

HACIA UN MODELO SITUADO DE LA ADICCIÓN

TOWARDS A SITUATED MODEL OF ADDICTION

Aníbal Monasterio Astobiza*

Universidad de Granada
Granada-España

Recibido marzo de 2021/Received March, 2021
Aceptado agosto de 2021/Accepted August, 2021

RESUMEN

En este artículo interpreto la postura naturalista (modelo de desorden cerebral) y la constructivista (modelo moral) respecto de la adicción. En primer lugar, describo la postura naturalista que considera las enfermedades mentales, incluida la adicción, como “clases naturales”. Pero encuentro varios problemas con este modelo: a) ¿por qué no todas las personas tienen un uso dependiente de sustancias?, y b) ¿si existe una causa biomédica de la adicción por qué se culpabiliza y estigmatiza moralmente al adicto? En segundo lugar, describo la postura constructivista que presupone ciertas actitudes hacia la adicción –valores sociales que determinan nuestras ideas y creencias acerca de la adicción, por ejemplo–. Pero, de nuevo, encuentro varios problemas con este modelo: a) ¿si no hay un criterio de demarcación objetivo de la adicción es posible marginar y medicalizar deliberadamente a grupos minoritarios con la psiquiatría como instrumento o excusa de explotación?, y b) ¿si el constructivismo se toma demasiado en serio no se puede sobrediagnosticar y “patologizar” lo que de otra forma serían comportamientos comunes? Comparados ambos modelos, el naturalista, por un lado, y el constructivista, por el otro, concluyo que es necesario una tercera vía para superar las aporías de cada uno de estos modelos epistemológicos para describir la adicción como enfermedad mental.

Palabras clave: Adicción, enfermedad mental, modelo de desorden cerebral de la adicción, modelo moral de la adicción.

ABSTRACT

In this paper, I evaluate the naturalistic (brain disorder model) and constructivist (moral model) views on addiction. First, I describe the naturalistic position that considers mental illness, including addiction, as “natural kinds”. But I find several problems with this model: a) Why does not everyone have drug dependency? and b) if there is a biomedical cause for addiction, why is the addict morally blamed and stigmatized? Second, I describe the constructivist view that presupposes a number of attitudes toward addiction –social values that determine our ideas and beliefs about addiction, for example. But, again, I find several problems with this model: a) if there is no objective demarcation criterion of addiction, is it possible to deliberately marginalize and medicalize minority groups with psychiatry as an instrument or excuse for exploitation? and b) if constructivism is taken too seriously, is it not possible to over-diagnose and “pathologize” what would otherwise be a common behavior? Comparing both models, the naturalistic on the one hand, and the constructivist on the other, I conclude that a third way is necessary to overcome the aporias of each one of these epistemological models to describe addiction as a mental illness.

Key Words: Addiction, mental illness, brain disorder model of addiction, moral model of addiction.

* Autor correspondiente / Corresponding author: amastobiza@ugr.es

1. INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones centrales en filosofía de la medicina es cómo definir la “salud” y la “enfermedad”, y las enfermedades mentales son de los casos más problemáticos (Saborido, 2020, p. 213 y ss.). Las enfermedades mentales se sitúan en un terreno fronterizo entre la práctica social institucionalizada de la medicina, la experiencia del sufrimiento, la relación entre el paciente y los profesionales de la asistencia sanitaria y, por supuesto, las implicaciones de todo ello en la sociedad que sanciona o aprueba el sistema asistencial sanitario.

Las enfermedades mentales son mucho más que entidades clínicas o estados mentales. Se imbrican dentro de un contexto sociopolítico, cultural e histórico (Huertas, 2014; Monasterio Astobiza, 2004). Quizá no exista otra rama de la medicina donde estar “sano” o “enfermo” signifique e importe tanto como en la psiquiatría, debido a la complejidad de clasificar las enfermedades mentales. Desde el papiro de Ebers, un texto médico del antiguo Egipto de la época del Imperio Medio (1500 a.C.), tenemos constancia del diagnóstico de enfermedades mentales (Okasha y Okasha, 2000). La fascinación de médicos, autores e investigadores por la “locura” se ha incrementado con el paso de los siglos.

La antigua Grecia asoció la “locura” con la racionalidad, creatividad o regalo divino (*Daimon*) (Vogt, 2013). La Edad Media consideró las causas demoníacas de la “locura” (Hirvonen, 2018) y nuestra contemporaneidad analizó la locura en términos de control y poder en los disidentes y rivales políticos o marginados de la sociedad (Foucault, 1963/2012). Todo ello sin contar con la aproximación que se ha hecho de la “locura” desde el arte, la cultura en general y los medios de comunicación de masas como la TV o el cine.

A lo largo de la historia (e inclusive prehistoria) hemos ido acumulando saber teórico y práctico para dar sentido y poner remedio a nuestras aflicciones. Sin embargo, el esfuerzo de la medicina por evitar aquello que nos aflige ha encontrado siempre serias dificultades cuando ha dirigido su mirada al ámbito de la mente. Un dualismo cartesiano implícito en nuestras intuiciones acerca de las enfermedades ha situado a las dolencias del cuerpo como visibles y las dolencias de la mente como inaprehensibles. Los diagnósticos de las enfermedades del cuerpo son relativamente fáciles: Una alteración descrita por la ciencia biológica a partir de cambios o

transformaciones en las propiedades funcionales de los organismos. No así con los diagnósticos de las enfermedades de la mente: no hay cambios orgánicos fácilmente discernibles.

La etiología y nosología de las enfermedades mentales es terreno fronterizo entre el modelo biomédico, la dimensión institucional o social de la práctica psiquiátrica y disciplinas adyacentes (filosofía, psicología..., por ejemplo) que contribuyen en la conceptualización de las enfermedades mentales desde múltiples tradiciones y aplicando varios métodos. Desde el lado fronterizo de la filosofía, la idea de “clase natural”¹ ha alimentado el debate de la existencia o no de las enfermedades mentales.

No todos los autores e investigadores siguen el modelo biológico de la enfermedad mental que afirma que esta última es similar a una “clase natural”. Muchos consideran que los trastornos mentales son constructos sociales. Como un ejemplo claro de entidad fronteriza y ambigua, en el límite entre el modelo biológico y la construcción social de las enfermedades, se sitúan las adicciones.

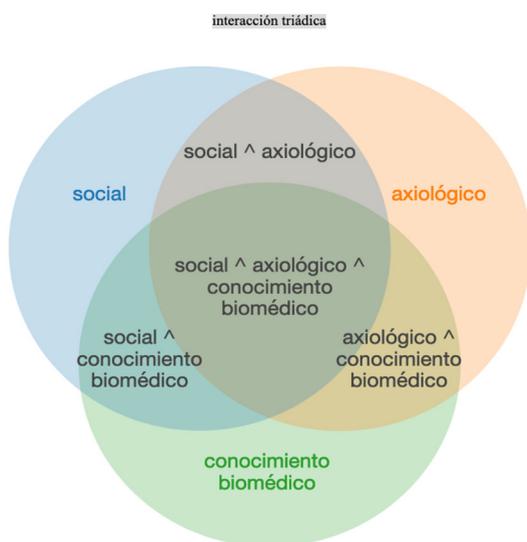
En este artículo quiero examinar esta dialéctica entre quienes consideran a la adicción como una enfermedad mental objetivamente definible a la luz del conocimiento biomédico, por un lado, y *akrasia moral*, por el otro. De seguir un modelo u otro se derivan consecuencias sociales, políticas y económicas dispares. Determinar qué es un trastorno mental y qué no lo es, si la enfermedad mental –concretamente la adicción– es una clase natural o no; es necesario si no queremos marginar y medicalizar deliberadamente a grupos minoritarios con la psiquiatría como instrumento o excusa de explotación.

En la actual práctica médica determinamos qué es una enfermedad asumiendo el paradigma *biopsicosocial* (Engel, 1977): la interacción compleja entre el *mundo social e institucional*, *mundo de los valores personales* y el *mundo del conocimiento biomédico*. Pero la categorización de las enfermedades a la luz de este enfoque puede ser intrincado (véase, la Figura 1).

Cada uno de los tres aspectos del paradigma *biopsicosocial* puede desbordar o dominar a otros. En un principio concebido como un remedio contra el reduccionismo biológico, actualmente se entiende que este paradigma conduce a un eclecticismo injustificado, la sobrerrepresentación de un aspecto sobre los otros, etc. (Borrel-Carrió *et al.*, 2004). Basta ver que el enfoque *biopsicosocial* contiene

Figura 1

Interacción triádica (y sus diferentes combinaciones) entre tres aspectos que determinan la categorización de las enfermedades: El mundo social e institucional de la práctica médica, el mundo de los valores personales y el mundo del conocimiento biomédico



en su seno dos aspectos —el aspecto biológico y el aspecto social— que por sí mismos se creen suficientes para explicar y dar cuenta de la adicción. Estos dos aspectos intentan sobreponerse el uno al otro y han dado lugar a dos modelos en pugna: el modelo de desorden cerebral de la adicción (MDCA) y el modelo moral (MM), respectivamente. Por ejemplo, si asumimos un MDCA cuya filosofía naturalista explicita la posibilidad de demarcar objetivamente las patologías de la “normalidad” por medio del conocimiento biomédico independientemente de nuestros valores (Boorse, 1975); también asumimos un cierto marco de clausura causal determinista del mundo. Es decir, nuestras intuiciones clásicas acerca del funcionamiento del cerebro nos dicen que el cerebro es una “máquina causal”. Esto significa que va de un estado a otro en función de sus condiciones antecedentes (Churchland, 2002, p. 204). Si conectamos esto con la elección o capacidad decisoria (libre albedrío), es posible ver nuestras decisiones de consumo de sustancias como determinadas. En otras palabras, quizá quienes tengan un

uso dependiente de sustancias están predispuestos, determinados, a ser adictos. De hecho, de acuerdo con el conocimiento biomédico existe entre 40% y 60% de heredabilidad de las adicciones (Koob y Volkow, 2016, p. 771). En otras palabras, el MDCA establece que la probabilidad inicial de uso y la probabilidad de progresión hacia un uso patológico de sustancias está fuertemente influenciado por factores intrínsecos, como por ejemplo el genotipo (Merikangas y Avenevoli, 2000). Por supuesto, no hay que dejar de lado factores ambientales, pero la presión de grupo, pares o entorno familiar es solo determinante en la exposición y patrones iniciales de uso, mientras que factores genéticos juegan un papel más crítico en la transición a un uso patológico. Esto implica una cuestión clave. Si es correcto el MDCA: ¿Por qué no todas las personas tienen un uso dependiente de sustancias? Y en el plano moral: ¿Si existe una causa biomédica de la adicción por qué se culpa y estigmatiza moralmente al adicto?

Pero por otro lado, si asumimos un MM (*akrasia* moral), que viene a ser constructivista, las consecuencias sociales y legales que emergen son igual de significativas. Si no hay un criterio de demarcación objetivo de la adicción: ¿es posible marginar y medicalizar deliberadamente a grupos minoritarios con la psiquiatría como instrumento o excusa de explotación? Asimismo: ¿Si el constructivismo se toma demasiado en serio no se puede sobrediagnosticar y “patologizar” lo que de otra forma serían comportamientos comunes? Desde el MM, la adicción no es una patología objetiva basada en la evidencia científica del conocimiento biomédico, sino una conducta desviada y moralmente reprobable por las costumbres y normas socialmente aceptadas. Es por ello por lo que el individuo adicto o quien tiene un uso dependiente de sustancias es censurado moralmente y percibido como débil mentalmente. El gran problema del MM es que en cierta medida “fabrica” las conductas desviadas en función de dinámicas de poder y control social, aunque también por la autopercepción de culpa del propio adicto que no se ve alineado con los valores sociales de la comunidad (Flanagan, 2013). Por ejemplo, hace cuatro décadas fumar estaba bien visto y era socialmente aceptable, ahora el tabaco está clasificado como trastorno relacionado con sustancias adictivas en el DSM-V². Esta naturaleza cambiante de lo que es y no es adicción en función del contexto social, tiene una consecuencia aún más grave: se puede diagnosticar arbitrariamente quién

tiene un trastorno mental y en el plano moral quién tiene una personalidad o carácter débil.

Una posición híbrida tampoco sería del todo útil, si es vista simplemente como una solución de compromiso entre las principales tesis de uno y otro modelo. Principalmente, porque debido a la complicada interacción triádica (véase, la Figura 1) para categorizar las enfermedades, y en especial la adicción, todavía quedaría por resolver cómo adjudicar qué aspecto (*mundo social, mundo axiológico, mundo del conocimiento biomédico*) priorizar.

En la siguiente sección presentaré una definición de adicción basada en un modelo mecanicista, pero integrador, para en las secciones 3 y 4 analizar más detenidamente el MDCA y el MM y sus respectivas limitaciones. Finalmente, quiero concluir con el bosquejo preliminar de modelo que es al mismo tiempo mecanicista e integrador, porque no deja de lado el ambiente, y que llamaré modelo situado (MS) como tercera vía para superar las aporías tanto del MDCA como del MM.

2. UNA DEFINICIÓN DE LA ADICCIÓN

Definir conceptos es importante, sobre todo en medicina (Saborido, 2020, p. 49). Pero mucho más cuando se trata de categorías como la enfermedad mental. Pero establecer definiciones no siempre es sencillo. Por ejemplo, James Watson y Francis Crick descubrieron la estructura del ADN y que la autorreplicación, evolución y metabolismo son condiciones necesarias para describir un sistema vivo. Sin embargo, una definición clara y concisa del concepto de vida se resiste. Características que definen a los seres vivos también son compartidas por procesos no biológicos (el movimiento se ha considerado característica de los seres vivos, pero los tornados también exhiben movimiento, o el crecimiento no es solo atribuible a la vida porque también la sal cristalina crece, por ejemplo).

No obstante, es necesario intentar definir los conceptos porque según qué definición se tenga de conceptos como el de “enfermedad”, “salud” o “adicción”, influirán de una u otra forma en los tratamientos, en nuestros valores, en la percepción de las personas, etc. Otro aspecto a tener en cuenta para dilucidar conceptualmente la adicción es la visión crítica e histórica del concepto mismo de adicción (véase, Berrios y Porter, 1995 y en especial el capítulo “Substance use Disorders”). Con todo ello, una definición simple de adicción ofrecida por Nora Volkow (2014, p. 5), directora del Instituto

Nacional sobre el Abuso de Drogas de EE.UU., es la siguiente:

Búsqueda y uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias perjudiciales

La prevalencia de la adicción al tabaco, alcohol y otras drogas de uso ilícito es de 2% de la población mundial (IHME, 2017) y es más frecuente en hombres que en mujeres. Para poner en perspectiva las consecuencias de los desórdenes del uso de sustancias podemos utilizar el concepto de “carga de la enfermedad” que aúna los conceptos de mortalidad y esperanza de vida bajo la métrica de “Años de Vida Ajustados por Discapacidad”. Con esta métrica la carga de enfermedad de la adicción a nivel mundial es de 1,5% (Degenhardt *et al.*, 2013). Esto muestra la contribución exclusiva de las adicciones a la carga total de las enfermedades en el mundo.

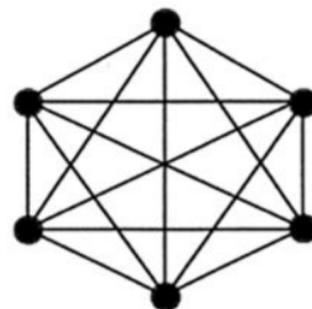
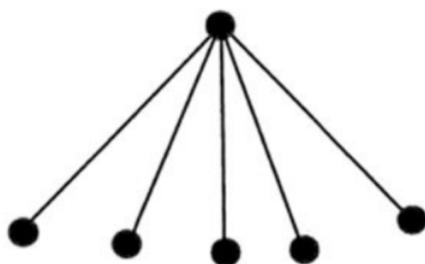
2.1. La explicación mecanicista e integradora de la adicción

La filosofía mecanicista tiene una larga historia. Se retrotrae a Demócrito (460 a.C.-370 a.C.), Descartes (1596-1650) y llega hasta nuestros tiempos (Craver, 2007). La filosofía mecanicista es naturalista en tanto y cuanto forma parte de una larga tradición que busca descomponer sistemas en sus partes con límites bien definidos (tesis metafísica)³, pero también intenta acomodarse, y no exclusivamente reflejar la realidad, buscando modelos de explicación mecanicista. La explicación mecanicista aplicada a la psicopatología de la adicción, nos dice que un mecanismo es: “El conjunto de entidades y actividades organizadas de tal forma que exhiben el fenómeno a explicar” (Craver, 2007, p. 5).

Aunque tradicionalmente las explicaciones mecanicistas se han ofrecido para dar cuenta de las operaciones de organismos “sanos”, tanto clínicos como teóricos (filósofos) de la medicina han extendido la aplicación del marco mecanicista para entender la “enfermedad” y en concreto los trastornos mentales (Bechtel, 2020 p. 24). Un hallazgo de la extensión de los modelos mecanicistas para explicar las enfermedades mentales es que múltiples trastornos psiquiátricos son heterogéneos y no es posible identificar un único mecanismo responsable que cuando se altera resulta en un trastorno mental. Por ello el análisis multinivel para identificar potenciales mecanismos no es jerárquico, sino heterárquico.

Figura 2

Representaciones de una estructura jerárquica y heterárquica, respectivamente



Debido a la naturaleza heterogénea de múltiples trastornos psiquiátricos la explicación mecanicista se centra en buscar mecanismos constituidos en redes heterárquicas que van desde el nivel molecular, celular, sistémico, hasta holístico (el organismo en su conjunto e incluso en interacción con procesos culturales y sociales). Así, diversas disrupciones en distintos mecanismos organizados heterárquicamente pueden generar diferentes síntomas. La explicación mecanicista es naturalista, pero se ha ido distanciando del reduccionismo biológico naïf para entender la adicción como un fenómeno holístico.

Para mi propósito aquí, sigo a Bechtel y Abrahamsen (2005, p. 423 *traducción mía*) en su definición de mecanismo:

Un mecanismo es una estructura que desempeña una función en virtud de sus componentes, sus operaciones y su organización. El funcionamiento orquestado del mecanismo es responsable de uno o varios fenómenos.

En todo caso, la explicación mecanicista de la adicción ha ido derivando hacia una posición más compleja de interacción e integración entre distintos niveles de análisis (estructura heterárquica) para describir los trastornos mentales, incluida la adicción. Por consiguiente, desde un modelo mecanicista, pero integrador, la adicción se define como:

La adicción es una enfermedad médica crónica y tratable que implica complejas interacciones entre los circuitos cerebrales, la genética, el medio ambiente y las experiencias vitales de un individuo. Las personas con adicción usan sustancias o se involucran en comportamientos que se vuelven compulsivos y a menudo

continúan a pesar de las consecuencias dañinas (American Society of Addiction Medicine 2019).

Esta definición que parte de un modelo mecanicista, pero integrador, expande y completa⁴ la definición de Volkow (2014). Sobre la base de esta explicación mecanicista, pero integradora, en la sección 5 presentaré el modelo situado (MS). Pero antes, en las siguientes secciones, quiero introducir dos modelos de la adicción: El MDCA y el MM. En cada uno de estos modelos prima un nivel de análisis de manera exclusiva, a saber, la biología y las influencias sociales o culturales, respectivamente. De seguir uno u otro modelo se derivan consecuencias significativas en la percepción de la adicción, la persona adicta, etcétera.

3. MODELO DE DESORDEN CEREBRAL: LA ADICCIÓN COMO PATOLOGÍA

3.1. Contexto

Eric Kandel (2005, p. 40) dice lo siguiente (traducción mía):

Todas las funciones de la mente reflejan las funciones del cerebro. Este principio es tan central en el pensamiento tradicional en biología y medicina (y así ha sido durante un siglo) que es casi un truismo y difícilmente necesita reexaminarse. Este principio se mantiene como la asunción básica de la neurociencia, una asunción ante la cual hay un enorme apoyo científico. Lesiones específicas del cerebro producen alteraciones específicas de la conducta, y alteraciones específicas de la conducta se reflejan en cambios funcionales característicos en el cerebro...

Difícilmente se puede encontrar de manera tan clara las tesis biomédicas que subyacen al MDCA. Para el MDCA, las sustancias adictivas (drogas) provocan una plasticidad sináptica que deja una traza (huella cerebral) que remodela circuitos e induce cambios en la excitabilidad cortical (Lüscher, 2013). Cuanto mayor es la exposición a las drogas, mayores serán los cambios en la plasticidad cerebral con consecuencias funcionales (circuitos cerebrales alterados) graves. Estos cambios inducidos en la plasticidad cerebral y una exposición continuada conducen a una desensibilización de los circuitos de la recompensa (hipótesis dopaminérgica) que reduce la habilidad de sentir placer y la motivación para realizar actividades diarias (Koob, 1992).

A su vez, y siempre desde la perspectiva del MDCA, la respuesta condicionada (el acto hedónico asociado con el consumo de la sustancia) se fortalece, lo que lleva a una mayor ansia o impulso por las sustancias y emociones negativas cuando este impulso o ansia no se sacia. También se debilitan regiones cerebrales implicadas en las funciones ejecutivas como la toma de decisiones y autocontrol, lo que directamente conduce a recaídas repetidas.

3.2. Discusión

La duda con el MDCA es que es un modelo unidimensional. No tiene en cuenta que el uso dependiente de sustancias “no se puede divorciar de su contexto social, psicológico, cultural, político, legal y medioambiental: no es simplemente una consecuencia de un mal funcionamiento cerebral” (Heim, 2014, p. 40). Asimismo, si es una enfermedad no existe responsabilidad en sufrirla, de la misma manera que no es posible culpar a un paciente de cáncer de sufrir cáncer. Pero esto no es precisamente lo que indica el oprobio moral hacia el adicto. Al contrario, si se acepta responsabilidad y autodeterminación en la elección de consumir sustancias adictivas: ¿cómo casa una enfermedad con la elección libre y voluntaria? A lo sumo solo podríamos hablar de metarresponsabilidad, es decir, el adicto solo sería responsable de no adherirse al tratamiento contra la drogadicción, no de la génesis de la drogadicción en sí misma.

A la luz de estas aparentes aporías son dos los grandes problemas que percibo en el MDCA:

- a) ¿Por qué no todas las personas tienen un uso dependiente de sustancias?
y

- b) ¿Si existe una causa biomédica de la adicción por qué se culpabiliza y estigmatiza moralmente al adicto?

En relación con la cuestión “a”, la variabilidad individual es una importante crítica al MDCA. No todas las personas expuestas a sustancias adictivas desarrollan un uso dependiente y se ha descrito solapamientos de áreas y regiones cerebrales similares en adictos y personas no adictas que desmiente la hipótesis de la remodelación de la circuitería o cambios a nivel sináptico (Schulte *et al.*, 2014). Es decir, de acuerdo con las premisas del MDCA, ante un proceso de exposición y sensibilización a estímulos potencialmente adictivos la consecuencia es una anomalía en las áreas asociadas con el error de la predicción de recompensas que provocaría una “huella neuronal” que de manera indefectible, o con una muy alta probabilidad, resultaría en adicción, considerada como una enfermedad (Leshner, 1997; McLellan *et al.*, 2000), en los individuos. Por todo esto, en el MDCA subyace una visión muy determinista. Se ve a la adicción como una enfermedad, crónica y con recaídas. Pero esto no es así. Existen tasas de remisión espontánea (Heyman, 2013), muchos individuos consiguen remisión (López-Quintero *et al.*, 2011), y habitualmente sin tratamiento alguno (Cohen *et al.*, 2007; Humphreys, 2015). También existen dificultades en encontrar aberraciones genéticas y anomalías en el cerebro de la persona adicta, aunque esto se asuma como necesario en el MDCA. Sin comentar el hecho de que hay personas que se recuperan de una adicción sin tratamiento (Heyman, 2009).

Sobre la cuestión “b”, huelga decir que esta es la mayor contradicción lógica, con importantes repercusiones morales, que tiene el MDCA. Alan Leshner (1997, p. 45), por entonces director del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) en Estados Unidos y principal promotor del MDCA, dijo (*traducción mía*):

Uno de los principales obstáculos (para cerrar la brecha entre la comprensión científica y la pública) es el tremendo estigma que conlleva ser un consumidor de drogas o, peor aún, un adicto. La visión pública más benéfica de los drogadictos es la de víctimas de su situación social. Sin embargo, la visión más común es que los drogadictos son débiles o malas personas, incapaces de llevar una vida moral y de controlar su comportamiento

y sus gratificaciones. Por el contrario, la adicción es en realidad una enfermedad crónica..., caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de droga... El abismo de implicaciones entre la visión de “mala persona” y la de “enfermo crónico” es tremendo. Como ejemplo, hay muchas personas que creen que los individuos adictos ni siquiera merecen tratamiento. Este estigma, y el tono moralista subyacente, es una capa significativa en todas las decisiones que se relacionan con el uso de drogas y los usuarios de drogas.

Este pasaje implica que ante la alternativa de ver a los adictos como “malas personas” solo nos queda ver la adicción como una patología crónica, una enfermedad del cerebro. Aparentemente el MDCA surge precisamente para evitar la estigmatización moral y asegurar que todas las personas con desórdenes adictivos pudieran recibir tratamiento médico. No obstante, la evidencia indica que el MDCA no ha reducido el estigma asociado a la adicción (Heather, 2017). Por ejemplo, se han realizado estudios y encuestas a grupos control, antes y después de la promoción del MDCA, para testar las actitudes y percepción social pública de las adicciones como enfermedades. Las conclusiones de dichos estudios son que vincular la conducta con una enfermedad no necesariamente conduce a tener una actitud benigna en las personas supuestamente enfermas y mucho menos a reconocer que merezcan tratamientos médicos sufragados por inversión pública (Shiner y Woodstock, 2015; Crawford y Heather, 1987; Mulford y Miller, 1964). Otros autores, como Carl Hart (2017), son incluso más enfáticos al afirmar que la adicción concebida como desorden cerebral promueve la injusticia social, discriminación racial y políticas antidrogas draconianas. Además, una reciente encuesta a una muestra representativa de la población de Australia, Meurk *et al.* (2014), concluye que tener la creencia de que la adicción es una enfermedad del cerebro no está asociada a una reducción del estigma hacia el adicto.

De seguir el MDCA se derivan actitudes públicas que afectan directamente al adicto. Por ejemplo, de ser cierto el MDCA se eximiría, pero no se exculparía, al adicto de ciertas conductas y responsabilidades personales a nivel legal. La legislación española en relación con la responsabilidad penal del drogodependiente diferencia entre criminalidad funcional (actos ilícitos para sustentar

el consumo) y criminalidad inducida (actos ilícitos bajo los efectos del consumo) y parte de varios elementos para la eximente de intoxicación:

- Base biológica o psiquiátrica
- Estado intoxicado en la comisión del delito
- Imposibilidad de comprender el carácter ilícito de la conducta (elemento psicológico)

Estos tres elementos reflejan el MDCA y son parte de una descripción de enfermedad crónica y grave. Pero son solo elementos eximentes y no exculpatorios. Cabe la duda pensar si las penas de prisión para el adicto bajo el prisma del MDCA son realmente justas y justificadas. Parece aceptarse implícitamente desde el MDCA que la adicción compromete la capacidad intelectual y volitiva y además no es elegida (no habría libre albedrío), por lo que un sistema retributivo focalizado en el castigo es miope. La gran aporía del MDCA es dilucidar si el adicto es un agente libre y en qué grado: ¿Es un agente libre en la elección de consumir y llegar a ser adicto? ¿Es un agente libre bajo los efectos de la intoxicación? La respuesta a cada una de estas preguntas desde el MDCA nos lleva a contradicciones lógicas. No sabemos decidir desde el MDCA si el adicto es una víctima pasiva de la “enfermedad cerebral” o merecedor de todo el apoyo social y médico posible. El estigma social y la censura moral que recae en el adicto es de igual modo pernicioso y paradójico. Si el MDCA está afirmando que la adicción es una “enfermedad del cerebro”, si está asumiendo que el libre albedrío, capacidad intelectual, etc., están comprometidos: ¿Por qué juzgamos moralmente la personalidad y el carácter del adicto? ¿Por qué repudiamos y marginamos al adicto en lugar de sentir compasión, empatía u otros afectos dirigidos a entender, acompañar o paliar su estado?

4. MODELO MORAL: LA ADICCIÓN COMO AKRASIA MORAL

4.1. Contexto

El MM sostiene que la adicción es culposa porque refleja elecciones imprudentes y un carácter débil (Heyman, 2009; Henden, Melberg y Rogeberg, 2013). Tanto el MDCA y el MM parten de la caracterización normativa de la adicción como “pérdida de control”, solo que difieren en dónde

situar el *locus* de control: por un lado, el MDCA sostiene que hay pérdida de libre albedrío porque hay un “cerebro enfermo”, mientras que por el otro lado, el MM sostiene que hay pérdida de control porque existe una volición débil (*akrasia* moral).

La conceptualización de la *akrasia* o debilidad de la voluntad se remonta a Aristóteles y se define como una acción intencional, libre, realizada contra el mejor juicio consciente de uno mismo. Es decir, la debilidad volitiva impide llevar a cabo los juicios conscientes que uno mismo se ha formado. Para entender mejor el concepto de *akrasia* hay que tener en cuenta que el pensamiento filosófico de la Antigüedad se basa en la idea de que nadie de manera voluntaria o con conocimiento actúa incorrectamente, al contrario, siguiendo a Sócrates, todo el mundo tiende hacia el bien (Segvic, 2000). Pero Aristóteles sostiene que es posible actuar en contra de lo que uno considera que es bueno porque en la deliberación práctica uno antepone deseos que le hacen actuar acráticamente.

Harry Frankfurt a la hora de tratar la debilidad en la volición o *akrasia* ofrece una perspectiva que se distancia de la visión de Aristóteles y presenta su necesidad volitiva basada en la autonomía personal (Frankfurt, 1988). Para Frankfurt la volición son deseos y distingue lógicamente entre deseos de primer orden y deseos de segundo orden. De nuevo, para Frankfurt, identificarse con un deseo (de primer orden) es formarse un deseo de segundo orden que decisivamente le llevará actuar. La *akrasia* se produce en Frankfurt cuando hay un problema en la libertad de la voluntad o la imposibilidad de identificar un deseo de segundo orden.

Desde el punto de vista del MM, el adicto tiene un carácter débil. Manifiesta por así decirlo una disonancia entre lo que sus razones y juicio le dicen hacer y lo que finalmente hace. Es una incongruencia interna entre las razones que se forma por su propio bien, y el nulo esfuerzo por llevarlas a cabo que le conduce a sucumbir a la tentación.

Específicamente, el MM ve la adicción como *akrasia* moral y dibuja un proceso de internalización de la culpa individual (Flanagan, 2013) y social. En consecuencia, el MM es constructivista porque es el propio adicto quien construye su “patología” y la sociedad determina que esto es así. Porque desde este punto de vista la adicción es un problema de “autogobierno” y cambio en la construcción autonarrativa del individuo en la que este se identifica fuertemente de manera progresiva con algunos

aspectos de su autonarración y que son verificados por otros (la sociedad). Un revisor anónimo me señala, acertadamente, si considerar la adicción como *akrasia* entonces no significaría que algunos estados mentales del adicto están en contra de sus deseos y por tanto en línea con las normas sociales. Entiendo que no tiene por qué ser así.

Si seguimos el análisis frankfurtiano de deseos de primer y segundo orden para caracterizar la *akrasia*, un deseo de primer orden efectivo es aquel que puede resultar en que un individuo consuma una droga. Sin embargo, el individuo o agente puede tener un deseo de segundo orden o volición para desear abstenerse de consumir droga, pero no obstante el deseo de primer orden prevalecer y ganar en su racionalidad práctica. Se da un caso de carácter débil canónico. Pero también se puede dar una situación inversa, donde un individuo o agente tenga un deseo de primer orden de abstenerse de consumir una droga, pero se forme un deseo de segundo orden de querer consumir droga y este último deseo sea el que prevalezca y gane su racionalidad práctica. Ambos deseos de primer y segundo orden son sensibles a la dimensión sociocultural y el contexto. Mediante un determinado arquetipo de autonarrativa el adicto puede ir construyendo su propia patología o visión de qué es ser adicto, que puede ser reforzada y verificada por otros. Por ejemplo, McConell y Snoek (2018) se basan en entrevistas realizadas a personas con adicciones para mostrar cómo la autonarración del propio adicto, construida en parte por la percepción que tiene la sociedad del individuo adicto, puede impedir su autogobierno.

4.2. Discusión

Caracterizo el MM como constructivista moderado en lugar de constructivista radical (Szasz 1961/2008). Las percepciones y deseos de la persona adicta y las percepciones y normas sociales de la comunidad en la que vive el adicto no están alineados. A ojos del grupo o comunidad social, la persona adicta tiene una conducta que se desvía de las normas y costumbres socialmente aceptables. Por tanto, los deseos irrefrenables del adicto se construyen a partir de sus propios valores y estados mentales que difieren de los valores sociales de su comunidad. El problema como he mencionado más arriba es que si el contexto social cambia, lo que se considera adicción también. Recordemos que el tabaco era socialmente aceptado hace unas

décadas y ahora está clasificado como trastorno relacionado con sustancias adictivas. Como consecuencia de estas dinámicas y tendencias sociales en la percepción de lo que es la adicción, la posición constructivista moderada del MM puede radicalizarse. Por consiguiente, entiendo que el MM tiene dos grandes problemas:

- a) ¿Si no hay un criterio de demarcación objetivo de la adicción es posible marginar y medicalizar deliberadamente a grupos minoritarios con la psiquiatría como instrumento o excusa de explotación?
- y
- b) ¿Si el constructivismo se toma demasiado en serio no se puede sobrediagnosticar y “patologizar” lo que de otra forma serían comportamientos comunes?

Sobre “a”, el MM puede incurrir en la “manufactura” o “fabricación” de la adicción. Si todo va a depender de cómo se construye la adicción, o bien por parte de los valores o estados mentales del adicto, o bien a partir de las normas socialmente aceptadas del grupo; se corre el riesgo de medicalizar deliberadamente a grupos minoritarios con la psiquiatría como instrumento de control y poder. La construcción social de la adicción lleva a la marginación de ciertos grupos y esto se ha podido ver a lo largo de la historia. La criminología y sociología han descrito cómo muchas veces se construye socialmente al “criminal” y qué crímenes castigar. Por ejemplo, el mismo tabaco que ha vivido una etapa de aceptación social hasta convertirse en un trastorno relacionado con una sustancia adictiva, en un principio comenzó siendo considerado un signo de oprobio o degeneración moral, especialmente para las mujeres fumadoras. Luego tuvo un tiempo de aceptación social, hasta ahora que de nuevo se considera un trastorno. Y lo mismo se puede decir del té o la cafeína. Esta misma construcción social fluctuante de problema social (o individual) a problema de salud pública, se observa en el estigma por fumar *cannabis* o marihuana de unas décadas a su actual complacencia en su consumo.

El carácter socialmente construido de la adicción, ya sea desde los propios estados mentales o valores del adicto o desde las normas de la sociedad, se percibe muy bien cuando nos damos cuenta que la censura moral y social se ve influenciada en función del estatus socioeconómico del consumidor

de drogas. No se percibe igual fumar unos “porros” en una fiesta de empresa que en el parque de un barrio vestido en chándal. Como tampoco es igual observar y entender que ciertas personas con un amplio capital social pueden hacer frente mejor a un uso dependiente de sustancias frente a otras personas en situación de vulnerabilidad o pobreza. Las primeras podrán, seguro, pagarse tratamientos innovadores mientras que las últimas pueden caer fácilmente en un círculo vicioso donde el uso de drogas es una forma de *escapismo* o “analgésico emocional” para sobrellevar su dura situación.

Si aceptamos el MM no sabríamos determinar si la adicción es un trastorno mental. Tampoco impedir una inflación diagnóstica de conductas comunes como patologías (cuestión “b”).

5. DISCUSIÓN GENERAL Y EL MODELO SITUADO (MS) COMO ALTERNATIVA

El modelo situado (MS) que quiero presentar parte de la explicación mecanicista, pero integradora, descrita en la sección 2.1. De aplicar o extender la explicación mecanicista a la psiquiatría y en concreto a la nosología psiquiátrica se deduce que múltiples trastornos psiquiátricos son heterogéneos y no es posible identificar un único mecanismo responsable que cuando se altera resulta en un trastorno mental. Desde esta perspectiva, la adicción se puede explicar desde diferentes niveles. No solamente desde el nivel “micro”, favorecido por el MDCA, o solamente desde el nivel social, favorecido por el MM. Si el peso epistémico de un nivel no es relevante para entender la condición de la adicción se pasará a considerar otro nivel y así sucesivamente hasta identificar qué nivel es merecedor de intervención. Por ejemplo, Heyman (2009, p. 63) describe la experiencia de William Burroughs que cuando su familia rehusó a seguir sosteniéndole financieramente, y sin querer trabajar en un trabajo ordinario, se salió de las drogas. En este caso concreto el nivel de análisis que primaba para entender la adicción del conocido novelista era el social.

El MS entiende que el agente se sitúa en una relación interactiva con su entorno. Siguiendo una tradición ecológica-enactiva (Clark, 2013), el cerebro/cuerpo del agente se sitúa en un entorno que le ofrece estímulos (sustancias adictivas, por ejemplo) y como estos estímulos refuerzan el aprendizaje del agente (las sustancias adictivas son

placenteras, por ejemplo) le llevan a formarse un hábito muy poderoso que le conduce a repetir de manera compulsiva la búsqueda de dichos estímulos hasta hacerse parte de su identidad. De hecho, desde una tradición ecológica-enactiva existen intentos de dar cuenta de la adicción mediante un aprendizaje anómalo en el que no hay una estimación precisa de las predicciones del agente (Miller, Kiverstein y Rietveld, 2020). Es decir, el cerebro del agente está constantemente actualizando un modelo del entorno codeterminado por sus acciones y sentimientos, pero que están desorganizados porque no predice correctamente que no solo los estímulos recompensantes de las drogas son las únicas alternativas u oportunidades que importan del entorno. Wakefield (2020), apoyándose en el punto de vista del “secuestro” evolutivo, también propone que la adicción es el resultado de una sobreexposición a estímulos que no estaban presentes en el entorno evolutivo ancestral y que han cooptado ciertas áreas del cerebro humano asociadas con la motivación humana, creando deseos perentorios.

La caracterización de la adicción de Zautra (2015) –adicción entendida como “un deseo fuerte y habitual que reduce significativamente el control y conduce a un daño significativo” (Sinnot-Armstrong y Pickard, 2013) y que no difiere sustancialmente de la que se ha ofrecido aquí– se encuentra también en consonancia con el MS. Para Zautra (2015, p. 1024) la adicción resulta de una diferencia en la encarnación: entre el cuerpo como estructura experiencial y vivida y el cuerpo como medio o contexto de mecanismos cognitivos. Zautra (2015 p. 1026) ve los procesos adictivos como “interacciones encarnadas y dinámicas”.

Pero a diferencia de una posición ecológica-enactiva o corporizada *stricto sensu*, el MS sostiene que podemos mantener una perspectiva del agente situado en el mundo (sistema dinámico cerebro-cuerpo-entorno) y al mismo tiempo optar por una explicación mecanicista, nivel “micro”, del cerebro. Dicho con otras palabras, mientras que la posición ecológica-enactiva o corporizada defiende un agente en interacción con su entorno codeterminado por sus acciones y experiencias somáticas, el MS no promueve un antirreduccionismo, anticognitivismo o antiinternalismo en la explicación. Un revisor de manera acertada me traslada la siguiente pregunta: ¿Puede tenerse una explicación compleja reduccionista que incluya la relación con el entorno? Aparentemente aplicar un

modelo mecanicista heterárquico para explicar un fenómeno como la adicción heterogéneo y holístico es incongruente. Pero no resulta incongruente cuando nos damos cuenta de la diferencia entre, por un lado, *estructura* y, por el otro lado, *control*.

La *estructura* es la realización de los mecanismos en redes heterárquicas y su dimensión holística que engloba al agente o sujeto adicto en interacción con el entorno. Respecto del *control* o la posibilidad de intervenir con terapia o tratamiento, es necesario precisar e identificar el mecanismo, o la parte del mecanismo, que es susceptible de relación causal directa con la conducta del agente o sujeto adicto. Es decir, sabemos que la adicción es un fenómeno holístico, también sabemos que la explicación de la adicción encierra atender a múltiples mecanismos cuya estructura es multinivel y heterárquica; pero si se quiere tratar e intervenir la adicción hay que identificar un mecanismo diana concreto. La metáfora de vehículo a motor creo que es útil aquí. Un vehículo a motor se puede descomponer en múltiples partes o mecanismos. Tener la lista completa de las partes del vehículo no te dice nada acerca de cómo funciona el vehículo. Imagina que te dan una bolsa con todas las partes del vehículo. ¡Estás perdido! Necesitas saber cómo cada parte interactúa con otras partes. Pero cuando hay un problema, una avería, normalmente es solo una, o varias partes, la que está averiada, no el todo (incluida la carretera). Para arreglar el vehículo tienes que intervenir, controlar, esa única parte. No obstante, ninguna de las partes de manera aislada, incluido el entorno (la carretera), explica por completo cómo funciona un vehículo a motor. Tienes que tener en cuenta el todo (incluida la carretera). Lo mismo sucede con el fenómeno de la adicción, *mutatis mutandis*.

La perspectiva de la psiquiatría enactiva que ofrece Sanneke de Haan puede simpatizar con el MS. Sanneke de Haan utiliza la metáfora de cómo hacer un pastel para intentar dar solución al problema de la articulación de los múltiples factores y diversos mecanismos que dan lugar a los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, De Haan (2020, p. 85, *traducción mía*), dice:

Lo importante, para derrotar al dualismo, es resistirse a pensar en la causalidad de los procesos fisiológicos y experienciales en términos lineales y como un evento de dos lugares. La causalidad implicada es más

bien de tipo mereológico, constitucional u organizativo... Piensa en la causalidad implicada en la elaboración de un pastel. Un pastel está hecho con varios ingredientes que, además, se influyen mutuamente. La cantidad de azúcar, por ejemplo, no solo afectará al dulzor general del pastel, sino que también afecta a la levadura y, por tanto, a la estructura del bizcocho. Añadir un huevo más a la masa afectará al bizcocho y, por lo tanto, al pastel en su conjunto... Añadir azúcar es una influencia local a global, pero también puede haber influencias a la inversa. Consideremos la temperatura del bizcocho en su conjunto: Ponerlo en la nevera tendrá un efecto diferente que ponerlo en el horno. De nuevo, cuando queremos describir este efecto, esta relación entre el todo y sus partes, vemos que sería un error invocar cualquier noción lineal de causalidad entre ellas. La influencia de los procesos fisiológicos en los procesos experienciales es una influencia de local a global (como la cantidad de azúcar que cambia el sabor del pastel), mientras que la influencia de los procesos experienciales en los fisiológicos es un efecto de global a local (como el efecto de la temperatura del horno en el estado general del pastel, incluidos sus ingredientes).

Siguiendo a De Haan (2020, p. 250) y promoviendo el holismo-heterárquico-multinivel del MS, la adicción como sistema complejo “puede agitarse de muchas maneras”.

Por otra parte, el MS resuelve las aporías del MDCA y el MM.

Aporías del MDCA:

- ¿Por qué no todas las personas tienen un uso dependiente de sustancias?
- ¿Si existe una causa biomédica de la adicción por qué se culpabiliza y estigmatiza moralmente al adicto?

El MS responde a la cuestión “a”:

- El MS señala que el fenotipo de la adicción es la combinación entre genes y entorno. Nuestro limitado entendimiento de la neurobiología del cerebro y a su vez la complejidad de las interacciones entre agente y entorno en las que median procesos institucionales y culturales;

obscurece conocer por qué unos llegan a ser dependientes de sustancias y otros no. No obstante, la teoría de la complejidad y ciencia de redes nos están permitiendo crear un nuevo marco para entender mejor a los agentes y sus entornos (Barabasi, 2005).

De la cuestión “b”:

- El MS enfatiza el desconocimiento y la falta de sensibilidad de la sociedad en su conjunto ante un problema como la adicción que requiere tanto de medidas de intervención en políticas sociales como de tratamientos biomédicos.

Aporías del MM:

- ¿Si no hay un criterio de demarcación objetivo de la adicción es posible marginar y medicalizar deliberadamente a grupos minoritarios con la psiquiatría como instrumento o excusa de explotación?
- ¿Si el constructivismo se toma demasiado en serio no se puede sobrediagnosticar y “patologizar” lo que de otra forma serían comportamientos comunes?

El MS responde a la cuestión “a”:

- El MS no niega la existencia de un criterio de demarcación objetivo de las patologías y en concreto de la adicción. Para el MS, la cuestión “a” es una cuestión mal planteada que se resuelve fácilmente. Problemas de dependencia a sustancias existen *de facto*. Simplemente es mirar las estadísticas de personas que por un uso dependiente de sustancias tienen problemas en sus vidas diarias. Ahora bien, de lo que se trata ahora es de encontrar un modelo que explique mejor la existencia de conductas y procesos adictivos y no aluda a la arbitrariedad y medicalización internacional.

De la cuestión “b”:

- Para la cuestión “b”, el MS no tiene una respuesta fácil. El fenómeno de los cambios semánticos y la “dilatación”, “inflación diagnóstica” de las categorías médicas o “promoción de las enfermedades”; muchas veces ocurre por

una alteración en la extensión semántica de los conceptos. Por ejemplo, Haslam (2016) muestra cómo hay una inflación diagnóstica de los trastornos mentales en el eje vertical (se incluyen fenómenos cuantitativamente menos severos) y en el eje horizontal (se incluyen fenómenos cualitativamente nuevos) que siguen en algunas ocasiones premisas morales, políticas o sociales. Precisamente, para el caso de la adicción, esta categoría o concepto psiquiátrico se ha expandido de una descripción de dependencia fisiológica ante la ingesta de una sustancia, hacia compulsión psicológica o pérdida de control de la conducta ante los juegos (videojuegos, también), compras (*shopping*), etcétera.

Quizá lo más importante de todo es que el MS se sitúa alineado con la despenalización del consumo de drogas y en contra de las actitudes negativas que la sociedad y el público tiene acerca de ellas. La criminalización del consumo de drogas hunde sus raíces en la discriminación racial, marginalización de comunidades y minorías étnicas etc. (Earp, Lewis, Hart *et al.*, 2021).

El MDCA puede causar, en ciertas situaciones, una percepción social contraria a la que el modelo promulga explícitamente. El MDCA fue inicialmente promulgado con el objetivo de neutralizar el estigma moral de los adictos, sin embargo, como hemos visto más arriba, la percepción social respecto de la adicción tiende más hacia la estigmatización tras la exposición a las premisas del MDCA (Pescosolido *et al.*, 2010). Pero, como bien ha señalado un revisor anónimo, si el MDCA puede provocar una percepción social de la adicción contraria a la que intenta promulgar, y esto invalida (o implica una aporía interna), entonces, ¿cómo se puede afirmar que el MS no causa tal percepción social? En primer lugar, hay que señalar que el MS reconoce la existencia de una pluralidad de factores detrás de los trastornos psiquiátricos, incluidas las adicciones. Para el MS en dicha pluralidad de factores que pueden causar una adicción se encuentran experiencias traumáticas, neurotransmisores disfuncionales, preocupaciones existenciales, problemas económicos, mala suerte genética..., etc. La aproximación del MS al fenómeno de la adicción es holística y conlleva entender también que su explicación necesita atender a múltiples mecanismos cuya estructura es multinivel y heterárquica.

Quizá lo más importante es que el MS simpatiza con algunas premisas y tesis de la psiquiatría enactiva (de Haan, 2020, 2020b) al entender que muchos trastornos psiquiátricos se pueden entender como problemas de producción de sentido (*sense-making*), donde la *situación* en la que se produce el sentido es clave. Esto significa tener en cuenta la dimensión sociocultural para explicar la adicción y las prácticas de intervención terapéutica desde el principio. Si se tiene en cuenta la dimensión sociocultural, la situación y la producción de sentido (*sense-making*) en un mundo socialmente compartido no se está cayendo en el error de creer que la adicción es un constructo social (como puede creer el MM), ni tampoco en que es un evento biológico anómalo (como puede creer el MDCA), sino todo lo contrario. Se está disolviendo la dicotomía biología (MDCA) vs. cultura (MM) para abrazar la idea de que existe una codeterminación e interdependencia compleja, multinivel y heterárquica entre la fisiología, la situación, dimensión sociocultural y la producción de sentido.

De este complejo sistema de interdependencias persona-mundo (fisiología-situación-sociocultura-producción de sentido) se aprende a no sobreestimar las causas que originan un trastorno psiquiátrico como la adicción, y tener en cuenta otros muchos factores que continúan manteniendo a alguien en un estado de adicción. Uno de estos factores es la percepción social y estigma que conferimos o atribuimos al adicto. Perder el trabajo puede llevarle a uno al alcoholismo y consumo de drogas, pero estar apartado y en una situación de ostracismo porque la sociedad te margina y te percibe negativamente, pueden contribuir a que sigas consumiendo sustancias que te perjudican física y socialmente. El MS al entender que la producción de sentido es compleja y ofrecer un modelo holístico de la adicción que da cuenta de cómo la fisiología, la psicología y los procesos sociales se relacionan entre sí para dar lugar a la adicción dirige a reducir y evitar el estigma. “Nadie nace adicto, pero tampoco se hace adicto, es mucho más complejo”, podría ser el adagio del MS de la adicción.

6. CONCLUSIÓN

En este artículo, he analizado la posición naturalista (MDCA) y constructivista (MM) de la adicción. He descrito la postura naturalista que considera las enfermedades mentales, incluida la adicción, como “clases naturales” (MDCA) y la

postura constructivista social que presupone varias actitudes hacia la adicción –valores sociales que determinan nuestras ideas y creencias acerca de la adicción (MM)–. Ninguna de estas posiciones ofrece una explicación completa y coherente de la adicción. Partiendo de una explicación mecanicista,

pero integradora (multinivel), he dibujado los criterios para un modelo situado del agente en su entorno (MS) que permite un equilibrio entre los aspectos sociales, axiológicos y biomédicos sin sobrerrepresentar –ni minusvalorar– ninguno de ellos para explicar la adicción.

REFERENCIAS

- ASAM (2019). American Society of Addiction Medicine. Definition of addiction. Recuperado de [https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2)
- Barabasi, A. (2005). Taming complexity *Nature Physics*, 1, pp. 68-70.
- Bechtel, W. (2020). Rethinking psychiatric disorders in terms of heterarchical networks of control mechanisms". En K. Kendler, J. Parnas y P. Zachar (Eds.), *Levels of Analysis in Psychopathology*, pp. 24-47 Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G. y Porter, R. (2012). *Una Historia de la Psiquiatría Clínica*. Madrid. Triacastela.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy of Public Affairs*, 5, pp. 49-68.
- Borrel-Carrió, F. et al. (2004). The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry". *Ann Fam Med*, 2, 567-582.
- Churchland, P. S. (2002). *Brain-Wise: Studies in Neurophilosophy*. Cam. Mass. MIT Press.
- Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science *Behavioral and Brain Sciences*, 36, 3, 181-204.
- Cohen, E. et al. (2007). Alcohol treatment utilization: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*, 86, 214-2.
- Craver, C. (2007). *Explaining the Brain: Mechanisms and the Mosaic Unity of Neuroscience*. Oxford. Oxford University Press.
- Crawford, J. y Heather, N. (1987). Public attitudes to the disease concept of alcoholism. *International Journal of the Addictions*, 22: 1129-1138.
- Degenhardt, L. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 9904. 564-1574.
- de Haan, S. (2020). *Enactive Psychiatry*. Cambridge University Press.
- de Haan, S. (2020b). An Enactive Approach to Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27, 1, 3-25.
- Earp, B.; Lewis, J.; Hart, C. & with Bioethicists and Allied Professionals for Drug Policy Reform (2021). Racial Justice Requires Ending the War on Drugs, *The American Journal of Bioethics*, 21: 4, 4-19.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp. 129-136.
- Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 1-11.
- Foucault, M. (1963/2012). *El Nacimiento de la Clínica*. México. Siglo XXI Editores.
- Frankfurt, H. (1988a). Freedom of the will and the concept of a person. En *The Importance of What We Care About. Philosophical Essays*, pp. 11-25. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hacking, I. (1991). A tradition of natural kinds. *Philosophical Studies*, 61 (1-2), 109-126.
- Hart, C. (2017). Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nat Hum Behav*, 1, 0055.
- Haslam, N. (2016). Looping effects and the expanding concept of mental disorder. *Journal of Psychopathology*, 22 (1), 4.
- Heather, N. (2017). Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10 (1): 115-124.
- Heim, D. (2014). Addiction: not just brain malfunction (Letter). *Nature*, 507, pp. 40.
- Heyman, G. (2009). *Addiction: A Disorder of Choice*. Cam. Mass. Harvard University Press.
- Heyman, G. (2013). Addiction and choice: theory and new data. *Front Psychiatry*, 4, 31.
- Huertas, R. (2014). *La Locura*. Madrid. Catarata.
- Humphreys, K. (2015). Addiction treatment professionals are not the gatekeepers of recovery. *Subst Use Misuse*, 50, 1024-7.
- IHME (2017). Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results". Seattle, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Kandel, E. (2005). *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. Washington. American Psychiatric Publishing.
- Koob, G. (1992). Neural mechanisms of drug reinforcement. *Ann N Y Acad Sci*, 654, 171-191.
- Koob, G. y Volkow, N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3 (8), pp. 760-773.
- Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-7.
- López-Quintero, C. et al. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction*, 106, 657-69.
- Lüscher, C. (2013). Drug-evoked synaptic plasticity causing addictive behavior. *J. Neurosci*, 33, 45, pp. 7641-17646.
- McConnell, D. y Snoek, A. (2018). The importance of self-narration in the recovery from addiction. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 25, 3, E-31-E-44.
- McLellan, A. T. et al. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 1689-95.
- Merikangas, K.R., Avenevoli, S. (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addict Behav*, 25 (6): 807-2.
- Meurk, C. et al. (2014). How is acceptance of the brain disease model of addiction related to Australians' attitudes towards addicted individuals and treatments for addiction? *BMC Psychiatry*, 14, 373.
- Monasterio Astobiza, A. (2004). Análisis filosófico de las ilusiones psicopatológicas. *Arbor*, 179 (705), 193-211.
- Miller, M.; Kiverstein, J. y Rietveld, E. (2020). Embodying addiction: A predictive processing account. *Brain and Cognition*, 138, 105495.

- Mulford, H. y Miller, D. (1964). Measuring public acceptance of the alcoholic as a sick person. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30: 953-956.
- Okasha, A. y Okasha, T. (2000). Notes on mental disorders in Pharaonic Egypt. *History of Psychiatry*. 1(44), pp. 413-424.
- Pescosolido, B. A. *et al.* (2010). A disease like anyother? A decade of change in public reactions to schizo-phrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (11), 1321-1330.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. Madrid. Tecnos.
- Satel, S. y Lilienfeld, S. (2013). Addiction and the brain-disease fallacy. *Front Psychiatry*, 2013; 4, 141.
- Segvic, H. (2000). No one errs willingly: The meaning of Socratic intellectual-ism. En David Sedley (ed), *Oxford Studies in Ancient Philosophy XIX*. pp. 1-45. Oxford: Clarendon.
- Sinnott-Armstrong, W. y Pickard, H. (2013). What Is Addiction? En K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard Gipps, GeorgeGraham, John Sadler, Giovanni Stanghellini, y Tim Thornton (eds), *Oxford Handbook of Philosophy of Psychiatry*, pp. 851-64. Oxford: OxfordUniversity Press.
- Shiner, M. y Woodstock, A. (2015). Drug use and social control: the negotiation of moral ambivalence. *Social Science & Medicine*, 138: 248-256.
- Schulte, M. *et al.* (2014). Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clin Psychol Rev.*, 34 (7): 531-50.
- Szasz, T. (1961/2008). *El Mito de la Enfermedad Mental*. Madrid. Amorrortu.
- Vogt, K.M. (2013). Plato on Madness and the Good Life. En William Harris (ed), *Mental Disorders in the Classical World*. Leiden. Brill, pp. 177-192.
- World Health Organization (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wakefield, J. (2020). Addiction from the harmful dysfunction perspective: How there can be a mental disorder in a normal brain. *Behavioural Brain Research*, 389, 112665.
- Zautra, N. (2015). Embodiment, interaction, and experience: Toward a comprehensive model in addiction science. *Philosophy of Science*, 82, 1023-103.

NOTAS

1 Por clase natural se entiende una colección de cosas que comparten ciertas propiedades entre sí, pero que se diferencian de otras. De acuerdo con Hacking (1991), las clases naturales se dan en la naturaleza y son independientes de nuestra cognición. Entre sus características, una clase natural es *independiente* (es un hecho del mundo natural y no de nuestra psicología), es *definible* (porque podemos caracterizarla) y es *útil* (porque ha jugado o juega un rol en nuestro conocimiento humano –aunque el avance de la ciencia y la tecnología ha reducido las clases naturales–).

2 Respecto de este punto un revisor anónimo me insta a aclarar mejor esta idea. Considero que es difícil desprenderse de un componente evaluativo, a saber, una cierta “moralidad” o carga axiológica subyacente en las decisiones de clasificación dentro de los instrumentos nosológicos de la psiquiatría. La historia de las clasificaciones e instrumentos de medición y diagnóstico nos muestra que las categorizaciones van más allá de una supuesta neutralidad científica y tienen componentes éticos, morales, ideológicos, económicos, políticos... implícitos o explícitos. Los casos históricos de la drapetomanía, disestesia etiópica, homosexualidad, tabaco, etc., considerados trastornos en un momento determinado y finalmente no –incluso volviendo a ser considerados como trastornos como es el caso del tabaquismo– así lo ponen de manifiesto.

3 Es importante señalar, como me ha reconocido un revisor anónimo, que el atomismo o seguir la estrategia reduccionista no hace a un modelo ser naturalista. Mejor dicho, como también me ha señalado otro revisor anónimo, el atomismo no es la única forma de ser naturalista y tampoco garantiza llegar a un modelo naturalista. El “organicismo” es naturalista sin buscar descomponer sistemas en sus partes con límites bien definidos.

4 Es cierto que varios proponentes del MDCA reconocen la interacción entre factores biológicos y ambientales para dar cuenta de la adicción. No obstante, el MDCA ofrece una definición de adicción que de manera muy marcada es neurocentrista. La definición que se presenta aquí expande y completa la definición ofrecida por Volkow porque asume desde el principio la complejidad de la adicción. Véase, Satel y Lilinfield (2013) para dar cuenta del excesivo neurocentrismo del MDCA. El MDCA implica que el cerebro es el nivel de análisis más importante y útil para entender y tratar la adicción.