

*Trabajo Final de Grado*

***Monografía***

*Revisión crítica del concepto Patología Dual en el  
campo de la Salud Mental*

***Montevideo, 30 abril 2022***

Estudiante: Micaella Scorza

Tutor: Prof. Dr. Juan Fernández Romar  
Revisora: Prof. Mag. Evangelina Curbelo

## **RESUMEN**

Este Trabajo Final de Grado asume como objetivo la revisión crítica de la categoría nosográfica *Patología Dual*, con el fin de establecer sus eventuales ambigüedades, fallos y debilidades epistemológicas, así como los efectos de su inclusión discursiva en el campo psi (psiquiatría, psicología, psicopatología, etc). En este campo, se apela con frecuencia al uso de esta “nueva categoría diagnóstica” aunque, la misma, encierra contradicciones e imprecisiones y no presenta aún un amplio consenso en su definición y alcance. La *Patología dual* se compone por la adicción/consumo problemático de drogas y los trastornos mentales, por lo que se plasman los cambios que han transitado y transformado a los mismos. Se plantean las consecuencias negativas que esta patología trae arraigada con su diagnóstico, promoviendo las famosas etiquetas y fomentando un mayor estigma.

Palabras claves: Patología Dual, diagnóstico, adicción, consumo problemático, trastornos mentales, etiqueta, estigma.

## **INTRODUCCIÓN**

La Patología Dual (PD) se puede definir como una enfermedad que designa la existencia de un trastorno adictivo y otro trastorno mental o la intersección de ambas disfunciones (Rivera, 2010). Estas condiciones clínicas pueden presentarse de forma simultánea o ser secuenciales a lo largo del ciclo vital (Szerman y Martínez-Raga, 2015).

Tanto el consumo de drogas como esas unidades molares de comportamiento que son luego entendidas como trastornos mentales, pasibles de algún tipo de abordaje o tratamiento, son estudiadas desde hace siglos. No obstante, el análisis de las relaciones entre ambos fenómenos recién comienzan a ser abordadas sistemáticamente en el siglo XX (López-Muñoz, Álamo, y Rubio, 2010).

En los años 70, Feinsten introduce en el campo de la Salud el concepto de Comorbilidad, refiriéndose a cualquier tipo de entidad clínica que ocurre en forma simultánea a otra (Mueser, Drake y Wallach, 1998). Posteriormente, en el área de la psicología y la psiquiatría se comenzó a utilizar el término Diagnóstico Dual, haciendo alusión a esta comorbilidad como la concurrencia de un trastorno psíquico y el consumo problemático de cualquier tipo de droga, ya sea legal o ilegal (Del Nogal, 2015).

Surgen las primeras investigaciones sobre las posibles evaluaciones diagnósticas de personas con trastornos mentales y problemas de adicción. A su vez se empezó a señalar cómo el vínculo y coexistencia entre estos dos fenómenos determinaba nuevas barreras clínicas y económicas a la hora de un abordaje terapéutico (Ridgely, Goldman, y Willenbring, 1990).

En los años 80 algunos profesionales de la salud comienzan a aplicar el término PD para referirse a personas con TUS (trastorno por uso de sustancias) en comorbilidad con otros trastornos mentales (Evans y Sullivan, 1990). Por otra parte cabe recordar que a partir del DSM III (1980), el trastorno adictivo se comienza a considerar una entidad categorial que incluye dos criterios diagnósticos: abuso y dependencia. A partir de ese hecho surge complementariamente la idea de relacionar los patrones de uso de sustancias con diferentes trastornos mentales, y por esta vía se estandariza el concepto de Patología Dual (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990; Robins y Regier, 1991).

Desde 1990, se comienzan a observar y reconocer las distintas formas manifiestas en cuanto a grandes consecuencias negativas que tienen las personas con Patología Dual (Drake y Brunette, 1998). Entre estas consecuencias se encontraban las recaídas, conflictos familiares, sociales, económicos, alteraciones de la conducta, entre otras

(Farren, Hil, y Weiss, 2012). En las últimas dos décadas los estudios se han encargado de establecer modelos etiológicos que expliquen la relación entre los TUS y los trastornos psiquiátricos (López-Muñoz, Álamo y Rubio, 2010).

Siguiendo a Álamo, López-Muñoz y Cuenca (2002), entre estos modelos etiológicos explicativos se encuentran:

- Modelo Unitario: Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares).
- Modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de droga: Abuso de sustancias > cambios neuroadaptativos>trastorno psiquiátrico.
- Modelo de consumo de drogas secundario a una alteración psiquiátrica: Las drogas intentarían revertir las anomalías basales de la patología psiquiátrica o provocadas como consecuencia del consumo continuado de drogas de abuso.
- Modelo bidireccional: Cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro.
- Modelo de independencia biológica: Trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes, pero con bases biológicas compartidas.

En el 2000 se fundó la Asociación Dual en España, entidad pionera en la creación de programas, servicios y centros para personas afectadas con PD. Esta institución coloca esta patología como un problema de salud de gran impacto y magnitud, siendo un área prioritaria a cuestionar y abordar.

... a pesar de tratarse de dos asociaciones especializadas en la atención a este trastorno, el acuerdo en una definición del término queda lejano, y las definiciones, lejos de acotar y delimitar qué es y qué no es Patología Dual, lo que hacen es un mero intento de definición que no logra un resultado unánime que permita el consenso objetivo. (Lledó, 2012, p. 96)

Por otra parte se ha observado en los últimos años un gran incremento de personas con diagnóstico dual y arraigado a esto la preocupación de exactitud de este diagnóstico y su respectivo tratamiento (Zimberg, 1996). Actualmente el término PD ha adoptado un sentido más amplio, ya que es muy difícil saber si el consumo de drogas y el otro trastorno psiquiátrico, son entidades independientes o no (Torrens, Gilchrist y Salvany,

2011). Esto se puede visualizar con los modelos anteriormente mencionados. En cambio la idea de que la adicción a sustancias psicoactivas específicas representan entidades patológicas independientes, pierde fuerza a causa de grandes similitudes dentro de las distintas categorías de los trastornos adictivos, incluyendo las adicciones no químicas o comportamentales (Vanyukov et al., 2012).

Según Brady y Sinha (2005), existen dos hipótesis centrales que expresan el porqué de la comorbilidad. Por un lado se concibe a la adicción y a los trastornos psiquiátricos como expresiones de las diferentes anomalías neurobiológicas preexistentes. Por último el consumo reiterado de sustancias, mediante mecanismos de neuroadaptación, generan cambios a niveles neurológicos que implican una semejanza a las anomalías observadas en determinados trastornos psiquiátricos.

Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente, resulta relevante adentrarse en los términos que integran esta PD. En lo que respecta al término adicción, se lo considera un concepto polisémico. El mismo presenta varios significados, dependiendo de la forma en la que es comprendido. Sin embargo sigue siendo un desafío hace varios años considerar la creación de un concepto unívoco, concreto y claro.

La Asociación Americana de Psicología (APA) la define como “una condición en la que el cuerpo debe consumir una determinada sustancia para evitar síntomas de abstinencia de carácter físico y psicológico”. Unos años más tarde se amplía la definición incluyendo no solo el campo de las sustancias sino también el juego patológico (American Psychological Association, 2015; Fernández Artamendi y Weidberg, 2016). La Real Academia Española (RAE, 2014), define a la “adicción” como la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico, incluyendo la aflicción extrema a algo o alguien.

En los últimos tiempos se integran diferentes conductas bajo la denominación general de adicciones o conductas adictivas. En un principio se basaban en el concepto de dependencia psíquica y física. Se consideraban inicialmente las sustancias psicoactivas que, consumidas por una persona, tenían la capacidad de producir dependencia. Con el pasar de los años se observó y señaló que existían conductas en las que sin haber drogas de por medio, contaban con el poder de producir dependencia. Siendo una dependencia similar al resto de las características que presentaban las dependencias a las sustancias psicoactivas (Becoña y Cortés, 2010). Se puede observar cómo distintos autores han trabajado en enriquecer esta problemática para delimitarla y aclararla. Realizaron estudios e

investigaciones, dejando en evidencia la relación directa al concepto dependencia (Le Moal y Koob, 2007).

Por lo antedicho, es necesario aclarar y delimitar las distinciones que existen entre estos conceptos (uso, abuso y dependencia). Así como también es importante hacer hincapié en que el uso de una sustancia tóxica, sea legal o ilegal, no implica una adicción.

- El uso se considera al consumo esporádico y circunstancial de una sustancia. Desde el punto de vista clínico-psicológico se define que “un sujeto hace uso de drogas cuando, ante la inesperada ausencia de la sustancia, no se angustia” (...). El uso está definido como la relación que establece un sujeto con una sustancia psicoactiva pero sin generar un vínculo de necesidad (Puentes, 2006, p. 41).
- El abuso refiere a un patrón desadaptativo de consumo el cual se manifiesta en consecuencias contraproducentes que se presentan de forma recurrente y están relacionadas con el repetido consumo de sustancias (...). El abuso implica un daño, o una amenaza de daño a la salud física, psicológica o social del sujeto involucrado.(DSM IV, 1995, p. 225). Asimismo Puentes (2006), menciona como característica del abuso la angustia inevitable ante la abstinencia de la sustancia. Igualmente no es un factor decisivo la frecuencia para considerarlo abuso, ya que puede haber un abuso consumiendo de forma esporádica o experimental.
- La dependencia, según el DSM IV la define como un grupo de síntomas cognoscitivos, de conducta y fisiológicos. Estos dejan en evidencia que el sujeto sigue consumiendo algún tipo de sustancia, sabiendo que la misma es la causante de problemas significativos en su vida. Por lo tanto, se habla de una autoadministración que se vuelve repetida, ocasionando tolerancia y un consumo compulsivo del mismo (1995, p. 218).

Puentes (2006), explica cómo la persona drogodependiente tiene una compulsión a consumir, ya que la abstinencia de su sustancia problemática genera una intolerable angustia, la cual disminuye con una nueva ingesta. Siguiendo lo constatado por el DSM IV (1995), podemos hablar de una dependencia fisiológica o de la ausencia de la misma. Esta dependencia se manifiesta cuando presentan signos de tolerancia o abstinencia. Sin embargo, según autores reconocidos, podemos hablar también de la dependencia psicológica. Kaplan y Sadock (2001) expresan: “La dependencia psicológica, también conocida como habituación, se caracteriza por un anhelo continuo o intermitente por la sustancia, para evitar los estados disfóricos” (p. 429).

## **DESARROLLO TEÓRICO**

El término comorbilidad de por sí indica una dificultad para lograr un acuerdo entre diagnósticos, ya que se refiere a “la existencia de diferentes criterios diagnósticos en un mismo caso y la dificultad de discernir qué pertenece a qué” (Martinez-Hernaez, 2000, p. 268). Este concepto abarca innumerables combinaciones entre trastornos mentales y trastornos por abuso de sustancias, por eso su denominación como un fenómeno complejo y controvertido (Asociación dual, 2000)

Distintos profesionales e instituciones no llegan a un consenso sobre la definición objetiva de la Patología Dual. Según Nunes y Deliyannides, citados en Lledó (2012), mencionan que:

El extenso campo de coexistencia de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos mentales contiene un gran número de interrogantes no resueltos y de aspectos susceptibles de investigación. Sin embargo, los intentos realizados para desarrollar un abordaje de investigación sistemático en este tema se enfrentan con dos aspectos complejos: las numerosas interrelaciones existentes entre el trastorno por abuso de sustancias y el trastorno mental, y el número absoluto de posibles combinaciones entre ambos trastornos [...] La simple enumeración de los trastornos mentales y de sustancias más frecuentes ya indica, en cierta manera, las posibles y numerosas combinaciones existentes entre ambos trastornos. (Nunes y Deliyannides, 1996, p. 321)

A continuación se plasman diferentes, pero similares concepciones de la Patología Dual desde distintos enfoques y profesionales especializados en el asunto:

En la presentación del Congreso Internacional de Patología Dual: Conductas Adictivas y Otros Trastornos Mentales, conmemorado en 2008, definían la Patología Dual como “la concurrencia de trastornos por Uso de Sustancias y Otros Trastornos Mentales”, considerándola como una “nueva entidad clínica” (Gomez y López, 2013).

La Sociedad Española de Patología Dual la define en sus estatutos como la “concurrencia en una misma persona de una conducta adictiva (alcoholismo, toxicomanías, adicciones comportamentales, etc.) y un trastorno mental” (SEPD, 2005).

Sin embargo, la Asociación DUAL ejerce una definición que, a pesar de coincidir en algunos aspectos, muestra variaciones: “asociación cruzada (coexistencia o comorbilidad) de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental por un lado y, por otro, el uso patológico de sustancias tóxicas (consumo o abusos inadecuados, así como dependencia de drogas)”. (Asociación Dual, 2000)

Estos tres conceptos coinciden a la hora de presentar un trastorno mental. Sin embargo no sucede así en la parte final, en la que se hace referencia al uso de sustancias, conductas adictivas o consumo o abuso de sustancias tóxicas. Allí es en donde se hace visible su discrepancia y contradicción en el concepto. La primera definición nos menciona conductas adictivas, lo cual nos deja un amplio espectro de posibilidades imprecisas e ilimitadas. Sin embargo, la segunda definición es confusa y poco objetiva “consumo o abusos inadecuados”. Por lo tanto, algunas de las interrogantes que surgen son: ¿cuándo y cómo podemos considerar a un consumo adecuado? ¿Cuándo comienza a ser inadecuado? ¿Cómo sabemos que ese consumo es problemático para la persona? Resulta pertinente pensar que a la hora de delimitar y aclarar esta definición sigue siendo sumamente confusa, ya que no llega a un consenso en el cual los profesionales y entidades especializadas en el tema acuerden una definición precisa.

Lledó (2012), plantea la duda respecto a si al hablar de esta categoría diagnóstica, la misma se define de diferentes modos. Esta categoría, conocida por diagnosticarse con gran impacto en los últimos años, no tiene ningún aval científico, ya que no se encuentra en ninguno de los manuales de psiquiatría, en ninguna edición de los DSM y tampoco es reconocida en la CIE-10. Genera inquietud y curiosidad como la misma no está preestablecida objetivamente en los manuales, sin embargo, los profesionales la utilizan en sus prácticas de manera usual para tratar esta comorbilidad particular.

Martínez-Hernández (2000), define a esta categoría diagnóstica, nada más ni nada menos, que como una etiqueta. La denomina como una construcción social caracterizada por su inscripción en un contexto cultural e histórico determinado, siendo el resultado de formas históricas de tratamiento.

La ambigüedad resulta evidente e indiscutible en lo que a este término respecta, pudiendo referirse a distintas cosas/formas si lo abordamos y analizamos objetivamente; aunque también es claro el consentimiento o acuerdo en donde por dual se entiende la combinación de dos trastornos. Teniendo en consideración los términos que componen a la Patología Dual, con la relevancia específica que tiene la adicción/dependencia sobre la misma, es



pertinente profundizar sobre el surgimiento de conceptos claves que la atraviesan. Entre estos se encuentran el *modelo biomédico*, el *modelo biopsicosocial* y el *modelo sociocultural*.

### Modelo Biomédico

Levine (1978), fue quien sugirió el concepto médico de adicción. Provocando el abandono de la noción de ebriedad y dejando a un lado la misma como una práctica “demoníaca” o “reprobable moralmente”. Para el concepto adicción se basó en un modelo científico directamente vinculado a “enfermedad del cerebro”. El modelo del alcoholismo fue el generador para que finalmente se pensara en el concepto adicción.

En el siglo XIX se crean cantidad de definiciones y descripciones claves en la medicina para poder categorizar las enfermedades relacionadas con la adicción y el alcoholismo. Las ideas centrales eran: la tolerancia, el craving, la pérdida de control, la toxicidad, lo progresivo de la enfermedad, la idea general de la adicción como una enfermedad del cerebro (White, 2000).

El concepto de adicción en sus comienzos era mayormente “neurológico” y con gran escasez científica en cuanto a su metodología. En sus principios, comprobaron, a través de métodos experimentales con animales de laboratorio, donde distintos tipos de variables externas podían ser controladas (Planeta, 2013). En las décadas de 1970 y 1980, comienza a expandirse este modelo con el descubrimiento de los opioides (Koob y Simon, 2009), las técnicas de neuroimagen (Guardia, 2000; Llanero y Pedrero, 2014), y el paradigma neo-kraepeliano; sustituyendo este al enfoque psicoanalítico de las décadas anteriores (De León, 2013; Luhrmann, 2007; Martínez-Hernández, 2000).

Aquí es donde aparece la neuroplasticidad y la recompensa, en donde el sistema nervioso tiene la capacidad de adaptarse a diversas condiciones ambientales, provocando cambios en el comportamiento y generando estrategias de supervivencia a una gran velocidad, incluso mayor a los condicionamientos por la genética. (Moizeszowicz, 2000). Dentro de esto se encuentra la capacidad que tienen las sustancias de alterar la cantidad de sinapsis, neurotransmisores, receptores postsinápticos, etc. (Kuhar, 2012). El paradigma biomédico se encargará de explicar cómo el cerebro humano es capaz de realizar modificaciones en donde la neuroplasticidad se vuelve una desventaja bajo los efectos de las drogas. Los mecanismos de recompensa juegan un rol fundamental, en dónde están directamente

vinculados a la forma que tiene el cerebro de promover o incentivar conductas adaptativas útiles a través de mecanismos vinculados al placer (de Sola, Rubio y Rodríguez, 2013; Rodríguez, del Arco y Ferrer, 2003).

El craving es un fenómeno que suele compararse con la sed y el agua, pero ante una sustancia que genera una necesidad “artificial” (Friedman y Rusche, 1999). Para que una sustancia se catalogue como adictiva, su poder debe ser aún mayor a la de los neurotransmisores naturales. Esto provoca no solamente placer, sino tolerancia en el cuerpo, abstinencia y finalmente la dependencia física (Stoehr, 2006). Si una persona consume de manera prolongada determinada sustancia, el cerebro se acostumbra a funcionar bajo esos niveles de dopamina elevados y el sistema nervioso actúa generando una cantidad menor de receptores dopaminérgicos. Es entonces que la persona con esta problemática para lograr el efecto que quiere y/o espera, debe acceder a dosis cada vez superiores guiando así al consumo compulsivo (Koob, Sanna y Bloom, 1998).

Este modelo neurobiológico anteriormente mencionado, permite dar cuenta de lo que se compone la noción de “dependencia física”, pero no considera lo relacionado a la dependencia psicológica. En los años 60 surge a través de la Organización Mundial de la Salud la distinción entre estas dos dependencias como “solución” a los distintos conflictos que atravesaba el concepto de adicción (OMS, 1964). Se intentó dar respuesta a distintos problemas que se presentaban en dicha época y, a su vez, se dejaba expuesto el problema de la psiquiatría de no poder desprenderse de las descripciones psicológicas (Becoña 2008). El conflicto central, se hace visible al considerar la adicción como una enfermedad del cerebro que no alcanza las pruebas suficientes para explicar este fenómeno complejo.

Friedman y Rusche (1999), intentan resolver este conflicto definiendo a la adicción como la suma de dependencia psicológica y física. La primera permitirá continuar investigando las carencias de conocimiento sobre el tema, con la finalidad de que, en un futuro, se puedan explicar estos mecanismos psicológicos en términos neurocientíficos; pudiendo así abandonar el concepto de “dependencia psicológica” por completo.

El modelo neurobiológico se ha encontrado obligado a desplegarse de sus limitaciones tradicionales. La mayor parte de sus fundamentos estaban dirigidas al sistema dopaminérgico hasta que se pudo estudiar y comprobar que no todas las sustancias afectan directamente sobre él. También afecta a circuitos que se extienden rápidamente hacia neurotransmisores (Serotonina, GABA, etc) los cuales actúan de forma indirecta sobre lo que llamamos mecanismos de recompensa (Koob y Simon, 2009). Estas extensiones no

son suficientes, se requiere ir más allá del sistema dopaminérgico y mecanismos de recompensa. De esta forma comenzaron a ser considerados distintos procesos cognitivos claves, como lo son la memoria, el aprendizaje y la motivación. Integrando a estos procesos, se sumaron también regiones como la amígdala (estados emocionales negativos), el hipocampo (memoria espacial y declarativa), y las regiones corticales implicadas en funciones ejecutivas, de control y de integración (Barrondo y Callado, 2006).

Para este modelo es fundamental la experiencia de placer, la del aprendizaje a nivel asociativo y de contexto; ya que es central en este, el vínculo con el medio ambiente. Estas nuevas investigaciones hacen hincapié en que la dependencia física termina resultando una adicción. Debe estar vinculada a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje como lo son: el condicionamiento clásico (estímulos neutros que provocan el craving), el condicionamiento operante (reforzamientos positivos y negativos) y el aprendizaje explícito (memoria). El ser “adicto” requiere de un aprendizaje y conocimientos tanto explícitos, como implícitos. Muchas de las conductas que llevan a ese consumo de drogas están internamente automatizadas, practicándose sin ningún tipo de esfuerzo cognitivo previo y quedando almacenadas dentro de lo que llamamos aprendizaje implícito; un aprendizaje que resulta complicado a la hora de querer evitarlo. Todo lo anteriormente mencionado se vuelve más complejo, pero con un mayor poder explicativo, integrando mecanismos de recompensa, memoria, motivación, aprendizaje, estímulos externos, etc. Este modelo intenta adaptarse al *modelo biopsicosocial* (Apud y Romaní, 2016).

### Modelo Biopsicosocial

A diferencia del *modelo biomédico*, este modelo según Zinberg, Alexander y Peele, incluye categorías psicológicas, conceptos de adicción/dependencia, estudios de los estímulos y condicionamientos que participan en esta problemática y una extensión de mecanismos neuronales. Existen progresivos avances desde un modelo centrado exclusivamente en la idea de “una enfermedad del cerebro” a uno biopsicosocial. El modelo biomédico dominó por años esta temática, mientras el *modelo biopsicosocial* lo fue desplazando con su nueva percepción de la adicción como una conducta habituada; ganando potestad con sus investigaciones y capacidades para demostrar y explicar ciertos datos empíricos con el aval de la ciencia (Zinberg, 1984; Alexander, 1978; Peele 1990)

Siguiendo a Kuhn citado por Pedrero y Ruiz (2014), se puede evidenciar el cambio de paradigma por el que se atravesó. Este cambio surge cuando los científicos encuentran

deficiencias que no pueden ser explicadas por el paradigma vigente, avalando al nuevo paradigma que promueve claridad y seguridad. El viejo paradigma no se da por vencido, ya que intenta reformular e integrar nuevos descubrimientos neurocientíficos para no desaparecer, promoviendo así, su idea central de enfermedad cerebral (Pedrero y Ruiz, 2014).

Este nuevo paradigma, en donde reina la complejidad de distintos factores (protección, riesgo, vulnerabilidad, etc), como de distintos niveles (neurobiológico, psicológico, social), es considerablemente aceptado por innumerables especialistas en el área (García, 2015). Al hacer mención sobre lo psicoterapéutico se han diversificado distintos tratamientos que avalan y aportan de alguna manera el *modelo biopsicosocial*. Dentro de estos tratamientos podemos encontrar terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras (Becoña et al., 2008; Pedrero y Ruiz, 2014). El NIDA (2012) promueve la idea de “enfermedad cerebral”, pero incluye multifactores como lo son: la vulnerabilidad teniendo en cuenta la genética, edad en la que se expuso a las drogas, y factores contextuales en distintas áreas sociales, como el trabajo y la familia.

Peele (1990), psicólogo reconocido, realiza una crítica a la adicción como enfermedad mental. Comprendiendo ésta como la consecuencia de la práctica de mecanismos normales para evadir, aliviar e interrumpir ansiedades que el sujeto atraviesa en su vida cotidiana. Para él no existe la adicción biológica “pura” y encuentra a la dependencia física como un desajuste homeostático del organismo (Peele, 1985).

### Modelo Sociocultural

Su origen se encuentra en la antropología y sociología. Tomando como punto de partida a la sociología, se ha intentado abordar desde distintas perspectivas: estudiando la “subcultura” de las sustancias, el estigma, el etiquetado social, entre otros (Comas, 1993). Por otro lado, la antropología afrontó este problema conceptualizando al objeto “droga” no desde el punto de vista normativo o patológico, sino como un terreno en donde existe una relación entre sujetos, sustancia y contexto (Romaní, 2007). Las metodologías cualitativas jugaron un rol fundamental a la hora de situar y abordar el problema desde la propia percepción de las personas, sus distintos sentidos, prácticas culturales e interacciones sociales. Estas perspectivas que caracterizan el *modelo sociocultural* han permitido un avance para la comprensión de las prácticas culturales y sociales vinculadas a las drogas, y

cómo este uso se encuentra totalmente arraigado al momento histórico en el que nos encontramos. Se pueden nombrar usos médicos, recreativos, hasta incluso religiosos en algunas épocas. La etnografía se ha encargado de exponer como sus efectos positivos o negativos no pueden separarse bajo ningún concepto de sus contextos culturales (Page y Singer, 2010; Romaní, 1999).

Lindesmith (1947, 1968), propuso investigar las adicciones desde la mirada de los propios protagonistas, intentando dejar las descripciones objetivas, pero incluyendo las experiencias subjetivas. Para este autor lo principal en la adicción era el modo de vida producido por una sociedad que divide y estigmatiza las conductas que les resultan “desviadas” hacia determinados espacios de excluidos. Becker, promueve con sus trabajos el desarrollo de una teoría llamada “etiquetamiento”. En dicha teoría la desviación no sería resultado de determinadas características individuales, hereditarias o psicológicas, sino de la clasificación creada por la sociedad; generando una subcultura de desviación (Becker, 1963).

El *modelo sociocultural* ha cuestionado la noción tradicional de “drogodependencia” exclusivamente biológica, exponiendo y comprobando su vínculo con las diversas formas de organizar la vida cotidiana, procesos de construcción de identidad e identificación (Romaní, 2000). Los métodos cualitativos han tenido un mayor poder de acercamiento a estos colectivos complejos de abordar. La utilización de técnicas y herramientas especializadas permitieron la comprensión de las realidades de estas personas. En el caso de la adicción, el compartir espacios y lenguajes comunes, confianza y negociaciones, hicieron que la investigación in situ aborde en profundidad esta problemática. Estudiar este fenómeno en sus contextos naturales, habilita a esclarecer de formas realistas sus diversos usos. A su vez este tipo de estudios ha contribuido significativamente en intervenciones necesarias en momentos claves, detectando emergencias y necesidades sobre la marcha. Estas intervenciones culminaron siendo estrategias de prevención posteriormente (Page y Singer, 2010; Romaní, 1999).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado sobre la evolución de la concepción de la adicción, surge la necesidad de cuestionar el modelo biomédico y el modelo sociocultural que la conforman. En lo que refiere al *modelo biomédico*, podría decirse que sus limitaciones se encuentran en el intento de buscar la total explicación únicamente entre los límites del cerebro. Una estrategia que se volvió generalizada en el mundo de la psiquiatría, pero que actualmente no es aplicable en el campo de la medicina (Moizeszowicz, 2000). La biología de las adicciones en su recorrido, ha tenido que ampliarse continuamente, dejando a un

lado el *modelo biomédico* y acercándose más al *modelo biopsicosocial*. Si bien este acercamiento favorece al concepto, se ha mantenido la idea de no abandonar su origen como una “enfermedad del cerebro”. El sostener y no abandonar esta idea central ha generado innumerables contradicciones. Clark (2011), plantea que el trasfondo de este problema es que, como cualquier tipo de comportamiento, si bien involucra lo biológico no implica que sea la causa/razón de la adicción por sí misma. Las características y causas de ésta continuarán siendo multifactoriales.

El *modelo biomédico* define la adicción en una terminología biológica, pero diagnóstica en términos psicosociales. Mientras intenta plantear las conductas humanas en términos clínicos objetivos, su tratamiento depende casi totalmente de la voluntad y motivación de la persona. Este paradigma o modelo biológico termina resultando incapaz de explicar ese modelo neurobiológico por el cual tanto se guía y termina optando por incluir la categoría de “dependencia psicológica” (Apud y Romaní, 2016). Por lo tanto se puede pensar que el dilema central está en no poder problematizar/cuestionar hasta qué punto la adicción se puede considerar una enfermedad puramente biológica y hasta qué punto podemos hablar de un trastorno socialmente construido, dependiendo del contexto y momento en el que estemos inmersos (Room, 1985).

En lo que respecta al *modelo sociocultural*, no solo tiene en consideración al “sujeto adicto”, sino también a los continuos cambios que ha padecido. Se deja de considerar a la adicción como puramente biológica, aceptando que los factores culturales, los intereses sociales, económicos y políticos influyen de gran manera a la adicción propiamente dicha. Estas dimensiones son esenciales en la práctica clínica, abordando la adicción desde lo biológico, social, psicológico y cultural. Esto permite tener resultados más objetivos y enriquecedores. Si bien existen diversas formas terapéuticas que integran al contexto, hay una escasez en los problemas; como el etiquetado social, la reducción de riesgos y daños, la relación entre sujeto, contexto y sustancias; siendo estas estrategias vitales en el ámbito sanitario. (Apud y Romaní, 2016)

Según Room (1989), la adicción debe ser comprendida integrando las raíces culturales y no únicamente lo entendido por los investigadores y/o psiquiatras. La definición científica de la adicción ha estado expuesta a cambios continuamente, ya que los prejuicios sociales, religiosos, intereses políticos, económicos, etc, han señalado carencias significativas dejando en evidencia cuestiones inconclusas, debiendo reformular muchas veces el significado. Es realmente indispensable una perspectiva que sea capaz de integrar todos los

modelos y niveles mencionados anteriormente. (Escohotado, 1992; Peele, 1990; Raikhel y Garriot, 2013; Romaní, 1999; Room et al., 2015; Szasz, 1974).

### Trastornos mentales y DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

Desde la primera edición del DSM, en el año 1952, hasta la actualidad con el DSM V se han podido apreciar variados cambios. Cambios en los que se han visto la exclusión e inclusión de distintas categorías diagnósticas. En términos generales se puede decir que ha habido una tendencia a aumentar las categorías. Si bien en cada DSM se pueden evidenciar varios cambios, en el DSM III y el DSM V es en donde se han visto “evoluciones” más significativas (Lazcano, 2015). Sin embargo actualmente el DSM V es el que continúa generando diversas controversias, conflictos y debates.

Pallarés y Pérez (2015), buscan exponer al NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental), , ubicado en Estados Unidos, quien declaró que los proyectos de investigación para comprobar científicamente los criterios del DSM no serían financiados, concluyendo que en estos diagnósticos, es evidente la falta de validez y la seguridad de pruebas que lo avalen. Frances (2010), ex presidente del comité del DSM IV, y el colectivo de psiquiatras, exponen dos “engaños”: uno a lo que se le llama la categorización y por último el término comorbilidad. Al hablar de comorbilidad, se hace referencia a que una persona puede padecer más de un trastorno por el hecho de cumplir con varios criterios, dificultando la investigación y promoviendo la patologización. Este ex presidente, ha sido de las voces más críticas al momento de hablar del DSM V, manifestando que el mismo no ha podido lograr ningún descubrimiento en los últimos 30 años. La crítica surge en gran magnitud a lo dimensional, el cual no determina límites claros entre lo que percibimos normal y lo que se vuelve patológico: “los pacientes psiquiátricos no son más que personas un poco menos *normales* que los otros” (Demazeux, 2013).

Echeburúa (2014), expone dentro de sus escritos un apartado recopilando las críticas de varios autores. Convirtiéndose estas en insuficiencias que demuestran como están fundamentados en consensos más que en pruebas científicas. Uno de los planteamientos de este autor es el modelo categorial, proponiendo como ejemplo los síntomas de la depresión y ansiedad. Estos síntomas se dan en varias categorías distintas. ¿Qué es lo que termina sucediendo? la inexistencia de un diagnóstico puro y a la vez nuevos diagnósticos que por lo general suponen una medicalización de conductas que se tornan normales, pero que se encuentran en alguno de los ítems de esas categorías diagnósticas.

Frances (2014), hace uso del concepto “modas” para hacer referencia a los diagnósticos psiquiátricos existentes. Los mismos han tenido un incremento significativo a causa de la ausencia de pruebas y claridad que diferencian a la “normalidad” de lo patológico. El entendimiento subjetivo se vuelve fácilmente influenciable en la vida de las personas. “Siempre que se produce un gran aumento de un trastorno mental, lo más probable es que se trate de una moda. Estas modas surgen cuando una autoridad poderosa les otorga fuerza y legitimidad” (citado en Lazcano, 2015).

Tanto internet como los medios de comunicación sostienen y alimentan estas modas. El Marketing juega un rol fundamental a causa de la industria farmacéutica. Al analizar este tema, todo conduce a la “psiquiatrización” de lo llamado cotidiano. Al presentar patologías con definiciones con falta de precisión y claridad, se minimiza el grado de seguridad con el que diagnostican. Se asume el riesgo de que ese malestar, estrés, timidez que la persona transita en un momento determinado de su vida, entre otras, se convierta en trastorno mental. Esto sin lugar a dudas lleva, de manera implícita, a considerar el aumento también de psicofármacos, lo cual se vincula directamente a negocios lucrativos para infinidad de entidades farmacéuticas (Frances, 2014).

Frances (2014), menciona como modas del pasado, la histeria, la neurastenia y el trastorno de personalidad múltiple. Entre las modas del presente considera al TDA (trastorno por déficit atencional), TDAH (Trastorno por déficit atencional con hiperactividad), la bipolaridad infantil, la depresión mayor, el autismo, el estrés post traumático entre otras. En cuanto a las modas futuras identifica: el trastorno por déficit de atención en el adulto, el duelo, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, las aficiones y pasiones por determinadas actividades que corren el riesgo de ser incluidas en las adicciones, etc. Todo esto genera una hiperinflación de patologías, hiperinflación diagnóstica.

El DSM V ha hecho cambios de gran magnitud en comparación a su versión anterior. Uno de estos cambios se encuentra en la temática de sustancias. El capítulo pasó a definirse como trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Lo particular sucede cuando deja en evidencia el no uso del término adicción. Se puede pensar en dos alternativas; la primera que de alguna manera “reserva” este término de trastorno adictivo para incluir el juego patológico y posibles trastornos adictivos conductuales; y la segunda, dar por hecho el “olvido” del término adicción, ya que se solía utilizar en los trabajos previos (Fitzgerald y Morgan, 2012)



Según Fainsinger (2006) y Saunders y Latt (2015), expresan que la American Society of Addiction Medicine (ASAM) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM), priorizan utilizar la palabra “adicción” antes que “dependencia”, incitando al equipo de trabajo del DSM V a resolver ciertas cuestiones en cuanto a conceptos que ejercen en dicho manual. Estas instituciones definen a la “adicción” como:

...enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y craving (citado en Lazcano, 2015).

Sin embargo la “dependencia física” la comprenden como:

...estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista (citado en Lazcano, 2015).

Como se menciona anteriormente, el DSM V aborda esta temática mediante dos capítulos: Trastornos relacionados con sustancias, que incluyen trastornos por consumo y/o inducidos por determinadas drogas (abstinencia, trastornos mentales, desintoxicación); y un segundo grupo que integra al juego patológico. Este último aparece dentro de los trastornos no relacionados con sustancias. Esta nueva forma de abordar las drogas causa un sinfín de interrogantes, en especial con la desaparición de las categorías abuso y dependencia que se utilizaban en el Manual anterior. Estas categorías se consideran excluyentes al momento de diagnosticar. En la actualidad para llegar a un diagnóstico es necesario cumplir con dos ítems de los once preestablecidos (Lazcano, 2015).

Otro de los cambios significativos es el nuevo planteamiento desde la dimensionalidad. La presentación de síntomas juega un rol fundamental, considerando severo (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas). Por lo tanto se puede dar cuenta de la inexistencia del modelo categorial que predominaba en las anteriores versiones, quedando expuesto a críticas y debates intensos (Norko y Fitch, 2014).

Existen los “defensores” del modelo dimensional vigente, los cuales apuntan a otra manera de hacer frente a los “diagnósticos huérfanos”. Los diagnósticos huérfanos son aquellos sujetos con problemática con el consumo de sustancias que cumplen uno o dos criterios, pero no tres; requisito excluyente en el DSM IV para diagnosticar dependencia. Con este criterio estaríamos frente a personas con la problemática anteriormente mencionada, pero que carecen de diagnóstico. Los defensores apuntan a que con esta nueva modalidad del DSM V serían diagnosticados de Trastorno por Consumo de Sustancias (Lezcano, 2015). Degenhardt, Lynskey, Coffey y Patton (2002), realizaron un estudio con personas que consumían cannabis y derivados, como también alcohol. Concluyeron que una de cada ocho personas que consumen alguna de estas sustancias fueron clasificados como diagnóstico huérfano. Kelly et al. (2014), menciona que para el alcohol, la eliminación de este ítem implica que un 40% tendrían un diagnóstico con el DSM IV y no existiría con el DSM V. Otra de las alteraciones relevantes fue la eliminación del ítem relacionado a los problemas legales. Fitzgerald y Morgan (2012), si bien consideran que no tiene gran valor para el diagnóstico en sí, juega un papel importante a la hora de la recuperación en el trabajo clínico.

Lo mencionado anteriormente permite visualizar carencias, controversias y posibles debates al respecto, por lo que a continuación se plantean algunas cuestiones que resultan de relevancia para este trabajo final de grado. Dejando a un lado el DSM V, en los anteriores manuales predominaba el modelo categorial. El mismo diferenciaba al abuso de sustancias del de dependencia. El esquema que se utilizaba suponía que, en el abuso el sujeto no había perdido la libertad frente a las sustancias. Se trataba de un uso no aprobado, peligrosamente desadaptativo o perjudicial para la persona. Por otro lado, en la dependencia sí existía una pérdida de libertad frente a la sustancia. La OMS y la APA indican que “la dependencia da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, en definitiva esclavizada por la sustancia psicoactiva... la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto” (Del Moral y Fernández, 2009; pág 6-7).

En el DSM V se visualiza la desaparición de la categoría de dependencia, no abordando la diferencia entre la dependencia física y psicológica. Estas categorías y conceptos practicados por clínicos, en el último manual se reemplaza por el ítem craving o ganas intensas de consumir la sustancia; síntomas evidentes de la dependencia psicológica (Lazcano, 2015).

Hasin (2015), miembro del equipo de trabajo del DSM V, realiza varios cuestionamientos al modelo categorial utilizado en las ediciones anteriores de dicho Manual. En primera instancia plantea cómo la integridad y validez de la anterior categoría denominada “abuso” era, incluso, más complicada que para la “dependencia”. En segundo lugar expone que, por definición, un síndrome necesita presentar más de un solo síntoma. Sin embargo la mayor parte de los diagnósticos de abuso se diagnostican con un único síntoma. Como tercer punto, expresa que existe la controversia de asumir que el abuso es una categoría más “débil” que la dependencia, pero sus criterios señalan problemas significativos. Por último y en cuarto lugar, plantea que hay un vínculo clínico incorrecto entre abuso y dependencia. Este autor menciona, como ejemplo, la posibilidad de considerar al abuso como antecedente a la dependencia.

Katz, Cox, Clara, Oleski y Sacevich (2011), por medio de estudios realizados que evidencian el peso de los abusos y dependencias de alcohol y drogas, encuentran que las personas que abusan de sustancias son distintas a las poblaciones dependientes. Se pudo identificar que padecían de comorbilidades diferentes, concluyendo en etiologías distintas, en donde los enfoques y tratamientos para estos colectivos serían sumamente diferenciales. Los cambios que se introducen en cada nueva edición conllevan modificaciones en las prácticas y mentalidades de profesionales del área de la salud, como también de la justicia (operadores jurídicos, peritos, etc). Para estos últimos, las categorías de “abuso” y “dependencia” eran de gran utilidad para las evaluaciones forenses (Lazcano, 2015)

Cuando se trata de delincuencia funcional, Elzo, Lidón y Urquijo (1992), la definen como: los delitos llevados a cabo por un drogodependiente con el objetivo de asegurarse la sustancia/droga que necesita, evitando los efectos indeseables de la retirada. Los delitos mas usuales serán los de apoderamiento lucrativo... y de vez en cuando delitos de falsedades...Estos criterios facilitaban su evaluación. Si se trataba de una persona con consumo problemático de sustancias, se utilizaba la eximente incompleta que avala el código penal “... actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias”. Se entiende que la persona con esta problemática tiene alteradas algunas facultades volitivas. El Poder Judicial Español, determina en la Sentencia de la Sala de 29 de mayo del año 2000, que en el ámbito legal, la drogadicción juega un papel preponderante a la hora de desencadenar un delito. El sujeto actúa impulsado por esa dependencia que generó, en donde las explicaciones abarcan desde tener dinero suficiente para consumir inmediatamente, como también traficar consumo para tener la posibilidad a corto plazo de consumir y ganar ciertos beneficios económicos; que permitan mantener su consumo, etc.

Sin embargo, en los casos que se diagnosticaba un abuso no se regían con lo anteriormente mencionado, sus capacidades volitivas no se verían afectadas.

Los términos abuso y dependencia no se encuentran en el DSM V, pero no significa que no aparezcan de otra manera. Al cambiar de una estructura categorial a una dimensional, estas dos categorías se transformaron en la descripción de los ítems del diagnóstico mencionado. El “abuso” se puede contemplar en los ítems número 5, 6 y 8 mientras que el resto corresponde a el criterio “dependencia”, siendo los más característicos de la dependencia psicológica los primeros cuatro (Lazcano, 2015). Helzer (2012), expone que en esta nueva distribución se maneja al mismo tiempo lo categorial y lo dimensional, resultando muy riesgoso.

Si hablamos de la compatibilidad entre los criterios de dependencia del DSM IV y los TCS en el DSM V, Compton, Dawson, Goldstein y Grant (2013), encuentran una verdadera correlación en los criterios de moderado y severo. Sin embargo, se vuelve confuso en criterios de menor intensidad requiriendo de más investigaciones al respecto. Esto supone que, seguramente, con los nuevos criterios utilizados para el TCS del DSM V aparecerán un aumento de diagnósticos que no existían en la edición anterior.

Surgen diversas preguntas, que aún no han podido ser respondidas con exactitud. ¿Qué es lo que sucede con el aumento de diagnósticos? ¿Qué genera para la persona padecer de un trastorno como la Patología Dual? A partir de estas interrogantes, resulta necesario profundizar sobre la etiqueta y el estigma.

### El estigma y la etiqueta

El término estigma, de origen griego, estaba relacionado a determinados signos corporales exhibiendo algo poco habitual o directamente malo (Aretio, 2009). Teniendo en cuenta el momento sociohistórico en el que nos encontramos y los grandes avances en el manejo y tratamiento de las enfermedades mentales, resulta extraño tener que detenerse a evaluar y analizar el impacto negativo a nivel social que genera el estigma. El estigma parecería que en vez de avanzar retrocede continuamente. Según el Diccionario español, en la actualidad se entiende como: «marca o señal en el cuerpo; particularmente, cuando procede de un castigo corporal o de la aplicación del hierro candente como pena infamante o como signo de esclavitud... Acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien» (Moliner, 2007, p. 1277).

El estigma se suele asociar a lo que el entorno social considera negativo, no es más ni menos que un fenómeno social que se produce y reproduce continuamente. Varía dependiendo del momento histórico y las culturas que están habitando ese periodo. Sin embargo la socialización implica procesos en los cuales se determinan categorías para organizar a las personas, asignándoles con anticipación atributos preestablecidos que luego conformarán su identidad social, rasgos externos que interiorizamos al punto de considerarlos propios. Estas formas de organización, resultan facilitadoras a la hora de interactuar y practicar una comunicación sin mayores inconvenientes de forma automática. Un orden que es impuesto desde el momento que nacemos, categorizando, con el fin de poder pensar y evaluar qué expectativas tener respecto a una persona en particular, estando esto arraigado a los roles sociales preestablecidos (Aretio, 2009).

El estigma está compuesto por características fundamentalmente desacreditadoras, pasando esto a convertirse en lo relevante o central de la persona, minimizando sus otros atributos, provocando una aceptación menor y una exclusión mayor. Existen innumerables casos en donde la enfermedad mental pasa a ser “el adicto”, “la esquizofrénica”, “el loco” repercutiendo claramente a nivel social, generando una desvalorización y un menosprecio, impidiendo su identidad social real. Esto es a lo que llamamos la etiqueta que tantas consecuencias trae con ella. Esta etiqueta, trae la desacreditación y, a su vez, la deshumanización de la persona, provocando conductas discriminatorias al no ser igual al resto (Goffman, 2006).

Es importante distinguir la naturaleza de este tipo de procesos, en el cual uno no lo escoge, simplemente te atraviesa. Este proceso de estigmatización, es parte de la categorización social, en donde el contexto ejerce un papel determinante. Algunos de los grupos sociales existentes, se encargan de decidir qué rasgos resultan de valoración positiva o negativa. Estas perspectivas son generadas en los mismos encuentros sociales, en el contacto. Son normas no preestablecidas en ningún lugar, pero que son protagonistas en esos encuentros. La estigmatización es algo particular y único en cada cultura, va a depender del momento histórico en el que se sitúe, alianzas y distintos juegos de poder de cada sociedad en sí. Cuando se hace mención a las personas con enfermedad mental, existen infinidad de estudios que coinciden en que el trato que se les otorga a estas personas es distinto dependiendo si es en un medio rural, urbano, de país, región, etc (Aretio, 2009).

Según Aretio (2009), la persona estigmatizada atraviesa un proceso dual. Por un lado sabe y entiende que sus rasgos de personalidad abarcan mucho más que el estigma y por otro lado se somete a los procesos sociales que se nombran anteriormente; ya que de alguna manera es consciente que tiene interiorizadas las creencias del grupo social que domina. Es por esto que la persona asume que es diferente al resto, condicionando su comportamiento frente a los demás, en donde el esfuerzo por ocultarlo se torna casi imposible. Cuando la persona se nombra y denomina en función de un solo rasgo, considerado negativo para los demás, es cuando se deja en evidencia la lucha social de poderes. Por eso es tan necesario nombrar de otra manera.

Por otra parte, no es posible dejar de mencionar la existencia del autoestigma (Arnaiz y Uriarte, 2006). El mismo es entendido como prejuicios que la sociedad usa en su contra al punto de considerarlas de su propia identidad (reacciones emocionales negativas, destrucción de autoestima, fracasos de inserción laboral, búsqueda de vivienda). Aunque lo externo resulte favorecedor va a ser su propia conducta la encargada de dificultar el éxito en los distintos ámbitos.

Luego de analizar distintos aspectos sobre esta categoría diagnóstica, siguiendo a Martínez, se puede decir que la Patología Dual no es más que una nueva etiqueta creada para clasificar un nuevo tipo de pacientes. No deja de ser una construcción social, la cual deja en evidencia lo frágiles que son estas etiquetas diagnósticas (Martínez-Hernández, 2000).

Según un estudio sobre estigma y enfermedad mental, una de las estrategias desadaptativas que utilizan las personas con Patología Dual es mantener en secreto esto que padecen (Muñoz, Crespo, Guillén y Pérez, 2009). Se pueden visibilizar las barreras al acceso de la atención sanitaria: un 16% lo relaciona al estigma social y un 20% a la vergüenza y/o miedo de asistir a un espacio de características específicamente para esta población (Aduy et al., 2013). Un gran número de estudios demuestran la existencia de una negativa imagen social al drogodependiente como también a las personas con trastorno mental grave (Braña et al., 2001). La estigmatización le trae a este colectivo maneras claras que afectan, de forma amplia, las distintas áreas de la persona como de su contexto más cercano (Aretio, 2010). La influencia del estigma trae consigo una discriminación social, la cual subsiste de maneras muy sutiles, pero realmente poderosas (Major y O'Brien, 2005; Muñoz, Pérez Santos y Guillén, 2009).

Las personas diagnosticadas con PD presentan dificultades a la hora de acceder a una vivienda, así como también al condicionamiento de formar una familia (Aretio, 2010). Existen distintos testimonios de personas que padecen este tipo de patología en donde manifiestan que presentan condiciones adecuadas para poder mantener un trabajo, pero se enfrentan a innumerables dificultades para encontrarlo, a causa de la discriminación de los empleadores (Arnaiz y Uriarte, 2006). Estas actitudes afectan de manera directa.

Según Goffman (2006), están las personas “desacreditadas” como las “desacreditables”. En lo que respecta a las desacreditables, alude a las que no han sido identificadas por el otro, pero que son conscientes que pueden llegar a serlo en el momento en que salga a la luz su situación. Siguiendo a ese autor, en cuanto al primer grupo se identifica un rechazo y/o distancia social, afectando de manera directa a sus oportunidades y derechos. Mientras que en el segundo grupo se reproducen conductas evitativas, repercutiendo en la conducta y autoestima de estas personas (López et al., 2008). La tendencia a infantilizar a este colectivo es usual; algunas personas aceptan su presencia, pero prefieren evitar el contacto directo (Badallo, García-Arias y Yélamos, 2013). Esto genera consecuencias emocionales en quien estigmatiza, tales como ansiedad, miedo, compasión, etc. (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Las personas consumidoras de drogas también son estigmatizadas y potencialmente discriminadas. Se las piensa como portadoras de enfermedades (VIH, VHC... etc), impactando esto en la vida de las personas y creando sentimientos de inferioridad, culpa, entre otros (De Souza, Araujo y Gir, 2017). Algunos profesionales de la salud identifican a este tipo de usuarios como complejos, etiquetándolos, incluso antes de tener un primer contacto. Los motivos que se pueden encontrar en estas situaciones son: la falta de formación de los profesionales, ausencia de sensibilización y el estigma que abarca más de lo que se piensa; llegando a afectar hasta en los distintos procesos terapéuticos que tienen a disposición (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Es necesario destacar cómo la estigmatización afecta al contexto de las personas catalogadas como portadoras de una PD, más específicamente en su entorno sociofamiliar. Este tipo de estigma se conoce como de extensión y/o asociación. El mismo presenta características similares al de la persona con esta patología, sobrecarga familiar, limitaciones de varios tipos, etc. (López et al., 2008).

De igual forma, las familias ven condicionada su capacidad para buscar ayuda, así como también, para mantener su bienestar (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

El estigma juega un rol esencial a la hora de aumentar las posibilidades de padecer daños en la salud mental de las personas con problemática de drogas, incluso aun cuando ya no tienen un uso problemático y se encuentran en programas de rehabilitación (Pérez-Floriano, 2018). Se identifica una gran dificultad a la hora de adentrarse en los recursos asistenciales que se brindan. También existe escasez de programas específicos para este colectivo, ya que muchas veces son rechazados de los dispositivos, maximizando su vulnerabilidad, desprotección y en ocasiones desamparo (Arana y Germán, 2005).

A las personas con PD se les proporciona una menor credibilidad que a otros pacientes, adjudicando sus quejas a su diagnóstico mismo. Se puede notar el sin fin de actitudes negativas por parte de profesionales hacia este colectivo, así como también los relacionan como enfermos mentales inseparables de la impredecibilidad, incurabilidad, violencia, entre otros (Winter, Gil, León y Navarrete, 2016).



A continuación se presenta tabla en la que se pretende evidenciar aquellas consecuencias que vivencian, en las diferentes áreas, las personas con Patología Dual:

Tabla 1. Consecuencias del estigma en diferentes áreas de las personas con patología dual	
Área afectada	Consecuencias
<b>Salud</b>	<p>Aumento de la posibilidad de recaída.</p> <p>Aumento de la frecuencia de hospitalización.</p> <p>Mayor frecuencia de conductas autolíticas.</p> <p>Aumento de los intentos de suicidio.</p> <p>Mayor puntuación en sintomatología positiva (alucinaciones, delirios...).</p> <p>Mayor puntuación en sintomatología negativa (depresión y ansiedad).</p> <p>Miedo al contagio de enfermedades infecciosas.</p>
<b>Sociofamiliar</b>	<p>Exposición a faltas de respeto.</p> <p>Sobreprotección y/o dependencia hacia la familia.</p> <p>Sobrecarga familiar.</p> <p>Evitación de contacto social con personas sin PD.</p> <p>Reducción del ámbito social y aislamiento.</p> <p>Invisibilidad.</p> <p>Miedo y/o desconfianza por parte de otras personas.</p> <p>Aislamiento social y sexual (posibilidad VIH).</p>
<b>Laboral académica</b>	<p>Bajo rendimiento académico.</p> <p>Dificultad de acceso y/o mantenimiento de empleo.</p> <p>Discriminación por parte de los empleadores.</p>
<b>Derechos</b>	<p>Disminución de vías de acceso a la participación social.</p> <p>Dificultad de toma de decisiones socio-políticas.</p> <p>Dificultad de acceso a la vivienda y empleo.</p> <p>Pérdida de roles sociales.</p>
<b>Tratamental</b>	<p>Negativa a acudir a recursos (evitación).</p> <p>Acudir de manera tardía a los recursos.</p> <p>Rechazo y falta de sensibilización por profesionales.</p>
<b>Psicológica y emocional</b>	<p>Baja autoestima y autoeficacia.</p> <p>Reacciones emocionales negativas.</p> <p>Autoestigmatización.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Sensación de bajo locus interno.</p>

Fuente: Calvo (2021)

## **REFLEXIONES FINALES**

Para este trabajo final de grado se realizó una revisión bibliográfica mediante distintas bases y portales, con el propósito de intentar plasmar las discrepancias surgidas sobre la concepción de la Patología Dual. Dentro de los distintos artículos se encontraron investigaciones y revisiones que aportan información y datos sobre las carencias y controversias de la misma.

Por lo antedicho, las enfermedades mentales implican determinados problemas que no afectan solamente a quienes lo padecen, sino a la sociedad por completo. Estas enfermedades se encuentran fuertemente arraigadas a los hábitos y costumbres que se practican en cada colectivo. Dejando a un lado el dolor o incomodidad que provoca cualquier tipo de patología, las mismas acostumbran a incentivar estigmas que afectan directa y negativamente a la persona etiquetada. Siguiendo a Hacking (1998), se puede mencionar que al clasificar conductas o comportamientos se está clasificando a las personas, ya que indirectamente se las está describiendo; y a su vez toda socialización se basa en descripciones. Por lo tanto se puede plantear que la psiquiatría, describiendo a las enfermedades mentales, intenta de alguna manera patologizar y medicalizar lo moral o cotidianamente aceptado.

Las investigaciones actuales han estado dirigidas a encontrar causas empíricas que avalen cuestiones genéticas o neurobiológicas, sin embargo no se han logrado los resultados que se esperaban. Como consecuencia se han ido dejando innumerables incógnitas y dificultades a la hora de clasificar y aplicar tratamientos adecuados. Al no existir datos que corroboren los fundamentos biológicos planteados, surgen debates que cuestionan la existencia de las enfermedades mentales.

En varios ámbitos de la salud es realmente complejo poder distinguir lo considerado patológico de lo no patológico, volviéndose más difícil aún a la hora de hablar de trastornos mentales. Para la creación de las clasificaciones de los trastornos mentales existentes, se emplean técnicas estadísticas con el fin de obtener un conjunto de síntomas coherentes. Lo particular, es que en gran parte de los casos no se encuentran pruebas biológicas y no es necesario que se cumpla con el conjunto de síntomas planteados. Se tienen en cuenta las dificultades sociales que atraviesan, pero esto no va a estar condicionado solamente por la enfermedad, sino por las circunstancias que se vivan en determinado momento sociohistórico. A modo de ejemplo, se puede problematizar como la enfermedad física depende de un mal funcionamiento de un determinado órgano; en la enfermedad mental

habría dificultad en lo conductual, lo que se denomina como actividad humana, que va a encontrarse condicionada por el momento socio histórico en el que estemos inmersos. ¿Será entonces que los trastornos mentales existen como denominación, pero no como entidad real?

Cuando se clasifica a las personas, estas comienzan a actuar dependiendo en qué clasificación se encuentren. Con estas se condiciona al punto de crear nuevos tipos de personas que se vean reflejados por las mismas. En el DSM se visualiza que la clasificación que predomina es la sintomática. Uno de los motivos principales por los que se duda de su fiabilidad, ya que no se considera la multiplicidad de causas que pueden llegar a incidir en los criterios de estas clasificaciones por una situación determinada que esté atravesando el sujeto.

Por otro lado, la influencia de la industria farmacéutica no se puede no mencionar y evaluar a la hora de exponer este tema. Las cantidades de dinero que circulan por la existencia de los diagnósticos del DSM son inimaginables, además de la propaganda directa o indirecta de las compañías que proveen estos recursos. Healy, en *The Antidepressant Era* (1997) y en *The Creation of Psychopharmacology* (2002), plantea como la industria farmacéutica ha afectado o mejor dicho condicionado la conceptualización del trastorno mental e incluso sus tratamientos. Se ha llegado a pensar que el DSM se ha realizado y/o modificado bajo estas presiones que tanto dinero manejan y aportan al área.

El cerebro como órgano que conecta con el resto del organismo y con el entorno, no permite que se pueda separar lo biológico de lo ambiental. Por lo tanto no existe una única causa como explicación para los trastornos mentales, sino el producto de la interacción de varios factores. Los problemas de conducta son imposibles de separar de lo que en este momento se considera “malo” a nivel social. Lo “malo” va cambiando con el tiempo, momentos, historia, produciendo distintos comportamientos desadaptativos, dependiendo de la época y la circunstancia en la que nos encontremos; promoviendo así el desarrollo de distintos trastornos mentales.

Al aludir a la psiquiatría como ciencia se toman en consideración los síntomas y conductas aceptables, pero sin tener en cuenta las necesidades y costumbres de cada época en particular. Por más que se haya podido descubrir orígenes biológicos en los trastornos mentales, la interacción con factores psicosociales juega un rol preponderante en la cuestión. Todo converge en la ilimitada preocupación por el aumento de personas presentando distintos trastornos mentales.

Algunos de los cuestionamientos centrales se enfocan en problematizar los criterios diagnósticos que se aplican y practican en la actualidad. Esto genera posibles “sobrediagnósticos”, “falsos positivos” o directamente patologización en exceso. Cuestionar la validez de las categorías diagnósticas es fundamental para evaluar si la forma de discriminar conductas “normales” o “patológicas” son las correctas (Regier et al., 1998; Narrow, Rae, Robin y Regier, 2002). Se puede decir que los instrumentos o herramientas de evaluación presentan imperfecciones y deficiencias, actuando de manera sobreinclusiva (Cova, 2006). El error que se visualiza a simple vista es la incapacidad de discernir entre un trastorno, malestar o impedimento. Este modelo practicado por profesionales, deja en evidencia su falla a la hora de no identificar si las manifestaciones problemáticas corresponden en realidad a disfunciones en la vida de la persona, o simplemente a consecuencias por un momento/situación particular atravesada por el individuo (Wakefield, 2002, 2007).

No se puede considerar al trastorno mental como una entidad que denota objetividad. Cada trastorno va a depender de la realidad en la que se esté situado, así como también de quien observa. De esta forma, se tiene la idea de enfermedad disfrazada con la etiqueta de algún trastorno, surgiendo los rechazos a los conceptos patológicos dominantes. La mirada médica y la dimensión categorial que se aplica para denominar problemas psicológicos, más que respaldarse por la ciencia verdadera, tiene a un contexto social que lo mantiene/sostiene vigente. Los trastornos mentales son la consecuencia de un contexto histórico social que padece de malestares y sufrimientos propios de la vida. Problemas reales que de alguna manera son transformados por los actos de la sociedad y de los profesionales. Estos malestares y/o sufrimientos no son un criterio que aparezca en algún manual. Por el contrario, su valoración equivale a “personas que no satisfacen los criterios diagnósticos” llamados muchas veces “subumbrales”. Se introduce la insuficiencia a la hora de describir, identificar y valorar los trastornos mentales (Pickles et al., 2001).

Estos trastornos se sustentan por una cultura clínica, la cual es sostenida por medios de comunicación, profesionales, industria farmacéutica, estrategias de marketing, etc. Mediante estos últimos es como se normaliza que las personas, a través de sus problemáticas, se autodiagnostiquen trastornos mentales. Tanto el DSM como la CIE, no serían ni más, ni menos que modelos clínicos de ordenamiento. Los mismos sirven para generar un lenguaje común para el estudio de trastornos mentales (Solar y Gonzalez, 2010).

Los intereses económicos son innegables y evidentes en este ámbito. El diagnosticar un trastorno mental, implica cuestiones poderosas no solo la etiqueta, sino la industria farmacéutica, profesionales de la salud, etc. Se puede decir que al día de hoy, los problemas psicológicos no son los únicos medicalizados. Estamos inmersos en una cultura donde se medicaliza la vida. Procesos naturales se empiezan a tratar como enfermedades: vejez, disfunciones sexuales, diferentes crecimientos, etc. (Conrad, 2007). La industria de la salud ha promovido de varias formas esta medicalización.

En síntesis se llega a pensar que las categorías diagnósticas y las formas que se utilizan para diagnosticar son relativas, incluso más de lo que sugieren estos manuales. Los trastornos son construcciones sociales que se encuentran en continuas reevaluaciones para modificar su utilidad y acoplarse al momento histórico en el que se esté inmerso. Los títulos, las clasificaciones, las concepciones de los trastornos, no dejarán nunca de ser inflexibles, limitadas e insuficientes. Los tratamientos para los trastornos mentales deberían integrar inevitablemente el contexto, ya que estas concepciones diagnósticas que se evalúan y aplican de forma universal no constituyen ni ofrecen un fundamento creíble ni seguro. Al final estas categorías diagnósticas promueven el etiquetado en vez de contribuir a evitarlo.

Cabe agregar que la Patología Dual se encuentra arraigada fuertemente a lo mencionado con anterioridad. La misma forma parte de la construcción social sobre la que tanto hincapié se hizo. Hoy en día, si bien es cuestionado, el consumo de drogas se encuentra más normalizado. En Uruguay, particularmente, con la legalización del consumo de marihuana, lo vinculado a las drogas dejó de ser un tabú del que nadie hablaba o practicaba y, en consecuencia, las personas dejaron de esconderse. La concurrencia a fiestas electrónicas y el consumir drogas sintéticas comenzaron a ser moneda corriente, dejaron de ser mal vistas y, de alguna manera, se juzga menos a las personas que asisten a estas. En este momento histórico no suele sorprender que alguien consuma, la mayoría de las veces sorprenden las personas que nunca consumieron o probaron algún tipo de sustancia. Una hipótesis personal, podría ser que con el incremento de “probar” y, a su vez, las problemáticas contemporáneas que se padecen, un gran número de personas comenzó a no poder controlar el consumo que empezó siendo a causa del ocio.

El incremento en estos años de esta problemática ha sido notorio, pero siguen sin resolverse interrogantes como por ejemplo ¿Cuándo se puede considerar a un consumo problemático? ¿Qué factores inciden en el mismo? ¿Dependen de la frecuencia o de la funcionalidad del individuo o varían? ¿No será necesario comenzar a cuestionar si se está abordando de una manera objetiva este problema? El contexto, los momentos históricos y

las creencias de las sociedades ¿no estarán jugando un rol decisivo en esta cuestión? Con el bajo porcentaje de personas que se rehabilitan, ¿se estará encontrando su verdadera causa u origen o se seguirá encontrando en un limbo en el que varios especialistas estudian, investigan, evalúan y opinan, pero no trabajan juntos al respecto para encontrar una mejor solución?

Teniendo en consideración estas interrogantes, surge una posible respuesta, en la que tal vez se podría pensar que no hay un grupo humano unido con el fin de poder contribuir a esta temática. Por el contrario, tal vez, existen distintas academias, instituciones, organizaciones, entre otras, conformadas por distintos equipos de profesionales, que procuran obtener una aceptación de sus hipótesis o teorías; con el fin de competir en los distintos mercados para la obtención de prestigio. Asimismo, esto último, de alguna manera propicia un aumento de consumo en el negocio de la farmacología; trasladando la adicción de un consumo hacia otro consumo.

También se puede pensar en que es una problemática tan intrínsecamente compleja y multicausal que, ¿Existirán visiones únicas y totalizadoras? ¿Existirá una respuesta que sirva para todos los casos? Sabemos que en esta problemática intervienen cantidad de factores, ¿no será necesaria la intervención de cada persona en particular para evaluar el tipo de estrategia que le serviría o ayudaría?

Como posibles líneas a futuro se pueden considerar:

- 1) Priorizar el sufrimiento psíquico de la persona, independiente de la presencia o no de determinados trastornos mentales.
- 2) Separar eficazmente el trastorno mental de la necesidad de tratamiento transitoria, con el fin de evaluar la singularidad del malestar y evitar el diagnóstico.
- 3) Evitar considerar a cualquier tipo de disfunción como trastorno mental, resultando necesario identificar que es una disfunción dañina o perjudicial para la salud.
- 4) Brindar grupos de apoyo para el sufrimiento o problemáticas de las personas, con el fin de no considerar a estos malestares como trastornos; evitando así un posible diagnóstico precipitado y la posibilidad de abordarlo a tiempo. A su vez es importante analizar el tipo de apoyo a brindar, teniendo en cuenta el contexto, ya que cada sociedad requiere de “ayudas” diferentes y en momentos distintos. De esta

manera se estaría dejando de patologizar el sufrimiento o malestar de las personas.

- 5) Investigar, estudiar y evaluar el por qué del bajo porcentaje de rehabilitados. En la rehabilitación, ¿se están utilizando herramientas eficaces que ayudan a salir de esta problemática? ¿se está teniendo en cuenta la singularidad de cada persona para brindar herramientas que sirvan en este problema multicausal? ¿Qué se tiene en consideración para decidir quién está rehabilitado y quién no?, para dejar de considerarlo un consumo problemático ¿Es necesario el consumo 0 o alcanza con una reducción de sustancias que no ocasione algún tipo de sufrimiento/daño?

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Artigas-Pallarés J, Paula-Pérez I. Asignaturas pendientes del DSM-5. *Rev Neurol.* 2015;60 (Supl1):595-S101.
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social, 23*, 289-300.
- Arana, X., y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual. *Eguzkilore, 19*, 169-215
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist, 70*(9), 832-864.
- Álamo, C., López-Muñoz, F., Cuenca, F. (2002). Bases neurológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. En Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., Santo Domingo, J. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1994). "Diagnostic and satistical manual of mental disorders" (4th ed.) Washington, D.C: Toray Masson.
- Asociación DUAL (2000). Recuperado de <https://patologiadual.com/>.
- Aretio Romero, A. (2009). *Una mirada social al estigma de la enfermedad mental*. Revista.ucm.es. Recuperado 8 de marzo de 2022, de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A/7486>
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas, 16*(2), 115-125.
- Alexander, B., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology, 58*(2), 175–179.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Pedrero Pérez, E. J., Fernández Hermida, J. R., Casete Fernández, L., Bermejo González, M. P., ... Gradolí, V. T. (2008). *Guía Clínica De Intervención Psicológica En Adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.



Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf>

- Badallo Carbajosa, A., García-Arias, S., & Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 737-747.
- Briceño, T. (2009). El paradigma científico y su fundamento en la obra de Thomas Kuhn. *Tiempo y Espacio*, 19(52), 285-297.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies of the sociology of deviance*. New York: The Free Press.
- Braña, B., Rodríguez Díaz, F., Cuesta, M., Bobes, J., Gómez, P., y Saíz, P. (2001). Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. *Adicciones*, 13(3), 289-296.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Barrondo Lakarra, S., & Callado Hernando, L. F. (2006). *Aprendizaje, Memoria y Motivación. Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Clark, M. (2011). Conceptualising Addiction: How Useful is the Construct? *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 55–64.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: J. Hopkins.. Calvo, C. C. (2021). El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. *Norte de Salud Mental*, 17(65), 34-47.
- Comas, D. (1993). La necesidad de modelos teóricos ante los resultados de las investigaciones realizadas desde 1980. In *Las Drogodependencias: perspectivas sociológicas Actuales*. Madrid: Sociología, Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y.

- Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:387-90.
- Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatr Serv.* 2000;51(9):1126-1129.
- De Souza Caliarí, J., Araujo Teles, S., y Gir, E. (2017). Factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH. *Revista de escuela de enfermería* (51),1-7.
- Del Nogal, M. (2015). *Patología dual*. Síntesis, Madrid.
- Demazeux, S. (2013). L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme. *L'information psychiatrique*, 89(4), 295-302.
- Drake, R. E., & Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. *Recent developments in alcoholism*, 285-299.
- De Leon, J. (2013). Is psychiatry scientific? A letter to a 21st century psychiatry resident. *Psychiatry Investigation*, 10(3), 205–217. doi:10.4306/pi.2013.10.3.205
- De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., & Rodríguez de Fonseca, F. (2013). a Impulsividad: ¿Antesala de las Adicciones Comportamentales? *Salud Y Drogas*, 13(2), 145–155.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. BARCELONA: MASSON S.A.
- Degenhardt L, Lynskey M, Coffey C, Patton G. “Diagnostic orphans” among young adult cannabis users: persons who report dependence symptoms but not meet diagnostic criteria. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67:205-12.
- Elzo J, Lidón JM, Urquijo ML. *Delincuencia y drogas: análisis jurídico y sociológico de las sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1992.
- Española, R. A. (2014). Innovación. *Diccionario de la lengua española*, 23.
- Escohotado, A. (1992). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.

- Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Saez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*. 2014;32(1):65-74.
- Friedman, D. P., & Rusche, S. (1999). *False Messengers*. Routledge.
- Funes, J., & Romaní, O. (1985). *Dejar la Heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Fitzgerald B, Morgan BD. DSM-5 changes on the horizon: substance use disorders. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33:605-12.
- Farren, C. K., Hill, K. P., & Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current psychiatry reports*, 14(6), 659-666.
- Fernández Artamendi, S., & Weidberg López, S. E. (2016). Avances en la evaluación de las adicciones. *Papeles del psicólogo*.
- Fainsinger R, Thai V, Frank G, Fergusson J. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):2014.
- F. López-Muñoz, C. Álamo, G. Rubio (2010) Fundamentos y justificación histórica de la patología dual. En *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la salud mental*. Ed. Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J y Rubio G. MRA ediciones. 1: 21-37. 2010.
- Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Madrid: Ariel; 2014. p. 147-244.
- Frances A. Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. 2010. Disponible en: [www.sepyna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf](http://www.sepyna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf)
- Gómez Llano MN, López Rodríguez JA. Patología Dual en Adictos y sus parejas: La otra cara de las Adicciones Comportamentales. Comunicación, III Congreso Internacional de Patología Dual Adicción y otros Desórdenes Mentales. 2013.
- Goffman, E. E. (2006). *La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud Y Drogas*, 15(1), 5–14.
- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmín Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229.

Hacking, I., ¿La construcción social de qué?, Paidós, 1998.

Helzer JE. Propuesta para incorporar dimensiones clínicamente relevantes en el DSM-5. En: Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ, editores. DSM-5. Evolución conceptual. Madrid: Médica Panamericana; 2012. p. 77-87.

Hasin D. DSM-5 SUD diagnoses: changes, reactions, remaining open questions. *Drug Alcohol Depend.* 2015;148:226-9.

Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Harvard University Press.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., *et al* (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19. CrossRefGoogle ScholarPubMed

Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Concordance between DSM-5 and DSM-IV nicotine, alcohol and cannabis use disorder diagnoses among pediatric patients. *Drug Alcohol Depend.* 2014;140:213-6.

Katz LY, Cox BJ, Clara IP, Oleski J, Sacevich T. Substance abuse versus dependence and the structure of common mental disorders. *Compr Psychiatry*. 2011;52:638-43.

Kuhar, M. (2012). *The Addicted Brain: Why We Abuse Drugs, Alcohol, and Nicotine*. New Jersey: FT Press Science.

Koob, G. F., & Simon, E. J. (2009). The Neurobiology of Addiction: Where We Have Been and Where We Are Going. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 115–132. doi:10.1177/002204260903900110

Koob, G. F., Sanna, P., & Bloom, F. (1998). Neuroscience of Addiction. *Neuron*, 21, 467–476

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank R, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66(1):17-31.

Luhrmann, T. M. (2007). Social defeat and the culture of chronicity: Or, why schizophrenia does so well over there and so badly here. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31(2), 135–172. doi:10.1007/s11013-007-9049-z

- Levine, H. G. (1978). The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 493–506.
- Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6-7), 377-393.
- Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict*; 2013;22(2):93-98. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00304.x
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(101), 43-83.
- Loubat, M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite*, 12(39), 15-25.
- Lindesmith, A. R. (1947). *Opiate Addiction*. Bloomington: Principia.
- Lindesmith, A. R. (1968). *Addiction and opiates*. Chicago: Aldine.
- La Asociación Española de Patología Dual (SEPD), tal y como comenta su presidente Nestor Szerman, surge en 2005 y se constituye en un espacio común para los clínicos, médicos y psicólogos que trabajan en distintos dispositivos de atención a drogodependientes, de psiquiatría y salud mental, y otros lugares donde encontramos a pacientes con patología dual.
- Moieszowicz, J. (2000). *Psicofarmacología Dinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mueser, K., Drake, R., & Wallach, M. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*; 23(6):717–34.

- Martínez-Hernández, A. (2000) "Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura" En: Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina. Bellaterra: 247-275.
- Maicas, N. L. C. (2012). Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 83-105.
- Major B. y O'brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillen, A. (2009). estigma y enfermedad mental, análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedades mental, editorial complutense. *Madrid*, 12.
- Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencia. En: Lorenzo Fernández P, Ladero JM, Leza Cerro JC, Lizasoain Hernández I, editores. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009. p. 6-7.
- NIDA. (2012). Principles of Drug Addiction Treatment. A research-Based Guide (3rd ed.). NIH Publication.
- Narrow, W., Rae, D., Robins, L. & Regier, D. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59, 129-130.
- Norko MA, Fitch WL. DSM-5 and substance use disorders: clinicolegal implications. *J Am Acad Psychiatry*. 2014;42:443-52.
- Nunes Jr., E. V. y Deliyannides, D. A. (1996) "Investigación en diagnóstico dual" En: Solomon, J., Zimberg, S., Shollar E. (eds) En: Diagnóstico Dual: Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas. Barcelona: Ediciones en neurociencias: 321-341.
- Pascual Mollá, M., y Pascual Pastor, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.

- Pérez-Floriano, L. R. (2018). Estigma, símbolos corporales y discriminación de personas consumidoras y sus familiares. *Revista cultura y drogas*, 23(25), 67-84.
- Pickles, A., Rowe, R., Simonoff, E., Foley, D., Rutter, M. & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 179, 230-235.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. New York: Lexington Books.
- Peele, S. (1990). Addiction as a Cultural Concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205–220.
- Planeta, C. S. (2013). Animal models of alcohol and drug dependence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35, S140-S146.
- Page, J. B., & Singer, M. (2010). *Comprehending Drug Use. Ethnographic Research at the social margins*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Pedrero Pérez, E. J., & Ruiz Sanchez de León, J. M. (2014). Perspectiva histórica y estado de la cuestión. In E. J. Pedrero Pérez & J. M. Ruiz Sanchez de León (Eds.), *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Puentes, M. (2006). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar
- Rodríguez de Fonseca, F., del Arco, I., & Ferrer, B. (2003). Sustrato Neuroanatómico de la Adicción a Drogas: papel del sistema límbico. *Salud Y Drogas*, 3(1), 56–67.
- Rivera G., (2010). Memoria científica formación en patología dual grave, programa JOFRE,7
- Regier, D., Kaelber, C., Rae, D., Farmer, M., Knauper, B., Kessler RC & Norquist, G. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., *et al* (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518. [CrossRef](#) [Google Scholar](#) [PubMed](#)
- Romaní, O. (2007). De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas. In M. L. Esteban (Ed.), *Introducción a la Antropología de la Salud*

- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Romaní, O. (1999). *Las Drogas :sueños y razones*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Ridgely, M.S., Goldman, H.H., & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 123-132. (Tesis de maestría, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/16/1/123/1877398?login=true>
- Romero, A. A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Room, R. (1985). Dependence and Society. *British Journal of Addiction*, 80, 133–139.
- Room, R. (1989). Drugs, consciousness and self-control: Popular and medical conceptions. *International Review of Psychiatry*, 1, 63–70.
- Room, R., Hellman, M., & Stenius, K. (2015). Addiction: the dance between concept and terms. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4(1), 27–35.
- Raikhel, E., & Garriot, W. (2013). *Addiction Trajectories*. Durham and London: Duke University Press.
- Raikhel, E., & Garriot, W. (2013). Introduction Tracing New Paths in the Anthropology of Addiction. In E. Raikhel & W. Garriott (Eds.), *Addiction Trajectories*. London: Duke University Press.
- Szasz, T. (1974). *Ceremonial chemistry. The ritual persecution of drugs, addicts and pushers*. New York: Anchor Press.
- Stoehr, J. D. (2006). *The Neurobiology of Addiction*. Philadelphia: Chelsea House Publishers
- Solar, F. C., & González, P. P. R. (2010). Tensiones del modelo vigente de Conceptualización de los trastornos mentales. *Praxis: revista de psicología*, (17), 11-23.
- Szerman, N., & Martínez-Raga, J. (2015). Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2). <https://doi.org/10.1108/ADD-03-2015-0004>



- Seeman, P. (2002). The Creation of Psychopharmacology. *Nature medicine*, 8(11), 1194-1194.
- Stowell, R. (1991). Dual diagnosis issues. 21, 98-104.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) and Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders: A treatment Improvement Protocol Vol. 42. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
- Saunders JB, Latt NC. Diagnostic definitions, criteria and classification of substance use disorders. En: El Guebaly N, Carrà G, Galanter M, editores. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. Mailand: Springer-Verlag; 2015.
- Torrens, M., Gilchrist, G. y Domingo-Salvany, A., the psyCoBarcelona Group. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 147-156. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013
- Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., ... & Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and "gateway hypothesis": theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug and alcohol dependence*, 123, S3-S17
- White, W. L. (2000). Addiction as a Disease: Birth of a Concept. *Counselor*, 1(1), 46–51.
- WHO. (1964). Expert committee on addiction-producing drugs. XIII Report. Geneva.
- Winter Navarro, M., Gil Santiago, H., León Pérez, P., y Navarrete Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 103-111.
- Wakefield JC. DSM-5: an overview of changes and controversies. *Clin Soc Work J*. 2013;41:139-54.
- Wakefield, J. (2002). Lowered estimates –but of what? *Archives of General Psychiatry*, 59, 129-130.
- Wakefield, J. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6, 149-156.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press

Zinberg, N. E. (1972). Heroin use in Vietnam and the United States. *Archives of General Psychiatry*, 26, 486–488

Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En: J.Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.21-40). Barcelona: Ediciones Neurociencias