estructurales y lógicas de mercado que moldean los modos en que los sujetos se vinculan con las sustancias y con los objetos de compulsión. Hay una estructura que permite que este fenómeno se desarrolle y expanda en la sociedad y la cultura.

El sociologo Emile Durkheim ya habia advertido que las patologias sociales, como el suicidio o el alcoholismo, debian analizarse como manifestaciones de un desajuste entre el individuo y su entorno colectivo. En este sentido, "*las adicciones pueden considerarse como una forma de anomia: una pérdida de referentes simbólicos y vínculos comunitarios que deja al sujeto desamparado frente al exceso de estímulos y la falta de una contención social*" (Durkheim, 1897/2007). Esta lectura cobra renovada actualidad en un mundo regido por el hiperconsumo, la precariedad laboral y la desconexión afectiva.

Desde un enfoque más contemporáneo, Alexander (2008) propone el concepto de *"desconexión social"* como núcleo de la adicción. Según su tesis, las sociedad modernas -hiperindividualizadas, competitivas y desiguales- generan contextos donde los lazos significativos se debilitan y los individuos recurren a objetos o conductas adictivas para compensar esa pérdida. *"La adicción no surge del placer, sino de una desesperación socialmente inducida*" (p. 60). Esta afirmación subraya que el consumo problemático no es una elección libre, sino una forma de lidiar con experiencias de aislamiento, trauma o exclusión.

En Uruguay, Carbajal (2008) también ha destacado que el consumo debe ser pensado como un síntoma de la época, marcada por la aceleración, la medicalización del malestar y la ausencia de espacios de subjetivación. En contextos donde el tiempo para el deseo, la pausa y la palabra se ve desplazado por el rendimiento, la productividad y la urgencia, la adicción aparece como una solución precaria pero eficaz frente a un vacío existencial que es inminente. Este análisis es especialmente relevante al pensar dispositivos terapéuticos colectivos, que no sólo aborden el consumo en sí, sino que habiliten la reconstrucción del lazo social.

Desde esta mirada, las políticas de tratamiento deben contemplar no sólo la dimensión clínica, sino también los determinantes sociales de la salud: pobreza, desigualdad, acceso a la educación, vivienda y oportunidades vitales. Así, el enfoque sociocultural no se opone a la evidencia, sino que amplía su horizonte, integrando dimensiones habitualmente relegadas por los modelos tecnocráticos.

4. Historización de la adicción como objeto de estudio en salud mental

La consideración de la adicción como tema central de salud mental es un fenómeno relativamente reciente, que ha atravesado múltiples transformaciones tanto conceptuales como institucionales, sin embargo, la relación entre los seres humanos y las sustancia psicoactivas es tan antigua como la historia misma. El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica ancestral vinculada a rituales, medicina y sociedad. Sustancias como la coca, el opio y el cannabis eran parte de oficinas sociales y culturales, sin connotaciones patológicas. Este uso se contextualiza en marcos normativos comunitarios y simbólicos, donde no existía una división clara entre lo medicinal, lo ceremonial y lo recreativo (El Gato y la Caja, 2020). Incluso muchas de estas sustancias eran integradas al saber médico tradicional y sus derivados siguen utilizándose en farmacología contemporánea con fines anestésicos (Escohotado, 1998).

Sin embargo, la llegada de la modernidad -Siglos XVIII y XIX-: la Revolución Industrial, la expansión capitalista y los procesos de urbanización y colonización, transformaron la percepción y el uso de esas sustancias. El consumo pierde su dimensión ritual y colectiva, convirtiéndose en una práctica atomizada y desvinculada de sus funciones culturales originales. En ese contexto emerge la figura del *"adicto"* como un sujeto de control moral, un individuo enfocado en la responsabilidad personal y alejado de una perspectiva sistémica y social del problema. De esta forma, el consumo empezó a ser objeto de regulación médica, legal y moral, alimentando estigmas profundos (El Gato y la Caja, 2021). Es en este momento que Thomas Trotter (médico escocés) propuso en 1788 que el "*exceso de alcohol"* podría constituir una *"enfermedad mental*" y Benjamin Rush (1808) lo describió como una *"parálisis de la voluntad*" - un concepto precursor de la adicción, como trance de deseo compulsivo.

Durante las primeras décadas del Siglo XX, el consumo de sustancias fue abordado principalmente desde la medicina, lo legal, el higienismo y los discursos de control social. En este período, se produce una visión biologicista centrada en el daño físico y el deterioro mental donde el adicto era objeto de encierro, más que de tratamiento. Recién hacia mediados del Siglo XX, con el desarrollo del psicoanálisis, la psicología clínica y la psiquiatría comunitaria comenzaron a integrarse concepciones que contemplaban la subjetividad del consumidor, su historia vital y el contexto socioafectivo en el que se inscribe su conducta.

La OMS jugó un papel central en la redefinición del fenómeno, cuando reconoció a la adicción como una enfermedad crónica, recurrente y multifactorial. En particular la incorporación del término *“Trastorno por Uso de Sustancias”* en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) marcó un antes y un después.

Por otro lado también, se hace imprescindible cuestionar el uso indiscriminado y estigmatizante del término *“droga”*, proponiendo en su lugar nombrar “sustancias psicoactivas”, ya que no todas las sustancias generan adicción y el verdadero riesgo no está determinado en la sustancia en sí, sino en la intersección de factores biológicos, psicológicos y sociales, tal como señala el neurocientífico Ricardo Pautassi, la adicción puede entenderse como el resultado de la interacción entre una sustancia con potencial adictivo, una predisposición genética por parte de un individuo y un entorno psicosocial adverso (Pautassi, citado en El Gato y la Caja, 2020).

La sociología de la adicción también ha enriquecido esta historización: como subrayan Courtwright (2012) y otros historiadores, el estudio de la adicción buscó reequilibrarse entre el modelo médico y una comprensión contextual, reconociendo que las adicciones siempre han estado presentes en núcleos sociales, desde la concurrencia a juegos, alcohol y drogas en espacios urbanos del Siglo XIX, hasta los fenómenos modernos de consumo recreativo. David Alexander (2008) conceptualizó la adicción como una respuesta a la desconexión social, entendiendo que el consumo masivo opera como paliativo ante la precariedad de los vínculos de una comunidad. A su vez, la psicología comunitaria y la psiquiatría social, incorporaron una mirada contextual, resaltando la relación entre adicción y marginalidad, exclusión y trauma estructural.

Esta visión sistemática imprime a la adicción una dimensión histórica y política: el objeto de estudio en salud mental fue transformándose gracias a tensiones entre el control social, el control judicial, el conocimiento médico, la estigmatización moral y la evidencia científica. Este recorrido es clave para comprender por qué hoy se privilegian dispositivos terapéuticos ambulatorios basados en evidencia, en lugar de abordajes meramente punitivos o carcelarios como en otras épocas.

5. Adicciones en Uruguay desde una perspectiva de salud pública

En Uruguay, el abordaje de las adicciones ha evolucionado significativamente desde los años ochenta, consolidándose como una preocupación central en la agenda de salud pública nacional. Con una epidemiología compleja ya que, el consumo de alcohol afecta a más del 50% de la población adulta, con entre el 25 y 30 % en situación de uso problemático, seguido el tabaco, la marihuana y este último consumo, está legalizado desde el año 2013 mediante la Ley N 19.172.

Desde una perspectiva de salud pública, las adicciones no son meramente cuestiones médicas, sino también un resultado de las desigualdades sociales, estigmatización y políticas públicas inadecuadas o poco adaptativas (JND, 2021; MIDES, 2021).

La protocolización de consumo problemático y abordaje en nuestro país, ha evolucionado hacia un paradigma de reducción de daños, que cuestiona la eficacia del enfoque prohibicionista tradicional (Buxton et al., 2008; Resolución N 248/014) y promueve estrategias integrales. Este enfoque integra prevención, tratamiento y rehabilitación, orientado tanto a minimizar riesgos, como abordar las causas estructurales que subyacen del consumo.

5.1. Rol institucional y normativo en Uruguay

La JND fue creada por el Decreto N 463/988 con el propósito de diseñar y coordinar "*una red de asistencia de adictos*" y políticas de salud pública en materia de drogas. Ésta, posteriormente es reforzada por el Decreto N 346/999 y por la creación de la Secretaría Nacional de Drogas. Su función incluye supervisión, reducción de demanda, regulación y recolección de evidencia científica.

Posteriormente, en 2013 se crea RENADRO (Red Nacional de Drogas) fortaleciendo así, la premisa principal de prevención y tratamiento desde una perspectiva integral ya que esta red, opera dentro de la Estrategia Nacional de Drogas (END), renovada cada cuatros años, con el objetivo de garantizar el acceso universal a la atención en salud para personas con uso problemáticos de sustancias.

El MSP, junto con ASSE implementan dispositivos como el Portal Amarillo creado en 2006, centros residenciales, ambulatorios y móviles, en coordinación con los gobiernos

departamentales. El plan de salud mental y adicciones, está destinado a fortalecer la atención, prevención, detección y apoyo social.

5.2. Costo económico y social

Las adicciones en Uruguay representan un conjunto de costos directos e indirectos significativos para el sistema de salud, la seguridad pública y el tejido social entero. Los costos directos incluyen hospitalizaciones por intoxicaciones, tratamientos ambulatorios y residenciales, atención en salud mental y comorbilidades asociadas. Mientras que los indirectos, se relacionan con el ausentismo laboral, la pérdida de productividad, el aumento del delito y la sobrecarga en el sistema penitenciario.

Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2018), los costos asociados al abuso de alcohol en Uruguay representan aproximadamente un 2.5% del PBI, si se consideran las externalidades sanitarias y sociales. La JND ha señalado también que el gasto público en salud mental del cual, un porcentaje se destina al abordaje de las adicciones, se concentra en medidas reactivas, con baja inversión preventiva. Investigaciones de Casacuberta (2019) indican que, por cada dólar invertido en tratamiento temprano, se pueden ahorrar entre tres y cinco dólares en consecuencias sociales a largo plazo.

Es importante también destacar que los efectos de las adicciones no se distribuyen de manera homogénea: las poblaciones en situación de vulnerabilidad socioeconómica presentan mayores tasas de consumo problemático y menos posibilidades de acceso a tratamientos continuos, lo que se reproducen lógicas de exclusión estructural. En ese sentido, el sistema público ha avanzado en la creación de dispositivos descentralizados como las UNASMAD (Unidades de Atención en Salud Mental y Adicciones), aunque aún persisten brechas rurales y periurbanas.

Por otro lado, es clave considerar que la prevención desde la educación y la promoción de salud en las políticas públicas: desde la inclusión social, la construcción de espacios recreativos, la promoción del deporte y la consciencia en el riesgo del consumo de sustancias, entre otros son factores protectores ineludibles.

6. Abordajes e intervenciones

6.1. Introducción

Este capítulo se propone analizar en profundidad fundamentalmente dos dispositivos de tratamiento que han demostrado mayor consolidación clínica y operativa en Uruguay: la internación y el abordaje ambulatorio. Esta elección no es arbitraria, sino que responde a la vigencia de ambos, dentro de las políticas públicas actuales, particularmente en el marco del SNIS, y la acumulacion de evidencia empirica que sustenta su eficacia en el tratamiento del consumo problemático de sustancias (MSP, 2021; Morrone, 2022).

La literatura especializada ha señalado que los dispositivos de internación y ambulatorio cuentan con mayores niveles de estructuración, profesionalización y regulación en comparación con otras modalidades de abordaje. Según McLellan, et al., (2010), el tratamiento de las adicciones debe ser comprendido como un proceso crónico que requiere intervenciones sostenidas, contextualizadas y ajustadas a las necesidades particulares del sujeto. En este marco, estos dos dispositivos permiten ofrecer un encuadre clínico estructurado que favorece tanto la contención del paciente, como la implementación de estrategias terapéuticas específicas.

Además de su legitimidad institucional, estos abordajes han sido priorizados por su eficacia en términos de continuidad de cuidados, adherencia terapéutica, reducción de recaídas y reinserción social (Weiss et al., 2014; Bentancor, et al., 2021). Tanto la internación como el tratamiento ambulatorio, posibilitan el trabajo interdisciplinario, la integración de técnicas cognitivo - conductuales, psicodinámicas y comunitarias, y el seguimiento longitudinal del paciente, aspectos esenciales para alcanzar resultados clínicos significativos (Carbajal et al., 2018).

Sin embargo, el abordaje de las adicciones, no puede limitarse exclusivamente a estos dos dispositivos. En Uruguay y particularmente en zonas de alta vulnerabilidad social, coexisten múltiples estrategias de intervención que operan por fuera de los dispositivos institucionales tradicionales. En ese sentido, se incluirá una breve caracterización de otras modalidades de tratamiento -como los grupos de autoayuda, los dispositivos de reducción de daños, o las intervenciones comunitarias- que, aunque con menor sistematización clínica, poseen una fuerte inserción territorial y cumplen funciones terapéuticas y sociales relevantes (MIDES, 2020; UNODC, 2014).

Como plantea Carbajal (2019), *"los dispositivos no son meramente lugares físicos o estructuras de atención, sino condensadores de sentido clínico, institucionales y sociales"* (p. 7). Esta afirmación cobra especial relevancia en contextos de alta fragmentación institucional, donde los dispositivos muchas veces operan como únicos puntos de contacto entre los sujetos y el sistema de salud. En este sentido, el análisis que se desarrollará a continuación, buscará no solo describir la lógica de funcionamiento de los dos dispositivos más relevantes seleccionados, sino también problematizar sus alcances y limitaciones desde una perspectiva crítica y considerando también, que ningún abordaje es excluyente de otro. Todos en definitiva arman una red de atención al sujeto con problemáticas de consumo, en función de las posibilidades económicas y territoriales de éste.

6.1.1. Narcóticos Anónimos o grupos de 12 pasos - este abordaje se trata de una fraternidad no profesional *"de adictos para adictos"*. Se requiere el "*deseo genuino de dejar de consumir como primer paso*" (AA, 2001). Las reuniones pueden ser abiertas, integrando familiares o interesados o cerradas, destinadas exclusivamente a personas con adicción. Este movimiento se sostiene con el aporte de los mismos integrantes de los grupos y, a diferencia de lo que se podría llegar a encontrar en un grupo con marco profesional, los participantes únicamente comparten experiencias personales: cuáles estrategias han sido útiles para sostener la abstinencia, y cuáles no. Esta transmisión de vivencias comparte un mensaje esperanzador, humanizando relatos con los aprendizajes que han sorteado a lo largo de su recuperación. Estudios sobre rehabilitación comunitaria destacan que los grupos 12 pasos favorecen la conexión social y simbolizan una experiencia de comunidad terapéutica, siendo la pertenencia relacional un factor predictor de mejores resultados (Kelly y Yeterian, 2013; Humphreys, Mavis y Kaskutas, 2004).

6.1.2. TCC - este abordaje terapéutico es uno de los más ampliamente aplicados y validados empíricamente para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Su desarrollo para poder intervenir en la problemática de adicciones puede rastrearse desde la década de los ochenta, en el contexto del avance conductista aplicado a la salud mental y posteriormente enriquecido con los aportes de la terapia cognitiva de Aaron Beck. La TCC parte de la hipótesis de que los pensamientos de consumo adictivo están sostenidos por mecanismos de condicionamiento (reforzadores positivos y negativos), como por distorsiones cognitivas, esquemas disfuncionales y déficits en el repertorio de afrontamiento del individuo frente a las emociones, pensamientos o situaciones problemáticas (Beck, 1993). En los años setenta y ochenta, autores como Alan Marlatt (1985) introdujeron la noción de prevención de recaídas como eje central del tratamiento conductual de las adicciones. A través de esta perspectiva, el consumo se entiende como

una conducta aprendida, plausible de ser modificada mediante la adquisición de nuevas habilidades cognitivas y comportamentales. Se incorporan estrategias orientadas al control de estímulos, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, autorregulación emocional, afrontamiento de situaciones de alto riesgo. Con el tiempo, estos desarrollos se sistematizaron en manuales clínicos que articulan al día de hoy intervenciones breves, estructuradas, con un fuerte respaldo en la evidencia empírica. El tratamiento con TCC en adicciones trae aparejadas varias fases.

En un primer momento, se realiza una evaluación funcional del consumo, donde se identifican detonantes externos (ambientes, personas, objetos) e internos (emociones, pensamientos, estados fisiológicos) que actúan como antecedentes del uso. A partir de allí, el terapeuta trabaja junto al paciente en el reconocimiento de pensamientos automáticos, creencias centrales disfuncionales que contribuyen al mantenimiento del consumo o comienzo de una situación de consumo. Estos pensamientos emergen de forma rápida, son intrusivos, no hay análisis racional previo y pueden generar emociones muy intensas y conductas impulsivas destinadas a consumir. Se trata de cogniciones que funcionan como disparadores internos activando circuitos de craving o consumo en situaciones de estrés, aburrimiento, frustración o deseo de evasión. La TCC entonces busca entrenar la capacidad de observar estos pensamientos con distancia, cuestionar su veracidad, explorar alternativas más funcionales y construir nuevas narrativas internas que favorezcan la regulación emocional y la abstinencia sostenida. Este enfoque no se limita a la corrección lógica del pensamiento, sino que apunta a transformar el diálogo interno del paciente y sus esquemas de percepción, permitiendo así que el sujeto recupere un lugar activo frente a su adicción en lugar de verse dominado por automatismos y autoengaños cognitivos.

6.1.3. Entrevista motivacional (EM) - Esta técnica está centrada en el paciente que busca resolver la ambivalencia frente al cambio. Fue desarrollada por Miller y Rollnick (2013) y a diferencia de los modelos confrontativos o directivos, se basa en principios de empatía, apoyo a la autosuficiencia y el respeto a la autonomía del sujeto. La motivación para el cambio no es una condición previa para realizar un tratamiento, sino un proceso que puede desarrollarse, reforzarse y guiarse terapéuticamente. El terapeuta actúa como facilitador del cambio, ayudando al paciente a explicar las razones personales para modificar su comportamiento, al tiempo que se respeta su autonomía y se evita la resistencia. La evidencia ha demostrado que la EM es particularmente efectiva en etapas iniciales del tratamiento, favoreciendo la adherencia y la disposición al cambio conductual (Lundahl et al., 2010). Su implementación es habitual en dispositivos ambulatorios y programas de reducción de daños.

6.1.4. Psicoterapia psicodinámica focal - aunque con menor tradición empírica que la TCC, los abordajes psicodinámicos también se han adaptado al tratamiento de las adicciones, especialmente en casos donde el consumo problemático está vinculado a conflictos afectivos profundos, traumas infantiles o déficits en la regulación emocional. Detrás del consumo compulsivo, suelen hallarse mecanismos de defensa primitivos, fallas en la simbolización y vínculos disfuncionales con el objeto de goce (Khantzian, 2014). Estos modelos trabajan con el insight y la elaboración de las motivaciones inconscientes del consumo.

6.1.5. Farmacoterapia - Este abordaje constituye una de las intervenciones clínicas fundamentales en el tratamiento integral de los trastornos por uso de sustancias. Esta perspectiva postula que al verse afectados sistemáticamente los circuitos neurobiológicos, el uso de drogas produce cambios que reducen la capacidad del sujeto para ejercer control voluntario sobre su conducta, haciendo de la abstinencia un problema clínicamente complejo, especialmente cuando hay presencia de craving, síndrome de abstinencia y recaídas. El objetivo principal de la farmacoterapia es intervenir sobre estos sistemas neurobiológicos, mediante fármacos que actúan regulando la neurotransmisión alterada por el consumo. En el tratamiento de la dependencia a opioides, la farmacoterapia cuenta con una vasta evidencia empírica y ha sido declarada tratamiento estándar de primera línea por la OMS en 2009 y el NIDA en 2018. También ha sido clave para el descenso de mortalidad por sobredosis. Numerosos estudios demuestran que su administración supervisada y en dosis adecuadas, enmarcado en un tratamiento estructurado, incrementa la retención del paciente y la adherencia en el mismo. También mejora la funcionalidad general del paciente (Marttick et al., 2009). Si bien su utilidad clínica ha sido debatida debido a su bajo cumplimiento en pacientes que no están adheridos al tratamiento o lo suficientemente motivados, se ha mostrado su eficacia en tratamientos donde existe una supervisión terapéutica o judicial (Fuller y Roth, 1979). La eficacia general de la farmacoterapia ha sido confirmada por numerosos estudios, los cuales indican que cuando se administra adecuadamente, puede duplicar o incluso triplicar las tasas de abstinencia y adherencia al tratamiento. No debemos dejar de tener en cuenta que la supervisión en este tipo de abordaje es vital ya que, el uso indebido y abuso de fármacos es una característica más a tener en cuenta en la adicción. Pacientes que desarrollan dependencia a las benzodiacepinas o también, pacientes que previamente de un tratamiento controlado y supervisado, utilizaban fármacos como mecanismo para contrarrestar los efectos indeseados del consumo de sustancias suman otra variable en los factores de riesgo. El uso indebido de la medicación también puede ser perjudicial para el paciente y de hecho, esto puede hasta devenir en una nueva adicción.

6.1.6. Reducción de daños y enfoque de salud pública - frente a la imposibilidad de lograr la abstinencia en todos los casos, especialmente en poblaciones vulnerabilizadas, algunos programas adoptan estrategias de reducción de daños. Estas intervenciones priorizan la disminución de riesgos asociados al consumo (enfermedades transmisibles, sobredosis, exclusión social) sin exigir abstinencia total como condición para el tratamiento (Marlatt y Witkieitz, 2002). Incluyen programas de intercambio de jeringas, tratamiento con agonistas, espacios de consumo seguro y abordajes comunitarios. Este enfoque es promovido por organismos internacionales como la OMS y la UNODC (2002).

6.1.7. intervenciones familiares y redes de apoyo - El contexto familiar es un factor determinante en la genética, mantenimiento y recuperación de las adicciones. Por ello, muchos dispositivos incorporan trabajo con familiares, tanto en formato psicoeducativo como terapéutico. Diversos estudios señalan que la implicación familiar mejora la adherencia, reduce las recaídas y favorece la reinserción del paciente (O'Farrell y Clements, 2012). La red de apoyo también se fortalece mediante la coordinación interinstitucional y comunitaria trabajando en conjunto.

6.1.8. Terapias basadas en mindfulness y regulación emocional - en años recientes han cobrado relevancia terapias integrativas como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y el mindfulness, orientados a mejorar la regulación emocional y la tolerancia al malestar, factores clave en la prevención de recaídas (Bowen et al., 2014). Estas intervenciones han mostrado resultados prometedores en sujetos con alta impulsividad, trastornos límites de la personalidad y alto riesgo de recaídas.

Tal como lo establece el modelo de atención integral propuesto por la OMS (2016), el éxito terapéutico en adicciones depende de la combinación sinérgica entre recursos farmacológicos y dispositivos de sostén terapéutico adecuados al perfil clínico del paciente, su contexto psicosocial y su etapa motivacional. En el marco de este trabajo, se sostiene que no existe un único tratamiento eficaz, sino una combinación de herramientas y estrategias adaptativas. La elección del abordaje depende del tipo de consumo, la gravedad del cuadro, las comorbilidades y las posibilidades de adherencia, buscando siempre el equilibrio entre eficacia clínica y respeto por la autonomía del sujeto y la sostenibilidad social.

6.2. Dispositivo de Internación

6.2.1. Introducción

Ya se ha hecho alusión de que el abordaje de las adicciones en Uruguay, ha transitado un proceso de transformación conceptual y estructural, pasando de un enfoque predominantemente penal y moralizante hacia uno que reconoce el consumo problemático de sustancias como una situación de salud pública, compleja y multidimensional (MSP, 2021). En este escenario, el dispositivo de internación aparece como una de las herramientas más utilizadas en situaciones de alta complejidad, donde la gravedad del consumo y sus consecuencias requieren de una intervención intensiva y sostenida.

Es importante poder analizar en profundidad el dispositivo de internación desde una perspectiva psicológica, institucional y crítica. Se explorarán entonces sus fundamentos clínicos, sus funciones, los actores implicados, su articulación con otros niveles de atención, su marco legal, así como sus limitaciones, contradicciones y potencialidades transformadoras.

6.2.2. Fundamentación

Desde un punto de vista clínico, la internación se justifica cuando el consumo de sustancias genera una alteración significativa en el funcionamiento psíquico, físico o social del sujeto. Hay un corte con la realidad y una ruptura de lazos tanto sociales, emocionales, laborales, que le impide al sujeto su funcionalidad. También es indicada, cuando no es posible garantizar el tratamiento en un entorno ambulatorio. Entre las indicaciones más frecuentes se encuentran pacientes con riesgo suicida, los trastornos psiquiátricos graves desamparados, la violencia hacia terceros, la falta de red de apoyo, situación de calle o la ausencia de adherencia a dispositivos previos (Carrasco y Bentancur, 2019).

A nivel psicodinámico, autores como Carbajal y Moyano (2018) señalan que la internación puede funcionar como un corte subjetivo que permite al paciente tomar distancia de su entorno habitual de consumo, estabilizarse clínicamente y comenzar a trabajar aspectos estructurales del vínculo con la sustancia. En este sentido, el dispositivo permite la instalación de un encuadre terapéutico sostenido, con presencia constante de figuras de autoridad simbólica, lo que favorece la construcción de una transferencia estable y la posibilidad de elaboración psíquica.

La internación entonces no debe ser pensada como una instancia punitiva, ni como una solución mágica, sino como una etapa en un proceso terapéutico más amplio que debe

contemplar la continuidad del cuidado, una vez finalizada la intervención más intensiva que es el aislamiento clínico del sujeto.

6.2.3. Tipos de internación en Uruguay

Existen diversos tipos de internación en función de la duración, el objetivo y modalidad terapéutica. El tipo de tratamiento no es una decisión espontánea sino que, el/los profesional/profesionales a cargo del estado clínico del sujeto, deciden en función de las necesidades del paciente, su diagnóstico y pronóstico. En Uruguay, la internación para las adicciones se realiza tanto en entornos hospitalarios públicos, como centros privados con convenios. Según el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), estos dispositivos deben cumplir con estándares de buenas prácticas, infraestructura pertinente, confidencialidad y planificación de egreso (MSP, 2021).

Los tipos de internación no son excluyentes entre ellos: un paciente que pasó por una primer internación de desintoxicación, posteriormente puede llegar a ser derivado a una internación de mediano plazo, también puede suceder que un paciente que está internado en el tipo de internación prolongada, tenga una recaída y deba permanecer en una internación breve por desintoxicación. Se distinguen tipos de internación por el tiempo y el tipo de intervención.

Internación breve o desintoxicación - Generalmente este tipo es hospitalaria, tiene una duración de entre 3 y 10 días. En este formato se busca estabilizar al paciente físicamente y controlar los síntomas de abstinencia mediante monitoreo continuo y, si corresponde, medicación como benzodiacepinas y opioides controlados. Chutuape et al., (2001), generaron un estudio con 116 usuarios de heroína y señalaron que, tras solo tres días de desintoxicación, el 21-30% mantuvo abstinencia a los 1,3 y 6 meses, con una reducción del uso de otras sustancias. No obstante, la mayoría recayó sin seguimiento, lo que evidencia la necesidad de enlace inmediato con tratamiento ambulatorio al menos. En este tipo de internaciones el paciente no está sujeto a otra terapia, más que la médica in situ.

Internación de mediano plazo - tiene una extensión de uno a tres meses y permite realizar un abordaje psicoterapéutico más estructurado. En este tipo de intervención que no trabaja únicamente la abstinencia, sino también la conciencia de la enfermedad, la regulación emocional, la reflexión sobre los motivos de consumo y la preparación para el alta y posterior reinserción social del sujeto a través de terapias individuales, talleres grupales, terapias grupales con la familia del sujeto o su entorno ‘saludable’ más cercano.

La efectividad de estos protocolos se basa en mantener la adherencia a tratamientos ambulatorios posteriores ya que, sin una transición adecuada las posibilidades de una inminente recaída, vuelven a elevarse.

Internación prolongada - por lo general tiene una durabilidad de 6 a 12 meses. Es propia de modelos como las comunidades terapéuticas, que combinan tratamiento psicológico, convivencia estructurada y reinserción social. En este tipo de intervenciones el paciente transita por varias etapas del tratamiento: el primer mes de internación es el más intenso, ya que el sujeto no tiene contacto con el exterior salvo por visitas de su familia una vez por semana y un llamado telefónico concreto entre semana. Al principio, el tratamiento es más intensivo y más abierto hacia el final, para facilitar el tránsito del entorno protegido al retorno a la vida comunitaria (De León, 2010). A partir del segundo mes, hasta culminar el tercero, el paciente comienza paulatinamente a tener salidas transitorias controladas por horarios y siempre en compañía de sus familiares más cercanos o referentes del tratamiento que está llevando a cabo, en conjunto con ellos. En estas salidas, el paciente no debería de quedarse solo, y se debe evitar el manejo de dinero por parte de éste y el manejo de redes sociales. Estos son considerados factores ansiógenos para los cuales, se entiende que el paciente no está preparado aún para enfrentarse. Una vez que se ingresa al cuarto mes de internación, el paciente tiene la posibilidad de comenzar a hacer una internación entre semana en la clínica en el centro y luego tener los fines de semana un alta transitoria para el hospedaje paulatino en su residencia habitual. A partir de este punto, dentro de las intervenciones que se realizan, se comienza a preparar al paciente para su reinserción social, laboral, etc.

El año de tratamiento brinda un tiempo de calidad mayor para trabajar los síntomas de la adicción y darle sentido al recorrido psicoeducativo.

Un meta-análisis “A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term residential treatment model”, publicado en 2021 (Autor/es desconocido/s) arrojó que los sujetos sometidos a internación prolongada tenían un 24% más de probabilidades de mantenerse abstinentes o moderar su consumo a largo plazo, comparados con quienes recibieron sólo tratamientos más cortos. Sin embargo, otra revisión sugiere que no hay evidencia concluyente de que la internación prolongada supere en términos de éxito terapéutico, a los tratamientos ambulatorios intensivos, salvo en casos de pacientes severos con alto riesgo de recaídas.

6.2.4. Estructura institucional y actores implicados

El sistema uruguayo de salud pública articula una red de dispositivos para adicciones bajo el amparo del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Si bien el MSP regula el funcionamiento de los dispositivos, la gestión cotidiana muchas veces está a cargo de organizaciones no gubernamentales, fundaciones o mutualistas, lo que da lugar a una importante heterogeneidad de criterios terapéuticos (MIDES, 2020).

Los dispositivos de internación cuentan con equipos multidisciplinarios formados por psicólogos, psiquiatras. trabajadores sociales, médicos generales, operados terapéuticos y educadores. La figura del operador es particularmente relevante en el abordaje cotidiano, funcionando como un puente entre el equipo técnico y los pacientes.

Desde una mirada clínica diversos estudios han advertido sobre la desigualdad en la calidad de los servicios, la falta de regulación en la unificación de criterios, la sobrecarga de los equipos técnicos y la carencia de recursos adecuados para la atención integral, en especial en el sector público (INDDHH, 2021).

6.2.5. Tensiones

Las internaciones se encuentran reguladas principalmente por la ley N 19.529 de Salud Mental (2017), que establece criterios restrictivos para el ingreso involuntario y promueve una atención en base a derechos humanos, autonomía y no discriminacion. Esta Ley establece que la internación debe ser excepcional, temporal y justificada clínicamente y que siempre debe priorizarse la atención en comunidad. Sin embargo, en los hechos, la internación sigue siendo el dispositivo más utilizado en casos complejos, a menudo sin que existan alternativas ambulatorias viables. Esto genera una tensión entre el discurso normativo y la realidad asistencial, donde la falta de dispositivos intermedios (como los centros asistenciales de día, la insuficiencia de la casas de medio camino o los dispositivos de reducción de daños) obliga a sostener internaciones más prolongadas de lo deseado (Morrone, 2022).

Por otra parte, con frecuencia la internación suele ser utilizada como respuesta judicial o institucional en contextos donde no hay delitos cometidos, especialmente en menores de edad, lo que ha sido criticado por organismos de derechos humanos. La INDDHH (2021) ha alertado sobre la práctica de "*internación por protección"* en la cual adolescentes son ingresados sin consentimiento, ni justificación terapéutica clara, bajo el argumento de garantizar su seguridad.

6.2.6. Abordaje psicológico en el dispositivo

El trabajo psicológico en los dispositivos de internación implica un abordaje múltiple. Por un lado se debe intervenir sobre el síntoma adictivo, trabajando con el paciente su historia de consumo, los significados subjetivos del uso, los mecanismos defensivos asociados, las posibles comorbilidades psiquiátricas. Por otro lado, es necesario construir una alianza terapéutica, ofrecer una función de sostén simbólico y habilitar espacio de elaboración de conflictos internos que muchas veces subyacen al consumo.

Desde una perspectiva psicoanalítica, el dispositivo puede leerse como una escena transferencial múltiple, donde la institución en su conjunto representa un otro que sostiene, limita, pero también confronta. La internación en ese sentido, no debe medicalizar únicamente, ni limitarse al control de la conducta, sino que debe propiciar procesos de subjetivación, reflexión y autonomía (Carbajal y Moyano, 2018).

Desde el enfoque cognitivo - conductual que como ya se ha nombrado, es el enfoque por excelencia de este tipo de dispositivos, se aporta una significativa serie de técnicas para el manejo de impulsos, la reestructuración de pensamientos disfuncionales, el desarrollo de habilidades sociales y la prevención de recaídas integrándose en programas más estructurados de psicoeducación.

6.2.7. Desafíos pendientes

A pesar de sus potencialidades, el dispositivo de internación presenta múltiples limitaciones estructurales y epistemológicas. Alguna de la principales críticas formuladas desde el campo profesional y académico son:

- Cronificación de la internación: en ausencia de alternativas, muchas internaciones se prolongan de forma indefinida, sin un plan claro de egreso, ni estrategias de reintegración social. Esto refuerza la dependencia institucional y desresponsabilizar al sistema de generar dispositivos intermedios (Morrone, 2022).
- En Brasil, uno de los modelos de intervención más extendidos en el tratamiento de las adicciones es el de las "*fazendas terapéuticas"*, una modalidad de internación residencial basada en la convivencia, el trabajo comunitario y la espiritualidad. Estas instituciones, también conocidas como comunidades terapéuticas rurales, muchas veces fueron impulsadas por movimientos religiosos (Melo y Dimenstein, 2013). A diferencia de los dispositivos regulados por sistemas públicos de salud con supervisión interdisciplinaria, las fazendas no siempre cuentan con personal clínico capacitado, ni con abordaje psicoterapéutico basados en evidencia. Este tipo de

dispositivos no existen en Uruguay, donde el abordaje de las adicciones está enmarcado y regulado por normas técnicas sin embargo, podría ser de mucha ayuda contar con este tipo de lugares, sobre todo para aquellas personas que se encuentran fuera del sistema de salud por algún motivo o están sometidos a una religión, o la fe. De hecho, hay uruguayos que, por salir del entorno de consumo, buscan este tipo de internaciones en este país vecino.

- Desigualdad en el acceso: las personas con cobertura mutual o recursos económicos, pueden acceder a centros privados con mayor infraestructura y atención personalizada, mientras que los sectores más vulnerables deben esperar cupos o aceptar condiciones precarias o coberturas insuficientes.
- Falta de integración comunitaria: muchos dispositivos funcionan de manera aislada, sin articulación con centros de salud mental, servicios sociales o políticas de vivienda y empleo. Esto limita las posibilidades de reinserción efectiva del paciente.
- Judicialización del consumo: como ya se ha mencionado, existe un uso creciente de la internación como mecanismo de control social, especialmente en adolescentes o personas en situación de calle, lo cual distorsiona la función terapéutica del dispositivo por las resistencias que se activan en los pacientes.
- Estigmatización del paciente internado: en algunos contextos, la internación es percibida como exclusión o castigo, lo cual reproduce representaciones negativas sobre el adicto y ello dificulta su proceso de autonomía.

6.2.8. Eficacia y eficiencia del dispositivo

La evaluación de la eficacia y la eficiencia de la internación en el tratamiento de la adicciones, implica considerar no sólo sus resultados clínicos, sino también su sostenibilidad en términos de recursos, su impacto a largo plazo y su coherencia con el paradigma de atención integral en salud mental. En Uruguay, las investigaciones sistemáticas sobre la efectividad de los tratamientos en salud mental y las adicciones son escasas, lo que dificulta una evaluación comparativa rigurosa. Sin embargo, algunos estudios y reportes institucionales permiten identificar tendencias y señalar desafíos clave.

Desde una perspectiva clínica, diversos trabajos han mostrado que la internación puede ser eficaz en el corto plazo para la estabilización de pacientes con consumo severo, en especial cuando existen comorbilidades psiquiátricas, riesgo de vida o deterioro grave del funcionamiento social. En ese sentido, la internación permite interrumpir ciclos sistemáticos de consumo, ofrecer un ambiente seguro, con una estructura y herramientas terapéuticas que no serían posibles en un entorno ambulatorio (Carrasco y Bentancur, 2019).

No obstante la eficacia a largo plazo es bastante más compleja de sostener si no se cuenta con una red de seguimiento y contención posterior al alta. Diversos informes del MSP (2010) y del MIDES (2020) indican que una proporción significativa de usuarios vuelve a recaer tras el alta médica, especialmente cuando no hay una continuidad en el tratamiento o cuando persisten las condiciones estructurales que propiciaban el consumo (pobreza, desempleo, violencia, aislamiento social). Esto pone en cuestión la sostenibilidad de los efectos terapéuticos, así como la lógica de "*intervenciones cerradas"* que no se integran con el resto del sistema.

En cuanto a la relación de los recursos invertidos y los beneficios obtenidos, el dispositivo de internación presenta costos elevados tanto en términos financieros, como humanos. El mantenimiento de centros con equipos interdisciplinarios, alojamiento, alimentación, medicación, seguridad y programas terapéuticos, demandan una inversión considerable. En muchos casos, especialmente en centros públicos o privados con convenios, los recursos son escasos y la rotación del personal, afecta a la continuidad del tratamiento.

A esta realidad, se le debe agregar también que la falta de indicadores estandarizados de evaluación, tanto cualitativos como cuantitativos, impide una comparación sistemática de la efectividad entre distintos dispositivos y modelos terapéuticos. Por ejemplo, no se cuenta con datos centralizados que permitan conocer tasas de adherencia, recaídas, reinserción laboral o educativa, ni percepción de los usuarios sobre la calidad del tratamiento. Esto constituye en una debilidad institucional que limita la mejora continua del sistema.

Autores como Morrone (2022) argumentan que pensar en la eficiencia del dispositivo, requiere también de problematizar los criterios de éxito, que muchas veces se reducen a la abstinencia sostenida. Desde un enfoque de salud comunitaria y derechos humanos, el éxito terapéutico debería de medirse en función del grado de autonomía alcanzado por el usuario, la recuperación de vínculos afectivos, la inserción en proyectos vitales significativos y la capacidad de construir estrategias de autocuidado.

En resumen, si bien el dispositivo de internación presenta eficacia en la estabilización clínica del paciente, es necesaria una política clara de evaluación de resultados y un enfoque terapéutico que trascienda la lógica del encierro y se articule con procesos de inclusión social que puedan sostenerse en el tiempo vital del sujeto.

6.3. Dispositivo ambulatorio

Entre otras de sus características, la Ley N 19.529 de Salud Mental (2017) promueve la desinstitucionalización y el fortalecimiento de la red de atención ambulatoria. En este contexto, el dispositivo ambulatorio se consolida como un pilar central para el tratamiento de las personas con consumo problemático de sustancias. Este tipo de intervenciones posee una mayor adaptabilidad a diversos contextos tanto clínicos, como comunitarios.

El dispositivo comprende todas aquellas estrategias de atención que no requieren internación, permitiendo que la persona continúe residiendo en su entorno habitual durante el tratamiento. Incluye prestaciones individuales, grupales, comunitarias, con distintos niveles de intensidad y carga horaria y está orientado a favorecer la autonomía progresiva, el vínculo terapéutico sostenido, la adherencia al tratamiento y la reintegración social del paciente. Desde una perspectiva clínica, el abordaje ambulatorio permite intervenir de forma continua sobre las condiciones que sostienen el consumo, promoviendo el trabajo con la red vincular, el territorio y los recursos comunitarios disponibles. Tal como señalan Carrasco y Bentancur (2019) se trata de una modalidad flexible, que busca articular dispositivos técnicos con la realidad subjetiva y social de cada persona.

La Ley de Salud Mental, establece que los tratamientos deben realizarse en el nivel de menor restricción posible, privilegiando la atención en comunidad. En concordancia con esta ley, la Guía Nacional para el abordaje de consumo problemático de sustancias psicoactivas (MSP, 2021) define la intervención ambulatoria, como la primera línea de actuación terapéutica, reservando la internación para situaciones excepcionales.

Los principios que orientan este modo son: la integralidad de la atención, el respeto por la autonomía del paciente, el trabajo en red y en territorio, la participación activa del paciente o usuario, la despatologización y desestigmatización del consumo.

Existen por tanto, múltiples modalidades ambulatorias tanto en el sector público (ASSE), como en prestadores privados, mutualistas y organizaciones de la sociedad civil.

Los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) son una de las principales expresiones del dispositivo público. Estos centros ofrecen atención psicológica, psiquiátrica, consultas médicas, talleres grupales, intervenciones familiares y derivación a otros recursos cuando se evalúa como necesario. Además algunos departamentos cuentan con equipos móviles que trabajan en territorio con población de alta vulnerabilidad.

Asimismo, el Plan Nacional de Drogas de la JND ha promovido desde 2005, la creación de redes locales de tratamiento, incluyendo convención con ONG 's para el desarrollo de dispositivos de este tipo, en diferentes puntos del país (MIDES, 2020). No obstante, la cobertura es desigual, muchos usuarios deben esperar largos periodos para acceder a tratamiento o recorrer grandes distancias para recibir atención y eso genera fracasos asistenciales.

6.3.1. Abordaje psicológico y funciones clínicas

El tratamiento ambulatorio se basa en el seguimiento clínico continuado, centrado en el vínculo terapéutico y la co-construcción de estrategias de afrontamiento ante el consumo. En este contexto la funcion del psicologo se despliega en múltiples niveles como en el acompañamiento subjetivo del proceso de cambio, reconociendo las ambivalencias del paciente, trabajando sobre un enfoque que intente ser no confrontativo: también en la elaboración de conflictos psíquicos que muchas veces están asociados a un trauma, duelos o vínculos que son patológicos o sostienen y son sostenidos por el consumo; es importante también ayudar a desarrollar habilidades sociales y emocionales mediante técnicas que en su mayoría son cognitivo- conductuales para la resolución de problemas y la regulación emocional; se trabaja con la red vincular del paciente donde se incluye a la familia, pareja y/o referentes significativos y también en la articulación con otros actores institucionales, como centros educativos, servicios sociales, de justicia o salud en general.

El enfoque ambulatorio posibilita un abordaje más contextualizado ya que no separa al paciente de su ambiente, sino que interviene en la realidad que lo atraviesa. En palabras de Carbajal y Moyano (2018), "*la eficacia de lo ambulatorio no radica en la intensidad del encuadre, sino en su capacidad de sostener procesos subjetivos en el entramado real de la vida cotidiana".*

6.3.2. Eficacia del abordaje ambulatorio

La evidencia internacional sugiere que los tratamientos ambulatorios bien estructurados pueden ser tan eficaces como las internaciones, especialmente en pacientes con niveles de consumo moderado o con cierta red de apoyo (UNODC, 2014). En Uruguay, si bien falta evaluación sistemática, diversos profesionales coinciden en que el abordaje ambulatorio permite sostener el proceso de rehabilitación a largo plazo, evitando el quiebre subjetivo que muchas veces genera la internación (Carrasco y Bentancur, 2019).

Además, este dispositivo en general facilita la adherencia terapéutica, en tanto permite al paciente conservar su rutina, su trabajo o sus vínculos familiares. También es

más eficiente en términos económicos, permite atender múltiples pacientes sin duplicar recursos clínicos (Anton et al., 2006).

Sin embargo su eficacia está condicionada por múltiples factores: la formación del equipo técnico, la frecuencia de los encuentros, la capacidad de intervención en crisis y la existencia de redes institucionales que acompañan el proceso terapéutico. Cuando estos elementos faltan, el riesgo de abandono o recaída es mayor.

6.3.3. Limitaciones y desafíos

A pesar de su centralidad en el modelo de atención, el dispositivo ambulatorio hoy enfrenta importantes limitaciones:

- Falta de recursos humanos especializados, especialmente en el interior del país. Mutualistas del norte, tienen convenios con centros de rehabilitación en la capital al no contar con un tercer nivel de atención disponible, más cercano.
- Es clave la exigencia de facilitadores capacitados para manejar la dinámica de grupo, evitar conflictos y fortalecer el proceso de recuperación (Connors et al., 2013).
- Demoras en el acceso a consultas por escasez de cupos o carga laboral excesiva de los equipos.
- Debilidad de la red comunitaria que muchas veces deja al equipo terapéutico aislado.
- Dificultad para sostener la adherencia de los usuarios en situación de alta vulnerabilidad.
- Ausencia de mecanismos sistemáticos de evaluación y monitoreo de resultados.

En Uruguay, programas como los que llevan a cabo el Portal Amarillo, Hospital Maciel, Fundacion Manantiales MECA (Montevideo), reportan tasas de retención superiores al 70% y reducción de consumo en un 60% de los pacientes tras seis meses de tratamiento (Bentancor et al., 2021; Rivaud et al., 2022). Estos resultados resaltan la importancia de articular la internación con la continuidad ambulatoria para sostener una recuperación.

Por su parte también la fragmentación institucional entre salud, educación, justicia y protección social dificulta la construcción de trayectorias terapéuticas integrales. Muchos pacientes *“rebotan”* entre servicios sin que exista una lógica de continuidad en el cuidado (Morrone, 2022).

Otro desafío central, es la necesidad de desarrollar modelos culturalmente sensibles, que reconozcan las diferencias territoriales, étnicas, de género y generacionales en el consumo de sustancias. El dispositivo ambulatorio debiera de poder adaptarse a las realidades de los usuarios trans, personas afrodescendientes, poblaciones rurales, pacientes con VIH, adolescentes judicializados, entre otros colectivos. Como plantea Carbajal (2019), *"lo comunitario no es solo un lugar físico, sino una práctica clínica y ética que implica estar disponible, construir confianza y sostener la incertidumbre del otro"*. En este sentido, el dispositivo ambulatorio exige una lógica de trabajo diferente a la lógica del encierro: más paciente, más relacional y más comprometida con el entorno.

Por otro lado, es importante destacar la importancia de una propuesta integradora entre los dispositivos. La evidencia respalda un modelo escalonado que combine internación y terapia grupal como dispositivos que se complementan: como primer movimiento, una internación breve que tenga la finalidad de estabilizar biológicamente al paciente. Posteriormente, una continuación con terapia grupal. Como un tercer movimiento eficaz, es importante sugerir grupos de autoayuda y actividades comunitarias que favorezcan la reinserción social.

6.3.4. Cuadro comparativo entre internación y terapia grupal ambulatoria

ASPECTO	INTERNACIÓN	T. AMBULATORIA
Indicaciones clínicas	Casos de consumo severo, comorbilidades graves, riesgo suicida o carencia de redes de contención (Peacock et al., 20018)	Pacientes motivados, en fase de estabilización o mantención, con soporte comunitario funcional (McKay, 2009)
Duración	Puede variar de semanas a meses (Modelos de 6-12 meses para C.T.)	Programa estándar de 3-6 meses con sesiones semanales.
Intensidad clínica	Alta: supervisión 24hrs., desintoxicación médica, psicoterapia continua.	Moderada: sesiones regulares sin internación, supervisión clínica periódica.
Costos	Elevados (Infraestructura, personal, logística).	Eficiente: permite compartir recursos, reduciendo costos por pacientes (Antón et al., 2006).
Inserción social	Riesgo de aislamiento; requiere estrategias articuladas con tratamiento ambulatorio.	Favorece la continuidad social y familiar desde el principio del proceso terapéutico.
Evidencia de efectividad	Alta eficacia en estabilización inicial y reducción de mortalidad en población crítica (Peacock et al., 2018).	Alta eficacia en el logro de una abstinencia sostenida y prevención de recaídas (Cox et al., 2019).
Criterios de derivación	Justificada en casos de intoxicación aguda, comorbilidades graves, riesgo suicida, embarazos con consumo, ausencia de redes de sostén (NIDA, 2018).	Indicada para personas sin crisis agudas, con algún nivel de funcionamiento social y posibilidades de apoyo social (McKay, 2009).

7. Perfil del paciente

El análisis del perfil del paciente que accede a tratamientos para adicciones es fundamental para diseñar e implementar dispositivos respectivos que respondan a las necesidades reales de los usuarios. Si bien el dispositivo de internación y el de terapia ambulatoria comparten objetivos generales de rehabilitación, están destinados a poblaciones con características clínicas y sociales diferenciadas, que condicionan la indicación terapéutica y los resultados que se esperan (Miguez et al., 2019).

En términos generales, los pacientes que requieren tratamiento presentan una heterogeneidad considerable, pero suelen compartir ciertas características biopsicosociales comunes. En primer lugar, la sustancia o sustancias consumidas, el patrón de consumo y el grado de dependencia constituyen variables centrales para definir la complejidad del cuadro. Por ejemplo, el consumo de sustancias con alta capacidad adictiva -como opiáceos, cocaína o alcohol en dosis intensas - están asociados a cuadros más severos y con mayor requerimiento de intervención intensiva (Mc Lellan et al., 2000).

Asimismo, la historia de consumo suele ser prolongada y crónica, con episodios recurrentes de recaídas, lo que refleja la naturaleza persistente y multifactorial de la adicción (Volkow et al., 2016). En este sentido, la capacidad de control de impulsos, la motivación para el tratamiento y el nivel de conciencia del problema son variables psicológicas que impactan en el éxito terapéutico y, por ende, en la elección del dispositivo (Marlatt y Donovan, 2005).

En cuanto a factores sociales, se observa que muchos pacientes enfrentan condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, carencia de redes de apoyo estables, dificultades en la reinserción laboral y familiar. Estas circunstancias refuerzan la necesidad de dispositivos que no sólo aborden la dimensión clínica, sino que también contemplen la rehabilitación social y comunitaria (Ritter y Mc Donald, 2008).

7.1 Perfil en el dispositivo de internación

El dispositivo de internación está orientado a pacientes con cuadros de alta complejidad clínica, donde la severidad del consumo, la presencia de síntomas de abstinencia, intentos de autoeliminación o comorbilidades agudas, requieren una supervisión médica continua. Usualmente, estos pacientes presentan un historial de consumo prolongado, con intentos fallidos previos de tratamiento ambulatorio y un grado significativo de deterioro biopsicosocial (Gomez y Rodriguez, 2017).

Un aspecto central del perfil de internación es la coexistencia frecuente de comorbilidades psiquiátricas y medidas, que condicionan el manejo terapéutico. Entre las comorbilidades psiquiátricas destacan los trastornos del ánimo (depresión y trastorno bipolar), trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos (Grant et al., 2015). En relación con las comorbilidades médicas, las enfermedades hepáticas, cardiovasculares, infecciosas y nutricionales son comunes, producto del impacto crónico del consumo y las condiciones de vida precarias a las que se somete el sujeto que padece de adicciones (Schuckit, 2016).

Además, desde una perspectiva psicológica, los pacientes en internación suelen presentar mayor impulsividad, menor capacidad de regulación emocional y trastornos cognitivos asociados al consumo, elementos que dificultan el autocontrol y justifican la necesidad de una contención estructurada (Bickel et al., 2014).

Desde lo social, el aislamiento, la precariedad económica y la ruptura de redes familiares son habituales, siendo prioritario que el dispositivo de internación incorpore intervenciones orientadas a fortalecer estos aspectos para favorecer la reinserción social posteriormente (Diaz y Pereira, 2018).

7.2. Perfil en el dispositivo de terapia grupal ambulatoria

Por su parte, la terapia grupal ambulatoria está indicada para pacientes con cuadros menos severos o en etapas de mantenimiento y recuperación, donde la estabilidad médica permite la permanencia en la comunidad. Estos pacientes, suelen tener mayor motivación para el cambio y cuentan con redes sociales o familiares relativamente funcionales, aunque con importantes vulnerabilidades (Dennis et al., 2004).

En el plano psicológico, la terapia individual favorece la construcción de la alianza terapéutica, el desarrollo de habilidades sociales y el aprendizaje de estrategias para el manejo de impulsos y prevención de recaídas (Carroll y Onken, 2005). Los pacientes suelen compartir características como la necesidad de apoyo social, la búsqueda de contención emocional y el interés en compartir experiencias vividas para construir sentido en su proceso de rehabilitación (Kelly y Yeterian, 2011).

En cuanto a las comorbilidades, si bien pueden estar presentes son menos severas o están bajo control, lo que facilita la adherencia al tratamiento y la participación activa en dinámicas grupales (Marlatt y Witkiewitz, 2002).

7.3. Comorbilidades frecuentes

Un aspecto transversal al perfil de ambos dispositivos es la alta prevalencia de comorbilidades que complejizan el abordaje y requieren intervenciones integrales. La coexistencia de trastornos mentales es ampliamente documentada: aproximadamente un 50% de los pacientes con trastornos por uso de sustancias, presentan trastornos psiquiátricos frecuentes (Regier et al., 1990).

Los trastornos depresivos y de ansiedad son los más frecuentes, influyendo negativamente en el pronóstico y la respuesta al tratamiento (Kessler et al., 2005). Además, los trastornos de personalidad, especialmente los del grupo B, dificultan el establecimiento de vínculos terapéuticos y pueden incrementar la impulsividad y el riesgo de recaídas (Verheul et al., 2005).

Desde el punto de vista médico, las complicaciones derivadas del consumo prolongado -hepatitis. VIH, trastornos cardiovasculares, entre otros- son comunes, siendo prioritario su abordaje concomitante para mejorar la calidad de vida y los resultados terapéuticos (Gowing et al., 2015).

7.4 Variables psicosociales relevantes

Para comprender el perfil del paciente es necesario integrar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que configuran los trastornos por consumo. La vulnerabilidad genética y neurobiológica, que incluye alteraciones en circuitos cerebrales de recompensa y autocontrol, interactúa con factores ambientales como el estrés, la exclusión social y experiencias traumáticas (Koob y Volkow, 2010).

La motivación para el tratamiento, la capacidad de autocuidado y el soporte social emergen como predictores importantes del éxito terapéutico. En la terapia grupal, el sentido de pertenencia y la identificación con pares que atraviesan situaciones similares, constituyen mecanismos claves para la adherencia y la recuperación (Tracy y Wallace, 2016).

Por último, es importante considerar que el entorno familiar y comunitario actúan como factor protector o de riesgo, siendo imprescindible su consideración en ambos dispositivos para el diseño de intervenciones integrales contextualizadas (Laudet y White, 2008).

7.5. Cuadro comparativo del perfil del paciente según tratamiento

Dimensión	Internación	T.G.A.
Complejidad clínica	Alta: cuadros severos, consumo intenso, síntomas de abstinencia agudos, comorbilidades psiquiátricas y médicas (Gomez y Rodriguez, 2017; Grant et al., 2015).	Moderada a baja: estabilidad médica, cuadros menos severos, comorbilidades controladas (Dennis et al., 2004).
Duración del tratamiento	Mediano a largo plazo; semanas, meses. Con supervisión intensiva y control médico (Miguez et al., 2019).	Variable, generalmente a mediano plazo, basado en sesiones periódicas y seguimiento continuo (Carroll y Onken, 2005).
Motivación y capacidad de autocontrol	Suele ser variable, o baja; impulsividad y desregulación emocional frecuentes (Bickel et al., 2014).	Mayor motivación para cambiar y mejores habilidades de autocontrol (Kelly y Yeterian, 2011).
Comorbilidades psiquiátricas	Alta prevalencia de trastornos del ánimo, ansiedad, trastornos psicóticos y de personalidad (Schuckit, 2016).	Presencia de comorbilidades menos graves o controladas (Marlatt y Witkiewitz, 2002).
Comorbilidades médicas	La presencia de patologías asociadas al consumo prolongado (hepáticas, cardiovasculares, infecciosas), (Gowing et al., 2015).	Menos frecuentes o ya estabilizadas.

Estrategias terapéuticas predominantes	Tratamiento médico integral, contención estructurada, intervenciones psicosociales intensivas (Miguez et al., 2019).	Terapia cognitivo conductual grupal, psicoeducación, trabajo en habilidades sociales (Carroll y onken, 2005).
Objetivos principales	Estabilización clínica, manejo de abstinencia, reducción de daños y preparación para reinserción social (Gomez y Rodriguez, 2017).	Mantenimiento de la abstinencia, prevención de recaídas, fortalecimiento del soporte social y habilidades (Kelly y Yeterian, 2011).
Desafíos principales	Adherencia, manejo de comorbilidades complejas, reinserción social post internación (Díaz y Pereira, 2018).	Motivación sostenida, evitar recaídas, integración social y laboral (Tracy y Wallace, 2016).

8. Probabilidades de recuperación y recaídas según internación - ambulatorio

En el marco del abordaje clínico de los trastornos por uso de sustancias, las probabilidades de recuperación sostenida y los riesgos de recaída, constituyen indicadores fundamentales para evaluar la eficacia y pertinencia de las intervenciones terapéuticas.

En particular, la comparación entre dispositivo de internación y ambulatorio han generado un cuerpo creciente de evidencia tanto cualitativa como cuantitativamente, que permite reflexionar sobre la adecuación de cada modalidad según perfiles clínicos, contextos socioeconómicos y trayectorias subjetivas de consumo (McLellan et al., 2000; Bentancor et al., 2021). La literatura especializada ha demostrado que las trayectorias de recuperación y la probabilidades de recaída, no dependen exclusivamente del tipo de dispositivo, sino que también hay factores individuales, estructurales y vinculares que intervienen a lo largo del proceso terapéutico (Marlatt y Donovan, 2005; Volkow et al., 2016).

8.1. Finalización del tratamiento y adherencia

Estudios indican que los pacientes en internación son significativamente más propensos a completar el programa terapéutico, en comparación con pacientes ambulatorios. En una revisión clínica en Chile, se reportó que los pacientes hospitalizados tenían hasta tres veces más probabilidad de finalizar el tratamiento con éxito. Por otro lado, un análisis retrospectivo encontró que al año de ingreso, los sujetos internados reportaron menos consumo de alcohol que quienes recibieron atención ambulatoria (Ho y Adcock, 2017).

En Uruguay y Argentina, encuestas nacionales (2006-2018) revelan que solo entre el 14% y el 15% de personas con dependencia por cannabis o cocaína declararon haber buscado o utilizado un tratamiento en el año previo. Aunque no se diferencian internación de ambulatorio, se confirma una brecha significativa entre prevalencia de dependencia y contacto con servicios, lo que condiciona las probabilidades reales de recuperación o recaída incluso antes de evaluar la modalidad.

La internación suele proveer un entorno terapéutico estructurado con mayor control del entorno, lo que mejora la finalización del tratamiento. Por otro lado, tratamientos ambulatorios intensivos, pueden lograr retención del paciente si existe un soporte social fuerte y adherencia a largo plazo (Pettinati et al., 1999).

8.2. Evidencia clínica en América Latina y Uruguay

Aunque Uruguay no dispone actualmente de estudios longitudinales comparados entre internaciones y ambulatorios, se sabe que la tasa de búsqueda de tratamiento entre personas con dependencia de cannabis o cocaína fue de apenas 19% en 2018, cifra estable o en descenso respecto de años anteriores. Esto puede indicar que muchos no acceden inicialmente a ningún dispositivo, lo que condiciona negativamente las probabilidades de recuperación.

En Montevideo, instituciones como Centro Izcali, ofrecen programas residenciales de alta duración (10/12 meses) combinando internación y atención ambulatoria, incluyendo la integración con la familia del sujeto y una fase de reinserción social. Aunque no hay datos formales publicados sobre tasas de recuperación o recaídas, este modelo intensivo permite plantear hipótesis sobre su eficacia comparada con la terapia ambulatoria.

Una investigación sobre programas de evaluación y tratamiento en América Latina, señala que la disponibilidad de dispositivos con fases integrales (residencial y ambulatorio) mejoran la adherencia a largo plazo, pero la literatura aún es limitada. Esta evidencia sugiere que estrategias híbridas, podrían ofrecer probabilidades mayores de recuperación sostenida si se combinan internación inicial con seguimiento ambulatorio estructurado.

8.3. Modelos de probabilidad y factores de riesgo

Modelos recientes (Mao et al., 2024) conceptualizan la recaída como función del balance entre eventos estresantes y experiencias positivas sostenibles, sugiriendo que la transición a ambientes comunitarios, con estímulos positivos reducidos, puede incrementar la probabilidad de recaídas tras internación, si no se mantienen acuerdos psicosociales cuidados y sostenidos.

Factores pronósticos como la severidad del consumo, comorbilidades psiquiátricas, aislamiento social, craving prolongado o participación insuficiente en tratamiento, han sido identificados en estudios globales como predictores de recaída y menos recuperación (Rivera et al., 2022; Sebastián Mao et al., 2024).

9. Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo, se ha intentado ofrecer una mirada comprensiva, crítica y actualizada sobre dos dispositivos fundamentales en el tratamiento de las adicciones. La internación y la terapia grupal ambulatoria ambas estrategias, si bien estructuran sobre lógicas de intervención diferentes, comparten una premisa fundamental: abordar las adicciones como fenómenos complejos, multideterminados y anclados en realidades individuales y colectivas.

El análisis realizado permite afirmar que ningún dispositivo por sí, solo puede ofrecer una solución totalizante o un universal frente a la problemática del consumo problemático de sustancias, en cambio, lo que se revela como más eficaz es el desarrollo de abordajes integrales, interdisciplinarios y ajustados al perfil del paciente a su contexto psicosocial y a su estadio motivacional.

La internación como recurso intensivo, se torna necesaria en casos donde la gravedad del consumo, la presencia de comorbilidades, psiquiátricas o la ausencia de redes de sostén impiden cualquier otro abordaje menos restrictivo, sin embargo, también se ha señalado que el uso indiscriminado sistemático de este dispositivo Puede derivar en procesos de institucionalización crónica, pérdida de autonomía y exclusión. En este sentido interno, no puede constituirse como una respuesta automática, sino como una estrategia clínica, bien fundada, delimitada en el tiempo y con objetivos terapéuticos claros.

Por su parte, la terapia grupal ambulatoria ha demostrado ser una herramienta valiosa, especialmente en contextos donde la continuidad en la comunidad, la construcción de redes simbólicas y la reconfiguración de lazo social resultan esenciales para sostener procesos de recuperación. El grupo funciona aquí como espacio de resonancia, espejo, contención y confrontación, promoviendo el reconocimiento mutuo y la desestigmatización. Este dispositivo, no obstante, también requiere ciertas condiciones, estabilidad mínima,

voluntad de cambio y acceso a servicios complementarios (atención médica, contención, familiar, soporte, habitacional, etc.).

Desde una perspectiva de salud pública, se ha evidenciado que los dispositivo tratamiento no pueden desligarse de las condiciones estructurales que atraviesan a los sujetos, pobreza, exclusión, violencia, desempleo, estigmatización y desigualdad en este sentido, resulta fundamental continuar fortaleciendo una lógica de abordaje territorial, intersectorial y comunitaria, que contemple los determinantes sociales de la salud y prueba políticas inclusiva, sostenidas y basadas en derechos humanos.

Por otro lado también, se ha planteado que el paradigma basado en evidencia no implica una negación de la subjetividad o la dimensión simbólica, sino una articulación posible entre datos empíricos saber clínico y escucha situada. Las investigaciones más recientes, confirman que la efectividad terapéutica no depende exclusivamente de la técnica utilizada, sino de factores relacionales, motivacionales y contextuales. En consecuencia, los tratamientos más eficaces son aquellos que logran conjugar, estructura, flexibilidad, rigor técnico y sensibilidad clínica.

Asimismo, este trabajo ha querido evidenciar que el fenómeno de las adicciones no pueden entenderse desde reduccionismo biomédico ni desde una moralización del sujeto que consume. El sufrimiento, la repetición, compulsiva y la búsqueda de alivio que subyacen al consumo problemático requieren una lectura compleja que incluya dimensiones psicoanalíticas, cognitivas, sociales y culturales. De este modo, el desafío clínico no es simplemente erradicar la sustancia, sino acompañar procesos de resignificación, sustitución de modos de goce y construcción de nuevas formas de habitar el deseo.

Otro aspecto relevante que ha emergido es la necesidad de fortalecer los equipos interdisciplinarios de trabajo en adicciones. El abordaje de esta problemática exige el entrecruzamiento de saberes provenientes de la psicología, psiquiatría, el trabajo social, la medicina, la enfermería, la educación y otros campos. Sólo desde una perspectiva

integradora y colaborativa, es posible construir respuestas terapéuticas, eficaces, éticas y sostenibles.

A nivel institucional. Se observa la urgencia de ampliar los recursos disponibles, optimizar los sistemas de derivación y seguimiento, reducir las listas de espera y mejorar la accesibilidad territorial a los tratamientos. Las políticas públicas deben garantizar continuidad de los procesos terapéuticos, condiciones laborales, dignas para los profesionales y dispositivos que contemplen la heterogeneidad de trayectorias de los usuarios.

Por último, es necesario reivindicar el lugar del paciente como sujeto activo, capaz de decidir participar y transformar su proceso de tratamiento. Las prácticas entradas en el sujeto, la escucha sin juicio, el respeto por los tiempos subjetivos y el trabajo colaborativo. Son principios y renunciables para cualquier intervención ética.

En conclusión, el tratamiento de las adicciones en la actualidad implica superar viejos dualismos (biológico - psicológico; disciplinamiento - libertad; exclusión - inclusión) para construir prácticas clínicas y políticas, basadas en la complejidad, la singularidad y la dignidad humana. Tanto la internación como la terapia grupal ambulatoria tienen un lugar relevante dentro de ese tramado, siempre que se las piense no como fines en sí mismos, sino como partes de un tramado, flexible, ético y sostenido en el tiempo.

9. Bibliografía

1. Alcoholics Anonymous World Services. (2001). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism* (4th ed.). Alcoholics Anonymous World Services.
2. Alexander, B. K. (2008). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford University Press https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199588718.001.0001
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
5. American Society of Addiction Medicine. (2013). *Patient placement criteria* (2nd ed., revised). ASAM.
6. Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., ... & COMBINE Study Research Group. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA, 295*(17), 2003–2017. https://doi.org/10.1001/jama.295.17.2003
7. ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2021). *Guía clínica para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en dispositivos de internación y ambulatorios*. Montevideo: ASSE.
8. Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review, 111*(1), 33–51. https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33
9. Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). *Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement*. *Psychological Review, 111*(1), 33–51. https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.3
10. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
11. Bassols, M. (2015). *El reverso de la biopolítica: Una escritura para el goce*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
12. Bauman, Z. (2005). *Vida líquida*. Fondo de Cultura Económica.
13. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press.

14. Becoña, E. (2006). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. *Adicciones, 18*(4), 337–350. https://doi.org/10.20882/adicciones.360
15. Becoña, E., & Cortés, M. T. (2008). Manual de prevención de las drogodependencias. *Psicothema, 20*(2), 403–409. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720425
16. Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2012). Intervenciones breves para el tratamiento del consumo de drogas: una revisión. *Adicciones, 24*(3), 253–264. https://doi.org/10.20882/adicciones.94
17. Bentancor, A., Brum, M., & Sánchez, M. (2021). Evaluación de la eficacia de un programa grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos por consumo de sustancias en Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicología, 35*(2), 45–62.
18. Berridge, V. (2013). *Demons: Our changing attitudes to alcohol, tobacco, and drugs*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199604982.001.0001
19. Berterame, S., Erthal, J., Thomas, J., Fellner, S., Vosse, B., Clare, P., ... & Sipp, W. (2016). Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study. *The Lancet, 387*(10028), 1644–1656. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6
20. Bertholet, N., Daeppen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine, 165*(9), 986–995. https://doi.org/10.1001/archinte.165.9.986
21. Bickel, W. K., Koffarnus, M. N., Moody, L., & Wilson, A. G. (2014). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process contributing to addiction and other disorders. *Journal of Addiction Medicine, 8*(2), 77–85. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000045
22. Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health treatment of persons with co-occurring substance use and mental disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 589–596. https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0405
23. Blanco, C., & Volkow, N. D. (2020). Management of substance use disorders in the era of COVID-19. *Molecular Psychiatry, 25*(4), 926–927. https://doi.org/10.1038/s41380-020-0768-0
24. Boden, M. T., & Moos, R. H. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(4), 335–345. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.006

25. Bonomo, Y., Bowes, L., Coffey, C., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: A cohort study over seven years. *Addiction, 99*(12), 1520–1528. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00846.x
26. Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press.
27. Brener, L., von Hippel, W., & Kippax, S. (2007). Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice? *International Journal of Drug Policy, 18*(5), 381–387. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.12.010
28. Brick, J. (2008). *Drugs, the brain, and behavior: The pharmacology of abuse and dependence*. Routledge.
29. Brook, J. S., & Brook, D. W. (2001). The etiology and consequences of adolescent drug use. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 141–148). Wiley.
30. Brown, S. A., & Ramo, D. E. (2006). Clinical course of youth following treatment for alcohol and drug problems. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 79–93). Guilford Press.
31. Budney, A. J., & Higgins, S. T. (1998). Therapy for cannabis dependence: Efficacy of abstinence-based incentives, motivational enhancement, and cognitive-behavioral therapy. *Addiction, 93*(11), 1481–1490. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931114812.x
32. Burke, A. C., Gregoire, T. K., & Schacht, L. (1999). Substance abuse treatment outcomes for persons with co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(3), 235–245. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00052-2
33. Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence, 68*(3), 299–307. https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00220-X
34. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2017). *Inpatient and outpatient treatment programs for substance use disorder: A review of clinical effectiveness and guidelines*. CADTH. https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0891%20Inpatient%20Outpatient%20Treatment%20SUD%20Final.pdf
35. Capone, C., Eaton, E. M., McGrath, A. C., & McGovern, M. P. (2021). Integrated treatment for posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic

review of randomized controlled trials. *Journal of Dual Diagnosis, 17*(2), 134–152. https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1831826

36. Carbajal, A. (2019). Comunidad, subjetividad y clínica: aportes para pensar el tratamiento ambulatorio. *Revista de Psicología Comunitaria del Uruguay, 6*(1), 44–59.
37. Carbajal, A., & Moyano, L. (2018). *Dispositivos terapéuticos en salud mental y adicciones: del encierro a la inclusión*. Montevideo: Editorial Nuestras Voces.
38. Carrasco, S., & Bentancur, G. (2019). Internación en adicciones: criterios clínicos y prácticas interdisciplinarias. *Revista Uruguaya de Psicología Clínica, 14*(2), 55–71.
39. Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry, 162*(8), 1452–1460. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452
40. Carter, A., Hall, W., & Illes, J. (2012). Addiction neuroethics: The ethics of addiction neuroscience research and treatment. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(3), 183–190. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328351cf92
41. Casacuberta, C. (2019). *Costos sociales del consumo problemático en Uruguay*. Universidad de la República.
42. Chawla, N., Collins, S. E., Bowen, S., Hsu, S., & Grow, J. (2010). The mindfulness-based relapse prevention adherence and competence scale: Development, interrater reliability, and validity. *Psychotherapy Research, 20*(4), 413–421. https://doi.org/10.1080/10503301003629303
43. Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 67–78. https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.67
44. Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health, 85*(1), 41–47. https://doi.org/10.2105/AJPH.85.1.41
45. Chutuape, M. A., Jasinski, D. R., Fingerhood, M. I., & Stitzer, M. L. (2001). One-, three-, and six-month outcomes after brief inpatient opioid detoxification. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*(1), 19–44. https://doi.org/10.1081/ADA-100103117
46. Connors, G. J., Tonigan, J. S., Miller, W. R., et al. (2013). Mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. In *Addiction Recovery Management* (pp. 127–142). Humana Press.
47. Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Mackie, C. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 79(3), 296–306. https://doi.org/10.1037/a0022997

48. Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 25*(4), 369–385. https://doi.org/10.1080/09595230600793774
49. Costa, M., & Robles, N. (2016). Experiencias de intervención grupal en consumo problemático de sustancias psicoactivas: Aportes desde el sistema público uruguayo. *Revista Uruguaya de Psicología, 30*(2), 75–85. https://doi.org/10.26851/rup2016.2.5
50. Courtwright, D. T. (2001). *Forces of habit: Drugs and the making of the modern world*. Harvard University Press.
51. Courtwright, D. T. (2012). Addiction and the science of history. *Addiction, 107*(S1), 1–4.
52. Cox, G., Foister, R., O'Sullivan, S. S., et al. (2019). Group versus individual therapy for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 99*, 58–67.
53. Coyer, C., & Wechsler, H. (2002). Binge drinking in college: The problem and how to reduce it. *The Journal of Primary Prevention, 23*(3), 383–407. https://doi.org/10.1023/A:1019990818169
54. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
55. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Huibers, M. J., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 130–140. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.002
56. Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction, 98*(11), 1493–1504. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00437.x
57. De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company.
58. Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(S1), S51–S62. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.10.013
59. Díaz, M., & Pereira, R. (2018). Abordaje social de las adicciones: una mirada desde la salud pública. *Revista Uruguaya de Adicciones, 12*(1), 45–59.
60. DiClemente, C. C. (2006). Natural change and the troublesome use of substances: A life-course perspective. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance*

abuse: What the science shows, and what we should do about it (pp. 81–96). Guilford Press.

61. Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, *193*(8), 646–650.
62. Donnelly, D. A., & Young, M. (2006). Toward a contextual model for understanding the alcohol and drug problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 1*(3), 3–19. https://doi.org/10.1300/J462v01n03_02
63. Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. M. (2004). Flawed self-assessment: Implications for health, education, and the workplace. *Psychological Science in the Public Interest, 5*(3), 69–106. https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x
64. DuPont, R. L., McLellan, A. T., White, W. L., Merlo, L. J., & Gold, M. S. (2009). Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(2), 159–171. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.01.004
65. Durkheim, E. (2007). *El suicidio: Estudio de sociología* (Original publicado en 1897). Akal.
66. Dutriez, T., & Grall-Bronnec, M. (2018). From addiction to behavioral addiction: An overview of gambling disorder and other behavioral addictions. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 20*(3), 185–193. https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/tgrall-bronnec
67. Echeburúa, E., & de Corral, P. (2000). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones, 22*(2), 91–96. https://doi.org/10.20882/adicciones.147
68. Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction, 81*(2), 171–183. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00348.x
69. El Gato y la Caja. (2020). ¿Sirve internar para dejar de consumir? *El Gato y la Caja*. https://elgatoylacaja.com/internaciones
70. El Gato y la Caja. (2021). Adicciones: no somos libres cuando elegimos. *El Gato y la Caja*. https://elgatoylacaja.com/adicciones
71. El Gato y la Caja. (2022). Un libro sobre Drogas (5ta. Ed.).
72. EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Treatment for drug use disorders*. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/treatment_en

73. Elovich, R., & Drucker, E. (2008). On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards. *Harm Reduction Journal, 5*(1), 23. https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-23
74. Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Espasa Calpe.
75. Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(4), 534–544. https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086
76. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European drug report 2023: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2810/28650
77. Evans, E., Li, L., Urada, D., & Anglin, M. D. (2012). Comparative effectiveness of California's Proposition 36 drug treatment program: Propensity score matching of Prop 36 clients and drug court participants. *Evaluation and Program Planning, 35*(1), 48–57. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.05.001
78. Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2013). Alcohol misuse and psychosocial outcomes in young adulthood: Results from a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(2), 513–519. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.011
79. Fernández-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addictive Behaviors, 35*(6), 676–679. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.02.008
80. Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2012). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico para personas drogodependientes en prisión. *Adicciones, 24*(3), 231–237. https://doi.org/10.20882/adicciones.97
81. Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Illescas, C. (2007). Trastornos de personalidad y abandono del tratamiento en drogodependientes. *Adicciones, 19*(2), 153–160. https://doi.org/10.20882/adicciones.319
82. Fischer, B., Rehm, J., & Hall, W. (2009). Cannabis use in Canada: The need for a 'public health' approach. *Canadian Journal of Public Health, 100*(2), 101–103. https://doi.org/10.1007/BF03405519
83. Flórez, G., & Fernández, J. M. (2001). El papel de la psicoterapia en el tratamiento de las drogodependencias. *Adicciones, 13*(2), 189–199. https://doi.org/10.20882/adicciones.600
84. Ford, J. D., Hawke, J., Alessi, S., Ledgerwood, D., & Petry, N. M. (2007). Psychological trauma and PTSD symptoms as predictors of substance dependence

treatment outcomes. *Behavior Research and Therapy, 45*(10), 2417–2431. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.001

85. Fox, H. C., Hong, K. I., Siedlarz, K., & Sinha, R. (2008). Enhanced sensitivity to stress and drug/alcohol craving in abstinent cocaine-dependent individuals compared to social drinkers. *Neuropsychopharmacology, 33*(4), 796–805. https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301457
86. Fuller, R. K., & Roth, H. P. (1979). Disulfiram for the treatment of alcoholism: An evaluation in 128 men. *Annals of Internal Medicine*, *90*(6), 901–904.
87. Gawin, F. H. (1991). Cocaine addiction: Psychology and neurophysiology. *Science, 251*(5001), 1580–1586. https://doi.org/10.1126/science.2011739
88. Gómez, G., Pérez-Montejano, M. A., González-Suárez, C., et al. (2019). Efectividad de la internación residencial en adicciones: revisión sistemática. *Addicciones*, *31*(1), 5–14.
89. Gómez, M., & Rodríguez, L. (2017). Características clínicas y sociales en pacientes internados por adicción. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *49*(2), 123–130.
90. Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., et al. (2006). Varenicline, a nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *JAMA*, *296*(1), 47–55.Junta Nacional de Drogas. (2022). *Plan de acción en drogas 2021–2025*. Secretaría Nacional de Drogas. https://www.infodrogas.gub.uy/
91. Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264*(19), 2511–2518. https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026
92. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (2000). Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence, 60*(3), 275–286. https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)00111-X
93. Goyenechea, C. (2021). Consumo juvenil y políticas de prevención en el Uruguay post-legalización. *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de la República.
94. Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*(4), 361–368. https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.361
95. Grella, C. E., & Stein, J. A. (2006). Impact of program services on treatment outcomes of patients with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatric Services, 57*(7), 1007–1015. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.1007

96. Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191–197. https://doi.org/10.1080/14659890500114359
97. Guimarães, R. A., Fernandes, L. C., Nóbrega, J. O., & Sanches, M. M. (2016). Treatment adherence and completion of treatment for substance use disorders in a Brazilian sample. *Archives of Clinical Psychiatry, 43*(3), 54–58. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000084
98. Hasin, D. S., Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K., & Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction, 101*(Suppl. 1), 59–75. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01584.x
99. Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., … Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry, 170*(8), 834–851. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782
100. Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 91–111. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
101. Ho, C., & Adcock, L. (2017). Inpatient and outpatient treatment programs for substance use disorder: A review of clinical effectiveness and guidelines. *CADTH Rapid Response Report*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507692/
102. Hoeven, J. G., & Pickkers, P. (2014). Voluntary activation of the sympathetic nervous system and attenuation of the innate immune response in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(20), 7379–7384. https://doi.org/10.1073/pnas.1322174111
103. Hser, Y. I., Evans, E., Huang, Y. C., & Anglin, M. D. (2004). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services, 55*(7), 767–774. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.7.767
104. Hser, Y. I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review, 31*(6), 515–547. https://doi.org/10.1177/0193841X07307316
105. Horgan, C. M., Skwara, K. C., Strickler, G. K., & Merrick, E. L. (2001). Substance abuse: The nation's number one health problem. *Health Affairs, 20*(4), 247–257. https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.4.247

106. Humphreys, K., Mavis, B., & Kaskutas, L. A. (2004). A socioecological analysis of participation in AA and its relationship to continued abstinence. *Journal of Studies on Alcohol*, *65*(6), 766–775.

107. Ibáñez, Á., Camacho, M., & Gantiva, C. (2012). Consumo problemático de sustancias y regulación emocional: Un estudio con usuarios en tratamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(2), 69–78. https://doi.org/10.14349/rlp.v44i2.959

108. Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press.

109. Jiménez, S., Graña, J. L., & González, M. (2010). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la dependencia de cocaína: Resultados a corto y largo plazo. *Adicciones, 22*(3), 181–192. https://doi.org/10.20882/adicciones.152

110. Jiménez-Murcia, S., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Álvarez-Moya, E., & Vallejo, J. (2006). Evaluación de la eficacia de un tratamiento psicológico para jugadores patológicos en función del perfil clínico. *Psicothema, 18*(3), 416–423. https://www.redalyc.org/pdf/727/72718322.pdf

111. Junta Nacional de Drogas. (2020). *Informe nacional sobre drogas 2020*. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Informe%20Nacional%20sobre%20Drogas%202020%20JND.pdf

112. Kalina, E. (2001). *El tratamiento de las adicciones: estrategias clínicas y psicoterapéuticas*. Paidós.

113. Kalina, E. (2008). *Adicciones: Una mirada integral*. Paidós.

114. Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. (2013). Mutual-help groups for addiction recovery. *Psychiatric Clinics of North America*, *36*(4), 609–627. https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.07.013

115. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617–627. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617

116. Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231–244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

117. Koob, G. F., & Le Moal, M. (2005). Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction. *Nature Neuroscience, 8*(11), 1442–1444. https://doi.org/10.1038/nn1105-1442

118. Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *363*(1507), 3113–3123.

119. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 217–238. https://doi.org/10.1038/npp.2009.110

120. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(8), 760–773.

121. Kranzler, H. R., & Li, T. K. (2008). What is addiction? *Alcohol Research & Health, 31*(2), 93–95. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860410/

122. Lacan, J. (1981). *Seminario XX: Aun (1972-1973)*. Paidós.

123. Lacan, J. (1964). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.

124. Lacan, J. (1976). *El seminario, libro 23: El sinthome*. Paidós.

125. Lacan, J. (2005). *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma (1974)*. Manantial.

126. Lamberti, M., & Benia, L. (2015). Narrativas sobre consumo problemático de drogas y tratamientos en Montevideo. *Revista de Psicología de la Universidad de la República, 12*(2), 45–61.

127. Lapalma, P., & Rodríguez, P. (2014). Adicciones y sistema sanitario en Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicología, 25*(2), 55–70.

128. Laranjeira, R., Madruga, C. S., & Pinsky, I. (2014). Políticas públicas y tratamiento de las adicciones en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología, 46*(3), 139–145.

129. Laudet, A. B. (2008). The road to recovery: Where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use & Misuse, 43*(12–13), 2001–2020. https://doi.org/10.1080/10826080802293459

130. Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, *43*(1), 27–54. https://doi.org/10.1080/10826080701428646

131. Laudet, A. B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(1), 51–59. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.003

132. Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 137–160. https://doi.org/10.1177/1049731509347850

133. Lembke, A. (2021). *Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence*. Dutton.

134. Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, *278*(5335), 45–47.

135. Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, *39*(1), 143–174.

136. Limp, J., et al. (2021). A systematic review and meta-analysis of long-term substance use disorder treatment and support. *Drug and Alcohol Dependence*, *220*, 108505.

137. Lindesmith, A. R. (1947). *Opiate addiction: A sociological study*. University of Chicago Press.

138. López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., & Landa, N. (2008). Personality disorders in alcohol and cocaine-dependent outpatients: Prevalence and treatment outcomes. *European Addiction Research, 14*(2), 92–99. https://doi.org/10.1159/000113723

139. López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Zubizarreta, I., & Illescas, C. (2010). Trastornos de personalidad y consumo de drogas: Un estudio empírico. *Adicciones, 22*(1), 25–32. https://doi.org/10.20882/adicciones.143

140. López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *The American Journal on Addictions, 21*(1), 78–85. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x

141. López, A. L., & Rodríguez, A. (2014). Consumo de sustancias y apoyo social percibido en pacientes en tratamiento residencial. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 23*(1), 15–22. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281030353003

142. Luengo, M. Á., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A., & Sobral, J. (1999). *Prevención de drogodependencias: Perspectivas actuales*. Ariel Psicología.

143. Mann, K., Kiefer, F., Spanagel, R., & Littleton, J. (2004). Acamprosate: Recent findings and future research directions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *28*(3), 292–301.

144. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.

145. Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 1–44). Guilford Press.

146. Marzell, M., Turrisi, R., Mallett, K. A., & Read, J. P. (2016). An examination of parental permissiveness of alcohol use and monitoring, and their association with emerging adult drinking outcomes across college. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 40*(3), 616–624. https://doi.org/10.1111/acer.1297

147. Mastrogianni, A., & Noto, A. R. (2008). O papel da espiritualidade no tratamento da dependência química: Revisão de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*(2), 55–60. https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000200001

148. Mate, G. (2008). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. Knopf Canada.

149. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

150. McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511–525. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012

151. McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(2), 131–145. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004

152. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689–1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689

153. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.

154. Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., Fleiz, C., Mendoza, M., & Rojas, E. (2012). Encuesta nacional de adicciones 2011: Reporte de drogas. *Salud Mental, 35*(6), 447–457. https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n6/v35n6a3.pdf

155. Mewton, L., Slade, T., Teesson, M., Memedovic, S., & Krueger, R. F. (2011). Improvements in the reliability of alcohol use disorder diagnostic criteria: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(5), 799–808. https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.799

156. Míguez, M., et al. (2019). Dispositivos de tratamiento en adicciones: una revisión desde la salud pública. *Revista de Salud Mental*, *42*(2), 97–105.

157. Miller, J.-A. (2009). *El lugar y el lazo*. Paidós.

158. Ministerio de Desarrollo Social. (2019). *Primera encuesta nacional sobre uso de drogas en personas privadas de libertad*. MIDES-Junta Nacional de Drogas. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Primera%20Encuesta%20Uso%20Drogas%20Personas%20Privadas%20Libertad.pdf

159. Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía clínica para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas*. División de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-clinica-para-tratamiento-personas-consumo-problematico-sustancias

160. Ministerio de Salud Pública. (2020). *Protocolo de actuación integral frente al consumo problemático de drogas*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-actuacion-integral-frente-al-consumo-problematico-drogas

161. Moos, R. H., & Moos, B. S. (2005). Paths of entry into alcoholics anonymous: Consequences for participation and remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29*(10), 1858–1868. https://doi.org/10.1097/01.alc.0000179269.68092.42

162. Morrone, M. (2022). Fragmentación institucional y continuidad del cuidado en salud mental: Desafíos para los dispositivos ambulatorios. *Revista Latinoamericana de Salud Mental Comunitaria*, *10*(1), 22–33.

163. Morrone, M. (2022). La lógica del encierro en los abordajes de adicciones: Crítica a la internación como destino. *Revista Latinoamericana de Salud Mental Comunitaria*, *10*(1), 34–48.

164. MSP. (s.f.). *Red de Atención en Drogas – Prestadores públicos y privados habilitados*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica

165. Murthy, P. (2010). Women and drug use: The impact of stigma and discrimination. In UNODC, *Substance use among women and girls* (pp. 19–27). United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/documents/southasia//publications/others/drug_use_women_Girls.pdf

166. Natera Rey, G., & Tiburcio Sainz, M. (2005). Adicción y exclusión social: Una revisión teórica. *Salud Mental, 28*(1), 16–24. https://www.redalyc.org/pdf/582/58228104.pdf

167. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (2nd ed.). https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition

168. Observatorio Uruguayo de Drogas. (2021). *Informe nacional sobre drogas 2021*. Junta Nacional de Drogas. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/informe-nacional-sobre-drogas-2021

169. Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

170. Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*. Wiley.

171. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. https://icd.who.int/es

172. Padin, A. C., Lee, S., & Basch, C. H. (2020). Use of YouTube by academic medical centers during the COVID-19 pandemic: An analysis of content and adherence to evidence-based practices. *Journal of Community Health, 45*(6), 1227–1233. https://doi.org/10.1007/s10900-020-00846-4

173. Pautassi, R. M., Pilatti, A., & Rivarola-Montejano, G. (2019). Relationship between alcohol availability, alcohol consumption, and alcohol-related problems in Argentine youth. *Health and Addictions*, *19*(1), 36–46.

174. Peacock, A., Leung, J., Larney, S., et al. (2018). Treatment outcomes following inpatient care for alcohol use disorder. *Addiction*, *113*(10), 1842–1851.

175. Peacock, A., Leung, J., Larney, S., et al. (2018). Global statistics on alcohol use and alcohol-related harm. *The Lancet*, *392*(10146), 1015–1035.

176. Peele, S. (2016). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books.

177. Pérez, D., & Scuro, M. (2019). *Mujeres y drogas en América Latina: Estudio de casos y respuestas*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44956/1/S1901002_es.pdf

178. Pettinati, H. M., Weiss, R. D., Miller, W. R., Donovan, D., Ernst, D. B., & Rounsaville, B. J. (1999). Substance abuse intensive outpatient programs: Assessing the comparative outcomes and relapse rates. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(1–2), 93–101. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00061-3

179. Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2004). Dependência química: Uma doença crônica? *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12*(1), 137–142. https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100020

180. Plan Nacional sobre Drogas. (2022). *Informe 2022: Situación y evolución de los problemas de drogas en España*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/Informe2022.pdf

181. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). Plenum Press.

182. Queirolo, R., & Boidi, M. F. (2020). Cannabis policy reform in Uruguay: Successes and challenges. *International Journal of Drug Policy*, *85*, 102812.

183. Rachlis, B., Wood, E., Zhang, R., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2009). High rates of homelessness among a cohort of street-involved youth. *Journal of Urban Health, 86*(5), 779–790.

184. Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., ... & Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction, 99*(6), 708–717. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00707.x

185. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264*(19), 2511–2518.

186. Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... & Room, R. (2019). Defining substance use disorders: Do we really need more than heavy use? *Alcohol and Alcoholism, 54*(6), 603–606. https://doi.org/10.1093/alcalc/agz061

187. Reif, S., et al. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *204*, 107594.

188. Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S. R., & Strathdee, S. A. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine, 61*(5), 1026–1044.

189. Ries, R. K., Fiellin, D. A., Miller, S. C., & Saitz, R. (Eds.). (2014). *Principles of addiction medicine* (5th ed.). Wolters Kluwer.

190. Ritter, A., & McDonald, D. (2008). Treatment demand and treatment capacity in Australia: An analysis of supply and demand of drug treatment services. *Drug and Alcohol Review*, *27*(2), 174–181. https://doi.org/10.1080/09595230701879238

191. Robles, N., & Costa, M. (2017). Abordajes grupales en el sistema público de salud uruguayo: Una experiencia con personas con consumo problemático de sustancias. *Revista Uruguaya de Psicología, 31*(1), 63–75. https://doi.org/10.26851/rup2017.1.4

192. Rodríguez Kuri, S. E., & Rodríguez López, S. M. (2015). Uso problemático de sustancias y exclusión social: Un estudio en jóvenes de la periferia urbana. *Salud Colectiva, 11*(4), 537–550. https://doi.org/10.18294/sc.2015.715

193. Rojas, C., & Pérez, A. (2018). Psicoterapia grupal y adicciones: Una revisión sistemática. *Revista Psicología y Salud, 28*(1), 45–58. https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2430

194. Rounsaville, B. J. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, *49*(11), 881–887.

195. Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from Stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(2), 133–142. https://doi.org/10.1093/clipsy.8.2.133

196. Rovella, A. (2015). Abordaje interdisciplinario de las adicciones: desafíos y estrategias. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 11*, 15–24.

197. Rubio Valladolid, G. (2013). La adicción como enfermedad del vínculo: Aportes desde la psicoterapia integrativa. *Revista de Psicoterapia, 24*(94), 7–27. https://doi.org/10.33898/rdp.v24i94.847

198. Rush, B. (1785/1943). *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*. Dobson.

199. SAMHSA. (2021). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-annual-national-report

200. Sánchez, M. A., & Rodríguez, J. D. (2018). Intervenciones basadas en evidencia para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 47*(3), 179–186. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.002

201. Sánchez-Pérez, A. M., & Gil-García, E. (2007). La medicalización del sufrimiento psíquico: De la biopolítica al psicofármaco. *Revista de Salud Colectiva, 3*(1), 59–73. https://doi.org/10.18294/sc.2007.117

202. Sasseville, P. P., de Souza, M., Figueiredo, L., & de Souza Genaro, J. (2020). Adaptations to cold exposure training in humans. *European Journal of Applied Physiology*, *120*(4), 1057–1067. https://doi.org/10.1007/s00421-020-04305-3

203. Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet, 373*(9662), 492–501. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009-X

204. Segura, L., & Obregón, M. (2021). Trayectorias terapéuticas de personas en situación de consumo problemático en Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicología, 35*(1), 65–78. https://doi.org/10.26851/rup2021.1.5

205. Senjo, S. (2005). Drug courts and therapeutic jurisprudence. *Journal of Criminal Justice, 33*(3), 195–206.

206. Sessa, B. (2007). Can psychedelics have a role in psychiatry once again? *British Journal of Psychiatry, 191*(6), 457–458. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.014852

207. Shorter, D. (2015). New pharmacotherapies for the treatment of stimulant addiction. *CNS Drugs*, *29*(7), 597–607.

208. Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1141*(1), 105–130. https://doi.org/10.1196/annals.1441.030

209. Singer, M. (2012). *Anthropology and addiction: An historical review*. Waveland Press.

210. Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1141*(1), 105–130. https://doi.org/10.1196/annals.1441.030

211. Smith, J. E., Meyers, R. J., & Miller, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal on Addictions, 10*(s1), 51–59.

212. Spinosa, A. M., & Rodríguez, M. (2013). Consumo problemático de sustancias y abordajes comunitarios en Uruguay. *Salud Colectiva, 9*(1), 31–45.

213. Straus, R., & Bacon, S. D. (1951). *Drinking in college*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Supplement No. 7.

214. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *TIP 63: Medications for opioid use disorder*. U.S. Department of Health and Human Services. https://store.samhsa.gov/product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Document/PEP20-02-01-006

215. Tamarit, J. M. (2004). Prevención y tratamiento de las drogodependencias: un enfoque desde la criminología clínica. *Revista Española de Drogodependencias, 29*(1), 7–24. https://www.aesed.com/PDF/2004/RevEspDrogodep_29_1_07_24.pdf

216. Tena, P., & Repetto, R. (2021). Abordajes comunitarios en la atención primaria de salud: Perspectivas sobre el consumo problemático. *Salud Colectiva, 17*, e3336. https://doi.org/10.18294/sc.2021.3336

217. Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research, 42*(3), 241–247. https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9

218. Torres, C., & Benia, L. (2020). Consumos de drogas, violencia y territorio: Una lectura situada desde el campo. *Revista de Ciencias Sociales, 33*(46), 105–120. https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.1471

219. Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation, 7*, 143–154. https://doi.org/10.2147/SAR.S81535

220. Trends in cannabis or cocaine-related dependence and alcohol/drug treatment in Argentina, Chile, and Uruguay. (2023). *International Journal of Drug Policy, 102*, Article 104038. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.104038

221. Trivedi, M. H., Walker, R., Ling, W., Dela Cruz, A., Sharma, G., Carmody, T., ... & Rush, A. J. (2021). Bupropion and naltrexone in methamphetamine use disorder. *New England Journal of Medicine, 384*(2), 140–153. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2020214

222. Trotter, T. (1788/1988). *Medical, philosophical, and chemical essay on drunkenness and its effects*. Routledge.

223. Ulibarri, M. D., Hiller, S. P., Lozada, R., Rangel, M. G., Stockman, J. K., Silverman, J. G., & Syvertsen, J. L. (2013). Prevalence and correlates of consistent condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *AIDS and Behavior, 17*(2), 816–824. https://doi.org/10.1007/s10461-012-0177-3

224. UNODC. (2023). *World Drug Report 2023*. United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

225. Valverde, M. (1998). *Diseases of the will: Alcohol and the dilemmas of freedom*. Cambridge University Press.

226. Van Wormer, K. (2010). *Addiction treatment: A strengths perspective* (3rd ed.). Brooks/Cole Publishing.

227. Vázquez, M. A. (2008). Política de drogas, seguridad y derechos humanos. *Cuadernos del CLAEH, 3*(96), 39–59. https://revistaclaeh.org/index.php/claeh/article/view/86

228. Vega, M. (2022). Abordajes terapéuticos de consumo problemático: Entre el dispositivo y el deseo. *Intersecciones Psi*, 11(1), 41–54. https://doi.org/10.5354/2735-6752.2022.70551

229. Volkow, N. D., & Koob, G. F. (2015). Brain disease model of addiction: Why is it so controversial? *The Lancet Psychiatry, 2*(8), 677–679. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00236-9

230. Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363–371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

231. Wastvedt, S., & Noël, X. (2024). Impulsivity and cognitive functioning in inpatients with concurrent substance use. *Canadian Journal of Psychiatry, 69*(4), 245–252.

232. Weiss, R. D., & Connery, H. S. (2011). Integrated group therapy for bipolar disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology, 67*(5), 502–512. https://doi.org/10.1002/jclp.20773

233. White, W. (2000). The history of recovered people as wounded healers: I. Earlier treatment interventions. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18*(1), 1–23. https://doi.org/10.1300/J020v18n01_01

234. White, W. (2014). *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute.

235. World Health Organization. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543

236. World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124

237. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(3), 211–228. https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.211

238. Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry, 152*(12), 1705–1713. https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1705

239. Young, M. M., Stevens, A., Ghodse, H., & Beck, J. (2004). The effectiveness of residential treatment services for substance abusers: A review. *Substance Use & Misuse, 39*(3), 399–421. https://doi.org/10.1081/JA-120029984

240. Zibbell, J. E., Asher, A. K., & Patel, R. C. (2018). Increases in acute hepatitis C virus infection related to a growing opioid epidemic and associated injection drug use. *American Journal of Public Health, 108*(2), 175–181. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304132

241. Zibbell, J. E., Hart-Malloy, R., Barry, J., Fan, L., & Flanigan, C. (2019). Risk factors for hepatitis C virus infection among young adults in rural New York who inject prescription opioid analgesics. *American Journal of Public Health, 109*(4), 524–530. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304895