

EN DEFENSA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ADICCIONES

Las personas y entidades que suscribimos el presente documento, entre las que se encuentran expertos reconocidos en adicciones así como organizaciones importantes que vienen actuando en este ámbito en España, defendemos que el abordaje de las adicciones tanto a sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis, etc.) como sin sustancia (adicciones comportamentales) debe ser integral, teniendo en cuenta los aspectos sociales, psicológicos y biológicos involucrados. La evidencia científica disponible avala, sin ningún lugar a dudas, este enfoque integral.

La respuesta institucional en España más relevante al incremento de las drogodependencias fue la creación en 1985 del Plan Nacional sobre Drogas, que se conforma en torno a la idea de que estamos ante un problema tanto de salud individual como pública, que es imposible de tratar sin tener en cuenta los importantes determinantes sociales que lo condicionan, dentro siempre del total respeto a los Derechos Humanos. Esa es la razón por la que en sus comienzos tiene una dirección en la que se encuentran el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social, Justicia e Interior.

El desarrollo de la red asistencial española se ha hecho desde esa perspectiva integral de tipo bio-psico-social con la participación de dispositivos asistenciales públicos y privados en los que el tratamiento psicosocial se ha acompañado de una evaluación y tratamiento de las complicaciones biológicas asociadas al consumo. Con formas que variaron en el tiempo para ajustarse a los conocimientos y necesidades de cada momento, esa red ha estado dando respuesta flexible y efectiva a una intensa demanda asistencial, con niveles de calidad homologables a los del contexto europeo. Gran número de dispositivos asistenciales de nuestra red de atención a drogodependencias son modélicos a nivel internacional y sirven de referente en el desarrollo de los planes asistenciales en otros países. Estas transformaciones han sido lideradas y supervisadas por el Plan Nacional sobre Drogas, incluyendo las intervenciones de carácter preventivo, siempre desde una perspectiva psicológica y social, que han contribuido a estabilizar e incluso a reducir las complicaciones derivadas del consumo de drogas y la prevalencia de personas con adicción, según reflejan todas las encuestas más recientes.

Sin embargo, últimamente se está extendiendo con fuerza la idea reduccionista de que la adicción es una enfermedad, como puede ser la diabetes, y que su sitio natural de tratamiento está en la red sanitaria de salud mental. En consecuencia se propugna la desaparición de las redes especializadas, ajenas a esa visión limitada y parcial, y se pretende reubicar de forma exclusiva el tratamiento de los drogodependientes en la red psiquiátrica estándar con centros ambulatorios y de hospitalización de corta y media estancia. Las ideas principales que impulsan esta re-psiquiatrización son que la adicción es una “enfermedad mental” más, que puede presentarse sola o, más frecuentemente en compañía de otras, está causada por una patología cerebral crónica y recidivante, y, en último término, el tratamiento más adecuado es el farmacológico, mediante el uso de psicofármacos tanto

actuales como futuros, aún por descubrir. El papel de los tratamientos psicológicos y sociales sería de carácter secundario, de mero acompañamiento.

El mayor problema es que las ideas fuerza que mueven esta estrategia son, en el mejor de los casos, confusas, y en otros no están apoyadas por la investigación científica, y podemos interpretarlas como simples creencias.

El carácter de enfermedad mental de la adicción parece dar por sentada la realidad discutible de que existan “enfermedades mentales”. Sin embargo, clasificaciones internacionales como el DSM o la CIE hablan de trastornos, no de enfermedades. Así que ya de antemano la categoría en la que se quiere incluir a los trastornos adictivos parece problemática. Pero es que, además las pruebas científicas no apoyan que la adicción cumpla con los criterios básicos para ser considerada una enfermedad, ya que su causa no se conoce (ni es transmisible, ni contagiosa, ni autoinmune, ni hereditaria, ni degenerativa, ni traumática), y su desarrollo está íntimamente ligado a una decisión personal de iniciar o interrumpir el consumo. Los estudios de recuperación natural resaltan que hay un buen número de adictos que abandonan voluntariamente, y sin ayuda especializada, el uso de una sustancia en función de diversas circunstancias personales y sociales. Otros requieren ayuda para que pueda darse esa decisión. En algunos casos, nunca se produce.

La afirmación de que la adicción no es una enfermedad no debe verse como una negación de la importancia de la investigación y el tratamiento biológicos de la conducta adictiva, ni como una reducción de la adicción a un vicio o a una deformación moral.

No se trata de ignorar los recientes avances en neurociencias y sus posibles aplicaciones al ámbito de las adicciones sino de rebatir, desde el máximo rigor científico, un modelo sesgado y reduccionista ajeno a la evidencia empírica disponible y que no va a contribuir al progreso de las políticas que mejoren la prevención, el tratamiento y la reincorporación social de los adictos. Estos últimos años están proliferando los trabajos científicos que cuestionan todos y cada uno de los principios del modelo de enfermedad mental/cerebral de la adicción así como sus supuestos logros. Por eso es acuciante hacer llegar a la sociedad un mensaje muy claro: este modelo de enfermedad no ha sido capaz de acumular evidencia empírica ni de cumplir ninguno de los potenciales beneficios que se le atribuyeron. Por el contrario, la única certeza en el momento actual es que la adicción no puede ser considerada simplemente un problema de salud mental ni puede reducirse a un diagnóstico o suma de diagnósticos que describan, todo lo más, un problema complejo para el que ninguna prueba biológica sirve de prueba de su existencia.

Tampoco negar que la adicción sea una enfermedad supone considerarla sin más como un vicio. Durante mucho tiempo se ha venido insistiendo en que una de las razones por las que se debería considerar que el adicto era un “enfermo” tenía que ver con el presunto efecto “desestigmatizador” de esa etiqueta. La idea básica es que el consumo de sustancias no depende de la “voluntad” del adicto, sino que está determinado por un “deseo producido por una enfermedad cerebral” de cuya naturaleza y orígenes apenas se sabe nada. Sin embargo, algunos estudios no se alinean con esta idea y consideran que la adicción puede entenderse como un hábito complejo que debe interrumpirse con un “acto de voluntad”. El camino a seguir desde que se toma la decisión de cambio

puede ser más o menos tortuoso y largo, depende de los casos. En unos un consumo intenso y prolongado de sustancias se abandona de la noche a la mañana sin ayuda terapéutica, en otros, sin embargo, las dificultades de la rehabilitación sólo se pueden superar a través de una ayuda profesional y prolongada. En algunos casos nunca se superan. Esta variabilidad extrema es menos compatible con una “enfermedad cerebral” que con la idea de que la conducta del adicto es el resultado de la influencia de múltiples factores personales (biológicos, psicológicos y sociales) que tienen la potencialidad de producir un abanico muy dispar de resultados. Desde esta perspectiva conductual, la cronicidad del problema desaparece y el concepto de “enfermedad” puede verse como un gran obstáculo para recibir el tratamiento adecuado y salir de la adicción. Además, la idea de enfermedad mental crónica asociada a la adicción puede resultar más estigmatizadora que la idea de hábito o problema psicológico superable, si es necesario, con ayuda profesional.

Por otra parte, el determinismo biológico que caracteriza a este modelo reduccionista anula el sentido último de la prevención. Si la causa de la adicción se reduce a una enfermedad cerebral, el individuo queda a merced de la oferta de sustancias tóxicas, relevado de cualquier responsabilidad sobre su comportamiento e invalidado en el ejercicio de su libre albedrío. Además, banaliza todas las políticas multisectoriales dirigidas a modificar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas, sin aportar ningún método científicamente viable de prevención.

El conocimiento científico actual, libre de intereses corporativos y de beneficios comerciales, permite hacer afirmaciones que armonizan mucho mejor con un enfoque integral y un modelo biopsicosocial como las siguientes:

1. Las adicciones no son crónicas ni incurables. Los estudios demuestran que una inmensa mayoría de personas que consumen drogas no desarrollan patrones perjudiciales de consumo; otros desarrollan patrones severos de consumo con importantes consecuencias; un considerable porcentaje de personas que han desarrollado una adicción interrumpen su consumo sin ayuda profesional de ningún tipo; algunos muestran una remisión espontánea, incluso de patrones graves de dependencia, con o sin tratamiento; o después de una breve intervención profesional; o un simple apoyo social no terapéutico; y también los hay que no cambian nunca a pesar de recibir tratamientos intensivos. Se ha comprobado que una de las principales fuentes de recaída y cronicidad es ésta: creerse el modelo de enfermedad, que el paciente crea que va a recaer, que si consume una sola vez volverá a ser adicto, que nunca se recuperará por completo.

2. Las personas con un trastorno adictivo, que tienen fuertes dificultades para cambiar por sí mismos, deben recibir tratamiento psicológico para ayudarles a modificar los hábitos nocivos que constituyen la adicción. En muchos casos el apoyo educativo, médico y social son esenciales para mejorar su salud y facilitar el cambio. Un ejemplo de esto último, son los programas sustitutivos con metadona que han cumplido un importante papel en la rehabilitación de los heroinómanos, sobre todo, pero no exclusivamente, durante la explosión del consumo de heroína en España a finales del siglo XX. Los fármacos no reducen ningún desequilibrio químico cerebral que causa la adicción, sino que deben ser vistos, todo lo más, como meros facilitadores del cambio de comportamientos y hábitos que debe producirse en la recuperación.

3. Los cambios en la estructura y funcionamiento cerebrales que aparecen con la administración de sustancias adictivas, son más efecto, y no causa, de la adicción. Esas neuroadaptaciones sólo reflejan mecanismos de neuroplasticidad asociada a aprendizajes. Los cambios cerebrales que se observan en adictos a sustancias son esencialmente los mismos que se observan en aquellas personas que presentan conductas adictivas sin sustancia, como el juego patológico, el juego online, la adicción a Internet o la adicción a comer. De hecho, los cambios estructurales y funcionales que se han propuesto como prueba de enfermedad cerebral para la adicción son los mismos que pueden observarse en condiciones que son consideradas normales, como el enamoramiento romántico, incluyendo la similitud entre el craving (intenso deseo) y el rechazo amoroso.

4. Los cambios producidos por la adicción en la estructura y el funcionamiento cerebral no son irreversibles. Multitud de estudios muestran que todos los déficits asociados a la adicción tienden a revertir con la abstinencia. Nada indica que el cerebro quede irreversiblemente dañado por las sustancias, sino en todo caso modificado, como queda modificado por cualquier aprendizaje o experiencia, algo propio de un órgano extraordinariamente plástico y en permanente interacción con su ambiente.

5. Los adictos no tienen con mucha frecuencia otros trastornos mentales, por lo que hablar de "patología dual" no está justificado. Se sabe desde hace décadas que el malestar psicológico no está asociado a la adicción, sino a la demanda de ayuda: quienes no solicitan tratamiento no presentan tal psicopatología. La sintomatología psicopatológica es máxima en los momentos iniciales del tratamiento, pero empieza a descender rápidamente y lo hace de forma continuada a medida que se consolida la abstinencia, alcanzando tras unos meses (entre 3 y 6) niveles de normalidad en la mayor parte de los casos. Puede resultar interesante para los defensores de la "patología dual" efectuar diagnósticos DSM en los primeros momentos del tratamiento y centrar en ellos la intervención farmacológica. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que apenas ninguno de estos psicofármacos ha mostrado evidencias de utilidad en el tratamiento de la adicción, y sí graves efectos secundarios que pueden bloquear la recuperación de los adictos.

A la vista de toda la evidencia acumulada, podemos concluir que el enfoque integral biopsicosocial, centrado en la persona y en su desarrollo, debe mantenerse. Es un modelo de referencia internacional en la investigación y abordaje de las adicciones. Y ello por interés de las personas que padecen las consecuencias de sus conductas adictivas, pero también por el interés de la sociedad que no debe sufrir que un problema de esta envergadura caiga en manos de intereses comerciales, cronifique los problemas, encarezca su abordaje y, en consecuencia, multiplique las nefastas consecuencias ya conocidas, antes de la creación del Plan Nacional sobre Drogas. Se ha de mantener una red asistencial amplia, flexible, con participación de organizaciones sociales, internacionalmente reconocida, en permanente adaptación a una realidad cambiante. Igualmente se deben continuar impulsando programas preventivos multicomponentes e intersectoriales que promuevan la implicación de las familias, la escuela, las empresas y centros de trabajo y la sociedad en su conjunto. Todo ello desde un abordaje inclusivo en el que las perspectivas psicológica y social de las adicciones sean preponderantes dada la naturaleza de la problemática que se aborda.

Las autoridades deben atender a los conocimientos científicos independientes de intereses de la industria farmacéutica, y diseñar sus políticas en consecuencia.

Desde la Red por un Enfoque Integral en las Conductas Adictivas (REICA) hacemos un llamamiento público para sumarse a esta reclamación, e invitamos a que más personas y organizaciones públicas y privadas suscriban este documento y se unan a esta Red. Juntas vamos a trabajar de manera coordinada para que las personas que sufren adicciones reciban la mejor atención posible y para que nuestro país siga avanzando en el desarrollo de iniciativas preventivas que nos permitan anticiparnos a los problemas generados por el uso y abuso de drogas. Para afrontar este desafío esperamos contar con el apoyo de la mayoría de la sociedad.

Suscriben este documento

Organizaciones:

Asociación Proyecto Hombre

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)

Sociedad Española de Toxicomanías (SET)

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)

Expertos:

Don Elisardo Becoña Iglesias

*Catedrático de Psicología Clínica y Director de la Unidad de Tabaquismo
y Trastornos Adictivos de la Universidad de Santiago de Compostela*

Don Amador Calafat Far

*Médico especialista en Psiquiatría y miembro por España de
European Institute of Studies on Prevention (IREFREA)*

Don José Ramón Fernández Hermida

*Psicólogo especialista en Psicología Clínica, profesor de la Universidad de Oviedo
e investigador de drogodependencias*

Don Emiliano Martín González

*Psicólogo experto en drogodependencias y ex-Subdirector
General del Plan Nacional sobre Drogas*