

Prof. AUGUSTO PEREZ GOMEZ, Ph.D.
 Psicólogo
 Director, Programa La Casa
 Universidad de los Andes

ADICCION Y ENFERMEDAD: MITO Y REALIDAD

La palabra 'adicción resulta para algunos un concepto mágico, capaz de explicar automáticamente los enigmas más complejos del comportamiento humano, sin dejar virtualmente la sombra de una duda. ¿Por qué alguien estafa a la organización con la que trabaja? Porque es adicto al dinero. ¿Por qué una persona tiene múltiples amantes? Porque es adicto al sexo. ¿Por qué aquel individuo viola? Por la misma razón: porque es adicto al sexo. ¿Por qué esta otra persona come en exceso y sufre de obesidad? Porque es adicta a la comida. ¿Por qué alguien trabaja 18 horas diarias? Porque es adicta al trabajo. ¿Por qué alguien trabaja en exceso, tiene múltiples amantes, estafa a su compañía, consume cocaína y come demasiado? Porque tiene una personalidad adictiva. Todas estas supuestas explicaciones suenan sospechosamente tautológicas y se agotan en su circularidad (Pérez Gómez, 1991). Pocos campos del conocimiento han sido objeto de tantos procesos de reduccionismo (Edwards, 1994), que se repercuten los unos sobre los otros: por ejemplo, el alcoholismo sería una "adicción" asociada a ciertas regiones del Nucleus accumbens, que a su vez habrían sido condicionadas, programadas, predeterminadas, por ciertos genes... Todas estas especulaciones facilistas parecen corresponder mucho más a la necesidad de ofrecer respuestas a una comunidad ávida de entender qué es lo que ocurre, que a una prolongada, paciente, difícil y a veces estéril, serie de investigaciones.

Como es fácil suponer, el problema comienza con la definición de lo que debe entenderse por adicción; pues aun cuando hay un relativo consenso sobre los términos generales cuando se habla de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) —se trataría de un patrón de comportamiento repetitivo, compulsivo, que se mantiene a pesar de que el sujeto tiene claridad sobre sus implicaciones negativas, y que presenta una fuerte tendencia a la recaída—, también hay grandes discrepancias sobre la relación que tiene con conceptos como "dependencia", "síndrome de abstinencia", y "tolerancia"; en particular, existen grandes dificultades para unificar los criterios cuando se habla de diferentes sustancias, tal como se puede ver claramente en los trabajos de Edwards (1976, 1986) y en los estudios de campo del DSM-III-R, el DSM-IV, el ICD-9 y el ICD-10 (Woody, Cottler y Cacciola, 1993); al pasar a otros terrenos como el juego compulsivo, la sexualidad o los trastornos alimenticios, tales dificultades se vuelven insuperables.



CLAVICEPS Tulasne
C. purpurea (Fr.) Tulasne
 Hypocreaceae
 Norteamérica, Asia, norte de África
 y Europa (zonas templadas)

Directamente relacionado con lo anterior hay otro elemento que no puede ser dejado de lado: la aparición de una industria que se ocupa de los problemas de adicción. Esta industria, poderosa y combativa, abarca una multitud de frentes: la creación de clínicas especializadas; la publicación de una sorprendente cantidad de libros y videos que inundan los estantes de las librerías en las secciones de "salud" y "auto-cuidado" y que son objeto de traducciones a numerosos idiomas; y, sobre todo, una intensa actividad que busca influenciar las políticas tanto locales como internacionales, con una eficiencia que sería digna de mejores propósitos. Tal industria busca sistemáticamente "desculpabilizar" (lo cual puede ser un propósito encomiable, como veremos más adelante) y afirma explícitamente que el "adicto" es un "enfermo" que necesita "tratamiento" (aun cuando nunca se "curará" del todo). En su forma más extrema, esta propuesta elimina toda responsabilidad por el daño hecho a otros, y ha dado lugar en los últimos años a debates legales que todavía están lejos de resolverse.

Por todo esto, me parece que vale la pena examinar con cierto detenimiento la evolución del concepto de adicción y sus vínculos con otras nociones que han llegado a ser tan aceptadas que el simple hecho de cuestionarlas suscita reacciones de in-

tenso malestar. Por mi actividad, tendré que focalizar la atención del lector en el problema de las SPA, que es el que mejor conozco; pero la extensión a otros problemas no resulta particularmente difícil: más aun, puede clarificar muchos de los elementos de la discusión. En las páginas siguientes trataré de mostrar, basándome especialmente en un análisis de ciertos hitos históricos¹, que el concepto de adicción se encuentra inextricablemente ligado al de enfermedad y al de comportamiento compulsivo incontrolable, pero que tal relación nunca ha sido objeto de demostraciones. La clasificación de la "adicción" a las drogas como una condición médica más que como una "pasión" o un "vicio" no fue el resultado de estudios sobre consumidores, o de experimentación con animales en laboratorio, sino que se derivó del clima creado por los avances médicos del siglo XIX, cuando todo aquello que tuviera manifestaciones físicas desagradables y negativas tendía a ser considerado como una "enfermedad", para la cual era posible encontrar una "cura". Y esto sin que existieran síntomas específicos, sin que existiera un curso regular de evolución o una respuesta específica al tratamiento. Lo impactante de estas afirmacio-

1. Los argumentos a mí me parecen sólidos, pero Edwards (1994) no duda en clasificar ese trabajo -que no cita con nombre propio- entre las aproximaciones reduccionistas.

nes, y lo que las hace particularmente relevantes en el momento actual, es que no se trata simplemente de ideas del siglo pasado: autores de primera línea en el campo del consumo de SPA, como Miller y Gold (1993) no vacilan en afirmar que

"La adicción al alcohol y a otras drogas es un desorden primario que se manifiesta por características predecibles y consistentes que no son dependientes de otras condiciones. Existe una base neuroquímica subyacente a la pérdida de control en la tendencia adictiva a utilizar alcohol y otras drogas" (p. 122),

pero no aportan la menor prueba sobre la validez de lo que aseguran: simplemente lo dicen, y esperan que su autoridad sea suficiente argumento. Sin embargo, tanto Peele (1987a) como Davies (1992) demuestran de manera clara que esto no es así: la realidad es que no existe ninguna clase de explicación farmacológica o neurológica convincente, y los estudios genéticos son más especulaciones que datos sólidos. Dice Peele (1987b):

"Sin duda cualquier hábito tiene un impacto sobre el cuerpo y sobre la mente, pero la interpretación de lo que se siente en una experiencia farmacológica, la decisión de que esta experiencia es deseable, la convicción de que es imposible vivir sin ella y la búsqueda de más, son asuntos de percepción individual y de escogencia" (p. 22).

En honor a la verdad, debe decirse que no todos los argumentos en defensa del concepto de enfermedad con respecto al consumo de SPA son tan pobres como los presentados por Miller y Gold; así, el trabajo de Maltzman (1994), quien asume perentoriamente que el alcoholismo es una enfermedad, subraya el hecho de que los juicios de valor hechos por expertos son una forma normal de proceder dentro de las disciplinas biomédicas y que la descripción de las características del alcoholismo corresponde al uso moderno del concepto de enfermedad. Desafortunadamente, Maltzman no analiza los fundamentos de esas definiciones, sino que trata más bien de presentar argumentos empíricos que prueban que efectivamente el alcoholismo cumple con los requisitos necesarios para ser considerado como una entidad patológica.

¿Por qué se considera la adicción una enfermedad? ¿Es realmente la adicción una enfermedad? Quizás el trabajo más importante publicado en este campo recientemente sea el artículo de Acker (1993), quien retoma las palabras de Schaffer y Robbins (1991) y asegura que esta última pregunta no puede ser respondida con un "sí" o un "no" porque las definiciones de enfermedad, como todo conocimiento, son construcciones culturales que reflejan los esfuerzos humanos para lograr control sobre experiencias complejas. Acker (en cuyo tra-

bajo se inspiran ampliamente las páginas siguientes) sugiere la existencia de dos aproximaciones tradicionales al concepto de enfermedad: la ontológica y la funcionalista. Para los defensores de la posición ontológica, las enfermedades son entidades reales, independientes de la existencia de casos concretos; para los segundos, la enfermedad es el funcionamiento desordenado de un sistema. El modelo ideal para los primeros son las infecciones, y el enfoque sugiere que los tratamientos estandar trabajan igual para todo el mundo; los funcionalistas, por el contrario, colocan al sujeto en el centro y explican las enfermedades en términos de sus acciones, su estilo de vida y su relación con el medio ambiente. Este último enfoque fue el predominante en Medicina hasta el siglo XIX.

Una de las consecuencias de la adopción de uno u otro enfoque es la atribución de responsabilidades para el sujeto que presenta el trastorno (capital en la discusión que nos ocupa): inexistente en el primer caso, es obvia en el segundo, llevando incluso a la culpabilización de quienes, desde el otro enfoque, solo pueden ser considerados como víctimas.

Quizás las aproximaciones sociológicas al problema de la enfermedad den mayores luces sobre el tema. Así por ejemplo, el enfoque de Parsons (1981) puede ser considerado como ontológico: la enfer-

medad es vista como una condición involuntaria, el rol de enfermo legitima la condición de estar enfermo, y la enfermedad impide cumplir el rol social asignado; el sujeto tiene una justificación apropiada para no cumplir su rol y requiere de ayuda suplementaria para salir de su condición; en revancha, tendrá que hacer lo que se le prescribe. Parsons reconoce el potencial de control social asociado a la definición de ciertas situaciones como enfermedades, y acepta que muchas de ellas pueden resultar de acciones voluntarias —el cáncer de pulmón para los fumadores, la cirrosis hepática para los alcohólicos—, pero insiste en que incluso en esos casos las secuelas están fuera del control del sujeto. Lo problemático de la posición de Parsons es que asume un consenso sobre lo que es "normal" y "saludable" y parte del supuesto de que los expertos saben y los pacientes cooperan (Acker, 1993, p.196).

Por otra parte, Goffman (1963) enfatiza el conflicto que Parsons ignora: examina las alteraciones de la identidad provocadas por una condición estigmatizada (epilepsia, ceguera, enfermedad mental, adicción a las drogas); para él se trata de condiciones devaluadas, y es cuestión de opinión el llamarlas enfermedad, pues el concepto termina extendiéndose al comportamiento y a la apariencia. Al ser la 'enfermedad' una condición social indeseable, el uso del término es una forma de con-

trol social, que de hecho puede reflejar mucho más un temor a las diferencias que un verdadero consenso; en tal contexto, los enfermos sufrirán más de discriminación que de apoyo.

Tanto Parsons como Goffman aceptan la diferencia entre "sano" y "enfermo", pero asumen consecuencias opuestas: para el primero, llamar "enfermedad" a una adicción disminuye la culpa, permite buscar tratamiento y, paradójicamente, al igualar ese comportamiento a otras enfermedades, lo normaliza. Por el contrario, para Goffman esta es una manera de estigmatizar el comportamiento que debe ser evitada. Pero al dicotomizar las situaciones ambos autores crean una barrera que puede resultar infranqueable, en donde las decisiones son tomadas en función de los intereses de grupos en situación de poder, sin tomar en cuenta a los sujetos mismos ni lo que ellos piensan al respecto.

Por supuesto, estas dos posiciones solo representan dos posibilidades contrarias que han influido profundamente sobre el desarrollo de las ideas relacionadas con el concepto de adicción. En el momento actual, y en particular en los países en desarrollo, en donde se da un aumento considerable de problemas relacionados con el consumo de SPA, pero sin las implicaciones políticas y económicas (a nivel interno) que se observan en los países industrializados, las

posiciones suelen ser —paradójicamente— mucho más matizadas. Quizás una de las diferencias fundamentales se encuentre en el hecho de que en la mayoría de los llamados países desarrollados el problema de la adicción suele ser considerado primordialmente un problema de salud pública, y por consiguiente las variables que se analizan son de orden biológico y político y se centran en la problemática personal; por el contrario, en los países subdesarrollados lo que tiende a ponerse en primer plano son las condiciones socioeconómicas desfavorables, que estimulan la búsqueda de situaciones de escape que agudizan los conflictos. En esencia, la aproximación más aceptada entre los expertos en América Latina no es la de enfermedad y más bien podría considerarse como una mezcla de varias tendencias: se asume que los efectos agradables producidos por la ingestión de una sustancia generan un "hábito", que a su vez termina provocando una modificación del funcionamiento de ciertos mecanismos fisiológicos (adicción propiamente dicha); en el punto de partida está de todas formas la decisión libre del sujeto de usar o no usar la sustancia. Dentro de tal contexto, una afirmación tajante de Davies que despierta muchas reacciones de rechazo en Europa resulta perfectamente aceptable entre nosotros: un sujeto consume drogas principalmente *porque quiere*, y continúa ha-

ciéndolo porque no ve suficientes razones para dejar de hacerlo... Es decir, pretender dejar de lado la responsabilidad personal en todo el proceso de convertirse en adicto implica querer tapar el sol con las manos. Sin embargo, esto no implica culpabilizar ni estigmatizar, pues no se pretende que es la única, o la principal razón del consumo masivo de SPA: más bien sería un intento por darle a los elementos el lugar que les corresponde en un análisis global de una problemática altamente compleja. Esta asunción tiene implicaciones trascendentales desde el punto de vista del tratamiento, y puede llegar a tenerlas en la definición de políticas; pero es un tema sobre el que no existe ningún acuerdo.

SURGIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE ADICCIÓN

Hasta comienzos del siglo actual, tres modelos se disputaban el campo de la adicción. Para unos se trataba simplemente de un problema de "ebriedad"; para otros era un desorden funcional de procesos fisiológicos alterados; y para los terceros era un problema moral que implicaba el colapso de la voluntad.

El triunfo del modelo alopático-ontológico fuerza la adopción del segundo enfoque. Desde comienzos de 1870 se inician los estudios de laboratorio —tanto con sujetos humanos como ani-

males—, con resultados muy contradictorios, en particular en lo referente al opio y la morfina. Hacia 1920 la mayor parte de los investigadores habían sido incapaces de encontrar cambios significativos en el metabolismo, la composición de la sangre, la circulación o la respiración debido a la ingestión de opio y de morfina, y las consecuencias negativas eran atribuidas a desnutrición u otras condiciones similares (Peele, 1987a, p. 17; Acker, 1993, p. 198); pero esto no constituyó un obstáculo para que antes de 1930 la definición de adicción que predominara fuera idéntica a la propuesta por Millery Gold (1993) cerca de 65 años más tarde².

De todas maneras, la llamada Harrison Narcotic Act de 1914³ provoca un vuelco súbito en la situación, pues representa una ruptura entre las posiciones "oficiales" en los Estados Unidos, que adoptan una filosofía estigmatizante y funcionalista (que equi-

2. No sería la primera ni la única vez que este tipo de fenómeno se presentaría. Recuérdese la célebre disputa entre Charcot y Bernheim, hacia 1880, a propósito de la histeria: mientras el primero invertía todo su prestigio en tratar de demostrar que la histeria era una condición resultante de una lesión cerebral, el segundo afirmaba que se trataba de un fenómeno de "sugestión", y que detrás del síntoma histérico no había ningún trastorno orgánico. El reconocimiento por parte de Charcot de que estaba equivocado no modificó en absoluto, durante muchos años, la convicción generalizada de que se trataba de una enfermedad como cualquier otra.

3. Aun cuando esta posición se inició en los Estados Unidos, muchos otros países no tardaron en adoptar legislaciones similares.

para al consumidor de SPA con un criminal), y las posiciones de las organizaciones médicas, que mantienen su punto de vista ontológico pero fracasan sistemáticamente tanto en la búsqueda de explicaciones como en las propuestas de tratamiento. La situación se revierte nuevamente con el surgimiento del hippismo en los años sesentas: el énfasis represivo centrado en el consumidor de sustancias disminuye, y el modelo alopático vuelve a tomar fuerza en los países industrializados (ver, por ejemplo, Goldstein, 1994), en donde el problema de la adicción es considerado un asunto de salud pública y el de producción y distribución de SPA llega incluso a ser calificado como una amenaza a la seguridad nacional.

CONCLUSIONES

El concepto de adicción parece sufrir periódicamente cambios de significado que se mueven polarmente entre un modelo alopático y ontológico que ubica el problema en el campo de la Medicina, y un modelo funcionalista que resalta las dimensiones morales del comportamiento. Estos cambios no son, por lo general, el resultado de estudios científicos y sistemáticos, sino que corresponden más bien a tomas de posiciones que dependen de circunstancias sociales, políticas y económicas, así como de

la influencia de los grupos que detentan el poder.

Ninguno de los modelos existentes proporciona respuestas convincentes sobre el significado del concepto de adicción. En los foros y congresos los representantes de cada tendencia tienden a enfrentarse sin escuchar los argumentos de los otros, y con frecuencia los debates se estrellan con un conjunto de mitos y de ideas preconcebidas que no aportan verdaderas luces a las discusiones. La gama de teorías supuestamente explicativas es tan amplia que su examen produce necesariamente la sospecha de que en realidad nos encontramos muy lejos todavía de entender cuál es la esencia del problema.

El problema del consumo masivo de SPA es, sin lugar a dudas, un problema real. Tiene implicaciones en los órdenes de lo económico, de lo social, de la salud, de las relaciones interpersonales y de las relaciones internacionales, para no mencionar sino algunos. Pero las definiciones son tan imprecisas y los análisis tan sesgados que resulta muy fácil caer en la tentación de adoptar esquemas simplistas que carecen de potencial explicativo y que, por consiguiente y de manera paradójica, se vuelven fuente omnipotente de explicaciones. Deslizarse, a través del concepto de "adicción", del consumo de opio o de la cocaína (sin el cual es perfectamente posible vivir) a los trastornos alimen-

ticios o a los excesos de la sexualidad, constituye una arbitrariedad y una forma poco útil (científicamente hablando) de aproximarse a las peculiaridades del comportamiento humano (aun cuando puede ser una forma válida de perpetuar ciertos mitos y de sacar provecho de ellos). Es una arbitrariedad porque no es aceptable homologar conceptualmente (a partir de la consideración de que son "fuentes de placer", o actos que alguien considera "fuera de control") comportamientos que no tienen ninguna relación con la satisfacción de necesidades básicas (como el consumo de SPA) con otros que, como la comida y la sexualidad, sí tienen tal relación; es poco útil porque nuevamente se recurre a las explicaciones circulares: pertenecen a la misma categoría (las "adicciones") porque ambos son "compulsivos" (Lesieur y Blume, 1993). En otras palabras, porque se confunden las razones con las causas.

Será necesario considerar que el fenómeno descrito bajo el nombre de adicción posee varios niveles, que recubren desde la curiosidad ingenua hasta las modificaciones neuroquímicas, pasando por la experiencia del placer o de la excitación. Hasta el momento actual no existen más que visiones parciales que carecen de articulación y de estructura

BIBLIOGRAFIA

- Acker, C. J. (1993). Stigma or legitimation? A historical examination of the social potential of addiction disease models. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25 (3), 193-205.
- Davies, J. B. (1992). *The myth of addiction*. Chur, Suiza: Harwood Academic Publishers.
- Edwards, G. y Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Journal of Medicine*, 1, 1058-1061.
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, 171-183.
- Edwards, G. (1994). Addiction, reductionism and Aarons rod. *Addiction*, 89, 9-12.
- Edwards, G. (1994). Aarons ointment: a reply to some comments on the question of reductionism. *Addiction*, 89, 20-22.
- Goldstein, A. (1994). *Addiction: from biology to drug policy*. Nueva York: W. H. Freeman.
- Kalant, H. (1994). Comments on Edwards editorial "Addiction, reductionism and Aarons rod". *Addiction*, 89, 13-14.
- Lesieur, H. R. y Blume, S. H. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorder. *Journal of Addictive Diseases*, 12 (3), 89-102.
- Maltzman, I. (1994). Why alcoholism is a disease. (1994). *Journal of Psychoactive Drugs*, 26 (1), 13-31.
- Miller, N. S. y Gold, M. S. (1993). A neurochemical basis for alcohol and other drug addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25 (2), 121-128.
- Moore, D. (1994). Vacating the committee chair: paving the way for synthesis in the addictions. *Addiction*, 89, 16-18.
- Neiss, R. (1993). The role of psychobiological states in chemical dependency: who becomes addicted? *Addiction*, 88, 745-756.
- Peele, S. (1987a). *Diseasing of America: addiction treatment out of control*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Peele, S. (1987b). Aint misbehavin. Addiction has become an all-purpose excuse. *The Sciences*, p. 14-21.
- Pérez Gómez, A. (1991). La psicoterapia de consumidores de SPA: estrategias y posiciones teóricas. En A. Pérez Gómez (ed.) Programa La Casa: atención a la comunidad en las áreas de drogadicción, Sida y suicidio. Bogotá: Presencia, p. 77-90.
- Shaffer, H. J. y Robbins, S. (1991). Manufacturing multiple meanings of addiction: Time-limited realities. *Contemporary Family Therapy*, 13 (5), 387-404.
- Woody, G. E., Cottler, L. B., y Cacciola, J. (1993). Severity of dependence: data from the DSM-IV field trials. *Addiction*, 88, 1573-1579.