

LA CONDUCTA ADICTIVA, UN TRASTORNO DE INHABILITACIÓN MENTAL

ADDICTIVE BEHAVIOR, A MENTAL INHABILITATION DISORDER

Luis Eduardo Sandí Esquivel*
Hilda Castillo Araya**

RESUMEN

Para la sociedad en general, y particularmente para el sistema de salud, en la percepción de la conducta adictiva ha primado el estigma, la discriminación, el rechazo, la agresión y el abandono, producto de la incompreensión sustentada en la enorme brecha entre el conocimiento científico, además del acercamiento basado en prejuicios y falta de información. El objetivo del presente artículo es sustentar, a partir de la experiencia clínica y el conocimiento científico, las bases clínicas y científicas de la conducta adictiva. Para tal fin se hace un estudio pormenorizado de la evidencia científica que se conjuga con una extensa experiencia clínica. La evidencia demuestra contundentemente que el trastorno adictivo compromete, de manera significativa, múltiples circuitos cerebrales que alteran el funcionamiento cerebral.

PALABRAS CLAVE: ADICCIÓN * DROGAS * ENFERMEDAD * INCAPACIDAD * DISCRIMINACIÓN

ABSTRACT

As a result of misconceptions in scientific knowledge —as well as an approach based on prejudice and insufficient information— stigma, discrimination, rejection, aggression and abandonment have prevailed in the understanding of addictive behaviors in society— particularly in the health system. The aim of this article is to confirm the clinical and scientific bases behind addictive behaviors founded on clinical experience and scientific knowledge. For this purpose, a detailed scientific study was put together on the basis of an extensive clinical experience. The evidence compiled firmly shows that addictive disorders considerably compromise multiple neural circuits responsible for functions of the brain.

KEYWORDS: ADDICTION * DRUGS * DISEASE * DISABILITY * DISCRIMINATION

* Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.
lsandi@iafa.go.cr

** Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.
hcastillo@iafa.go.cr

INTRODUCCIÓN

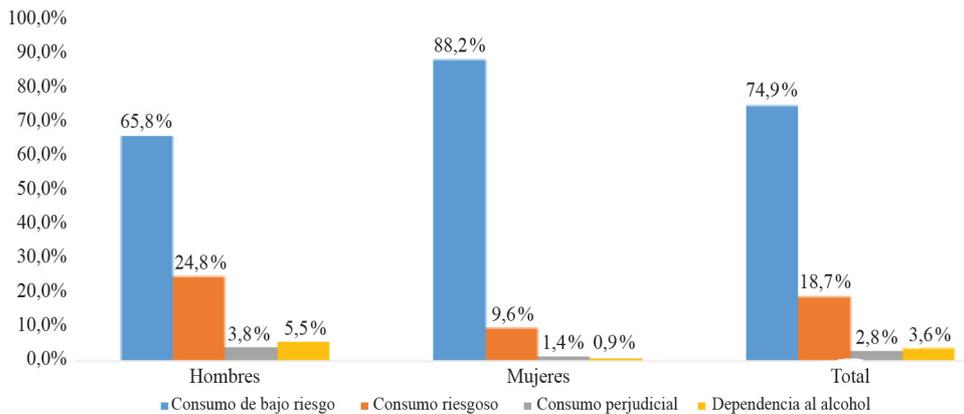
El consumo de drogas lícitas e ilícitas constituye un significativo problema de salud pública con enormes implicaciones para los consumidores y los no consumidores, especialmente, en el entorno familiar y laboral. Sin embargo, en el espectro del consumo de sustancias, las variaciones y las implicaciones de esa conducta son muy diferentes. En el estudio nacional sobre el consumo de drogas realizado en el año 2015 por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en la población domiciliaria de 12 a 70 años, se encontró que, en los últimos 30 días, lo que se considera consumo activo, es decir, consumo de alcohol, tenía un promedio de 27,9% (34,9% en hombres y 20,7% en mujeres), con las mayores prevalencias en la población de 20 a 29 años. Además, se señaló que el consumo de marihuana fue de un 3,2%, el de cocaína un 0,4% y el de crack un 0,2%.

El Informe Mundial sobre la Situación de Salud y Alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2014, reporta que el consumo per cápita de alcohol en Costa Rica fue de 5,4%, mucho más bajo que el promedio en las Américas 8,4%, sin embargo, se reporta un 14,8% de consumo excesivo episódico o consumo nocivo (al menos cinco tragos en una sentada en las últimas cuatro semanas), que es lo que más está asociado a las consecuencias dañinas del consumo del alcohol (OMS, 2014). En el último estudio nacional del 2018 realizado en la población adolescente escolarizada, se encontró un consumo de alcohol en el 27% de los estudiantes en los últimos 30 días, de estos, el 55% refirió un consumo excesivo episódico, asimismo, la edad promedio de consumo de primera vez fue a los 12 años (IAFA 2018). En cuanto al consumo de marihuana se encontró que un 3% había consumido en el último mes (1,9% para mujeres y un 4,1% para hombres) y la edad de primer consumo promedio fue a los 14 años.

Según datos de la Oficina Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2019), existe consistente evidencia de que no hay un consumo no dañino de cualquier sustancia psicoactiva, un cigarrillo de tabaco hace daño y un paquete hace mucho más daño. Con el alcohol es similar, no hay una dosis de alcohol no dañina, cualquier consumo se asocia a daño y la relación es dosis respuesta, sobre todo para el riesgo de cáncer (Louisa, 2018). Sin embargo, hay que considerar que el impacto del daño está relacionado no solo con las características propias de la sustancia, sino que en las magnitudes de su efecto entran en juego una multiplicidad de factores que determinan la calidad de vida de la persona. Lo que está claro es que el consumo abusivo de cualquier droga y el trastorno adictivo tienen serias repercusiones en todas las áreas de vida del consumidor.

En un análisis de las características de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses, utilizando el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Bradley et al., 2003; Thomas et al., 2001), se encontró, significativas variaciones como se muestra en la figura 1 (IAFA, 2015). Si bien, una proporción significativa (63,3%) de personas refirieron haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, son pocas las que tienen un consumo que pone en riesgo su bienestar integral. De los consumidores de los últimos doce meses (41,6%), solamente un 3,6 % refirieron haber desarrollado un trastorno por el consumo de alcohol. De igual manera, se ha determinado internacionalmente que en promedio solo 1 de cada 10 personas que consume drogas ilícitas desarrolla un trastorno por el consumo de sustancias, es decir, que la gran mayoría de las personas que tiene contacto con las drogas, no desarrollan problemas severos, lo cual no significa que no se encuentren expuestas a algún tipo de riesgo (Volkow et al., 2016).

FIGURA 1
ZONAS DE RIESGO DE AUDIT, EN CONSUMIDORES DE ALCOHOL
ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS
COSTA RICA, 2015



Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Base de datos de encuesta de hogares 2015. IAFA.

CONDUCTA ADICTIVA

En el curso del consumo de drogas psicoactivas, por ejemplo, quienes refirieron consumo de alcohol en el último año, una proporción significativa de personas, aproximadamente el 75%, no tuvo mayores repercusiones, lo que se considera un consumo moderado, otro grupo más pequeño, el 18,7%, tuvo un consumo de potencial riesgo, es decir, que no tiene consecuencias ostensibles, pero puede llegar a tenerlas, un 2,8%, refirió un consumo perjudicial, que hace referencia a consecuencias en su salud o en su funcionamiento personal, familiar o social, y solo el 3,5% de los que refirieron haber consumido en el último años desarrollaron la enfermedad alcohólica. La gran mayoría de los consumidores no refieren problemas con su conducta de consumo, y solo uno pocos llegan a desarrollar la enfermedad alcohólica o la conducta adictiva (IAFA, 2015).

El síntoma capital de la dependencia física es el síndrome de supresión física, lo cual significa que al disminuir la cantidad de la sustancia en sangre o suspenderla abruptamente afloran una gran variedad de síntomas físicos que indican un sufrimiento corporal

como respuesta del sistema fisiológico que se ha habituado a funcionar con el consumo regular de la sustancia. El café, el cigarrillo, los medicamentos benzodiacepínicos para la ansiedad (diazepan, lorazepan), los opiodes para el dolor (tramal, codeína, morfina), son ejemplos muy claros de sustancias que provocan dependencia física, se consumen regularmente para mantener niveles constantes de la droga en sangre de manera que no surgan los síntomas supresivos, que, por lo general, tal grado de sufrimiento emocional y físico obliga al reinicio del consumo para aplacar el malestar. Dependiendo de la duración de la droga en sangre, la persona regula su consumo para evitar la disminución al punto que produzca un malestar físico, asociado con complejas manifestaciones emocionales. El ejemplo más sencillo y frecuente es el tabaco, la nicotina dura hora y media en sangre por lo que el fumador se asegura su provisión de nicotina al menos cada hora y media a dos horas en un intento de no padecer las consecuencias de la supresión. En la mayoría de las drogas, lo que mantiene su consumo en el largo plazo no es el placer de consumir, sino la imperiosa necesidad de no padecer la supresión física, lo cual tampoco desmerece la

gran variedad de condicionamientos psicológicos y sociales apareados a este comportamiento (ASAM, 2020; Lin y Saitz, 2021; OPS/OMS, 2019).

Situación totalmente diferente es la conducta adictiva donde el síntoma capital, patognomónico es la pérdida de control, lo cual es una expresión conductual de la incapacidad del cerebro para controlar su comportamiento, los impulsos se expresan sin que medie un proceso de modulación. Por condiciones genéticas, afectación en el neurodesarrollo, experiencias traumáticas personales, complicaciones emocionales, disfuncionalidades familiares y sociales, se establecen condiciones propicias que aumentan el riesgo de consumo, así como, la posibilidad de perpetuar el consumo por largo tiempo, y en algunas ocasiones, con alta frecuencia o en gran cantidad. También podría suceder que las vulnerabilidades para el consumo pueden permanecer dormidas por mucho tiempo hasta que se den las condiciones personales y ambientales para disparar el inicio del consumo y la progresión a un trastorno adictivo, como por ejemplo, un evento psicológico traumático o una situación ambiental propicia para el consumo. Todas las condiciones previas se constituyen a manera de cerradura que necesita de una llave para abrirla, alguna circunstancia personal o ambiental intensa capaz de activar el proceso en cualquier momento de la vida. (Hernández et ál, 2012). Una vez que la droga irrumpe en el cerebro, así como, las condiciones personales y ambientales facilitan el consumo repetitivo o persistente, múltiples circuitos cerebrales relacionados con la motivación, el placer, el aprendizaje, la memoria, la toma de decisiones y el control de los impulsos son afectados de manera significativa para producir su desregulación y afectar el funcionamiento cerebral.

Los principales circuitos cerebrales afectados se relacionan con el placer, el funcionamiento cognitivo ejecutivo y los sistemas del estrés. Los circuitos del placer están ubicados profundamente en el cerebro medio. El cerebro medio o cerebro límbico y el cerebro reptiliano son filogenéticamente las estructuras cerebrales más primitivas, las cuales compartimos con el reino animal para la regulación de funciones

vitales esenciales para la sobrevivencia de la especie. El área límbica o emocional, se relaciona con conductas instintivas esenciales como comer, beber, sexo y todas las experiencias asociadas al refuerzo positivo. Toda experiencia de placer o positiva activa los circuitos de recompensa provocando la liberación de dopamina para hacer de esa experiencia un acontecimiento relevante, que amerita ser repetido como mecanismo básico para perpetuar la especie.

Las drogas desafortunadamente activan los mismos circuitos, solo que en proporciones aumentadas, lo que hace de esa experiencia, desde lo químico y lo emocional, un acontecimiento al que se da una atribución de relevancia muy alta. En virtud de la sobreexcitación suprafisiológica de las sustancias neuroquímicas relacionadas con el placer, la experiencia adquiere una relevancia única que no es competitiva con los placeres convencionales. Esta toxicidad hedónica conlleva a la anulación de las actividades y los refuerzos otrora gratificantes para quedar enganchado de manera patológica al consumo de la droga como un mecanismo químico directo para sentirse bien (Koob y Volkow, 2016; Dichara, 1999).

Los circuitos del placer tienen proyecciones con la corteza prefrontal, que es el área más desarrollada del cerebro encargada de las funciones ejecutivas superiores, como control de impulsos, toma de decisiones, regulación del comportamiento, motivación, memoria y aprendizaje. Las actividades instintivas primarias de las estructuras límbicas son reguladas por la corteza prefrontal a través de conexiones dopaminérgicas y glutamatérgicas para ajustarlas a las necesidades del sujeto de acuerdo con un discernimiento de lo que es más conveniente. Sin embargo, con el consumo crónico, la hiperactivación prolongada e intensa termina dañando estos circuitos de manera significativa lo que se traduce en un deterioro de las funciones cognitivas ejecutivas.

La desregulación de los circuitos de la corteza prefrontal se expresa en la persona con un trastorno adictivo en una inusual incapacidad de discernir lo más apropiado para él u otros. El daño neurobiológico en los circuitos se expresa cómo pérdida del control, una vez que

se activan los circuitos del placer en áreas profundas del cerebro en el sistema mesolímbico se desata un irreprimible deseo por consumir, todo el funcionamiento cerebral está mediado por la necesidad imperiosa de consumir (robotización de la conducta), y los mecanismos corticales no son incapaces de frenar o controlar la conducta. Los sistemas normales de control, regulación, modulación capaz de adecuar la conducta a las necesidades inmediatas están dañados, la conducta de búsqueda de la droga prima en todo el funcionamiento cerebral, ajena a todas las demás necesidades, valores o exigencias (Volkow y Bayle, 2018; Collen et al., 2014). Otro mecanismo adaptativo, harto complejo y en estrecha conexión con los sistemas del placer y de control cortical, es el que se desarrolla en un intento del cerebro para adaptarse o compensar la excesiva inestabilidad que produce la droga, el cual consiste en la activación de un sistema de antirecompensa. Por un lado, el sistema dopaminérgico frontal, en un intento neuroadaptativo, se apaga para lidiar con la hiperexcitación, lo cual conlleva a un estado de hipofuncionalidad cortical donde la actividad neuroquímica frontal disminuye de manera significativa, situación que promueve, a la vez, el consumo permanente y mayor por el aumento en el umbral del placer. Y, por otro lado, la estimulación hiperfisiológica persistente o muy intensa constituye un estado que sobrepasa con creces la capacidad de funcionamiento cerebral, por lo que necesita activar mecanismos neuroadaptativos o contrarios a la hiperexcitación para regular el funcionamiento cerebral, lo cual se conoce como la antirecompensa. Este sistema lo que hace es compensatoriamente hiperactivar tres sistemas de estrés mediados por el factor liberador de corticotrofina (FLC), noradrenalina y endorfinas, en un intento de amortiguar el tsunami químico provocado por las drogas.

Este ajuste adaptativo permite que personas con consumos desbordados como cien piedras de crack o con alcoholemias de 250 mgr por 100 cc de sangre, no estén en psicosis o coma. Este mecanismo se desarrolla lentamente y de manera progresiva en el tiempo por medio de una desregulación progresiva de los mecanismos

neuroquímicos normales que regulan la conducta (Grimm et al., 2001; Uhl, Koob y Mclellan, 2019; Felstein, 2008; Hyman, 2007).

Cuando la persona cesa consumo se enfrenta a una compleja situación de malestar emocional mediado por tres mecanismos neurobiológicos: el aumento del umbral del placer, el apagamiento de los circuitos dopaminérgicos corticales que provocan un decaimiento significativo de la función cerebral y la hiperactivación de los circuitos del estrés; así como, una multiplicidad de factores emocionales, sociales y ambientales asociados a las complicaciones del consumo o la expresión de la psicopatología de base. Todo esto resulta en un estado de malestar emocional caracterizado por ansiedad, disforia, irritabilidad, depresión, anhedonia, alexitimia, inestabilidad emocional e irritabilidad.

La intensidad de este sufrimiento emocional es un potente acicate para consumir más en un intento desesperado para aliviar el profundo dolor emocional. Tal como lo aprenden a lo largo de la vida en el consumo de drogas, la única manera de mitigar los síntomas tan severos es más consumo, lo cual agrava más la adicción, exacerba los síntomas supresivos y estimula más el consumo, convirtiéndose en un círculo vicioso inacabable en el cual se encuentra atrapada la persona con un trastorno adictivo, entre más intenta aliviarse más se profundiza en el problema. Asimismo, el deterioro de las capacidades psicosociales y cognitivas limita en demasía la capacidad para cesar el consumo y buscar otras alternativas para aliviarse (Dichara, 1999).

La desregulación de los circuitos de la motivación, memoria, aprendizaje, placer, procesos cognitivos superiores y estrés subyacen como la base neuropsicobiológica en profunda interacción con las situaciones emocionales y sociales para expresar un trastorno adictivo con repercusiones en todas las áreas de funcionamiento del ser humano, donde priva la búsqueda de la droga, la intoxicación, el alivio inmediato y el deterioro de la capacidad de discernimiento para escoger entre el consumo y otras conductas menos dañinas. En la expresión de la conducta adictiva es muy claro que

la persona tiene conocimiento de las consecuencias de su consumo y de las repercusiones, pero, este estado de conciencia opera a otro nivel del proceso adictivo, pese a que se quiere dejar de consumir y se ha realizado múltiples e infructuosos intentos y promesas de no hacerlo más, cuando los determinantes psico-conductuales, ambientales y neurobiológicos activan la conducta vuelve a consumir.

Este comportamiento tan poco exitoso es fuente inagotable de desprecio, indiferencia, rechazo y absoluta falta de credibilidad en la capacidad de sujeto para recuperarse. La aceptación de la conducta adictiva como un trastorno ha sido difícil para la persona enferma, para la familia, la sociedad en general, y todavía más, para los sistemas de salud. Es fácil atender a una persona afectada por una diabetes o hipertensión, pero un trastorno adictivo a crack u opiodes, no es tan fácil, prima una visión peyorativa basada en la errada percepción de una debilidad de carácter, falta de voluntad, y además, de que si lo ha disfrutado, ahora tiene que sufrir las consecuencias. Sin embargo, el trastorno adictivo a drogas es un trastorno cerebral que tiene serias repercusiones en todos los aspectos de la vida del sujeto, que amerita de un tratamiento específico para su rehabilitación (Volkow et al., 2016; Barry, 2014).

CONSECUENCIAS SOCIOLABORALES

La conducta adictiva se expresa cómo un trastorno crónico con periodos de activación y periodos de abstinencia, un ciclo que se mantiene para agravar continuamente el padecimiento, a menos que se instaure un tratamiento para detener su curso. El consumo progresivo prolongado conlleva, en la fase activa, inevitablemente a un deterioro implacable en el funcionamiento por cuanto una vez que se activa la conducta adictiva, opera una necesidad irremisible e incontrolable de consumir. Una vez que se ha desarrollado en el cerebro un trastorno adictivo, su activación puede ocurrir por un consumo de la sustancia, una situación de estrés o la exposición a un estímulo condicionante. Todos los estímulos internos y externos, psicológicos, cognitivos y sociales asociados a la experiencia del consumo, adquieren las

mismas propiedades de las drogas, encienden el cerebro como si hubiera habido contacto con las drogas. Estos aprendizajes asociativos están estructurados profundamente en el cerebro y muy consolidados para activar el trastorno.

La parafernalia asociada al consumo, los compañeros, el ambiente, la música, las emociones asociadas, todos estos estímulos tienen la capacidad de encender de manera involuntaria el cerebro y desatar un pensamiento obsesivo compulsivo de consumo que conlleva, tarde o temprano, a la búsqueda de la droga. En la repetición de esta conducta ocurre una automatización del comportamiento, se involucran núcleos profundos del cerebro, memorias, sentimientos, emociones y asociaciones que median la conducta motora de búsqueda, la motivación y el aprendizaje.

En el caso del alcohol, la cocaína y los opiodes se traduce en un comportamiento guiado por la imperiosa necesidad del consumo a contrapelo con las responsabilidades y necesidades fundamentales que guían la vida de la persona en ese momento. La activación de los circuitos cerebrales desregulados en el cerebro medio relacionados con el placer, la motivación, la memoria, la actividad motora y los condicionamientos son los responsables de la conducta intensa de búsqueda de la droga y su consumo. Por otra parte, los circuitos cerebrales de la corteza prefrontal responsables de regular el funcionamiento primario instintivo en el sistema límbico están también desregulados, han perdido la capacidad de control y de modulación, por lo que la capacidad de razonamiento y de juicio de la persona está comprometida, con lo que ocurre un deterioro en la capacidad para discernir, tomar decisiones y controlar los impulsos. El deterioro en el funcionamiento frontal y la hiperactivación de circuitos ubicados profundamente en el cerebro donde no hay control voluntario, explica la insania de los comportamientos de una persona activa en adicción.

Para la misma persona que padece de un trastorno adictivo, para la familia y las autoridades administrativas que supervisan su trabajo, las distorsiones en el comportamiento son ininteligibles. Conforme se profundiza en el trastorno adictivo, cada vez más, la conducta

va a contrapelo con los cánones establecidos para su funcionamiento hasta el punto donde la preeminencia de la conducta adictiva anula la capacidad de trabajo, distorsiona las relaciones interpersonales y las facultades para asumir las responsabilidades habituales.

La irreprimitible necesidad de consumir, así como, los efectos posteriores al consumo conllevan a un deterioro progresivo hasta llegar al abandono de sus actividades regulares. Se hace cada vez más frecuente el consumo en la casa, en el lugar de trabajo, sobre todo cuando se trata de sustancias opioides cuya disponibilidad es ilimitada en los centros de salud, los gastos económicos desproporcionados para la obtención de la drogas, los cambios de humor, la irritabilidad, la explosividad, las conductas agresivas, la manipulación de las personas cercanas para obtener dinero o beneficios para sostener su comportamiento. Todas estas reacciones, sin lugar a dudas, producen enojo, rechazo, maltrato, abandono, indiferencia, y por su repetitividad conllevan a una pérdida absoluta de la confianza y de toda esperanza de un cambio. Prima la desesperación y el abandono bajo la premisa de que la persona no quiere cambiar, y es hasta que ella lo decida que puede ayudársele. Esto deja cada vez más a la persona con una adicción en desamparo, sin capacidad defensiva y totalmente inerme. En etapas avanzadas del trastorno, no solo su cerebro está atenazado por la adicción, sino que, todas las circunstancias a su alrededor se han vuelto contra él. Esta encrucijada es una bola de nieve cada vez mayor que irremediamente termina con la expulsión de la casa y del trabajo, lo cual agrava más la problemática para terminar, muchas veces, en una situación de calle.

JURISPRUDENCIA

Una gran parte de las personas afectadas por una adicción y por los regímenes laborales desconoce, las más de las veces, que el trastorno adictivo es una enfermedad del cerebro. La Sala Constitucional en la resolución N°2010001664 del veintisiete de enero del 2005, resolvió positivamente un recurso de amparo interpuesto por una persona con un trastorno alcohólico que había sido despedido

de un hospital por ausencias injustificadas en una crisis de consumo propia de su enfermedad. En la resolución, los magistrados hacen referencia a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo cataloga como un trastorno mental con raíces biológicas, psicológicas y sociales (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Por otra parte, en el ámbito laboral, la Organización Internacional del Trabajo ha emitido pautas sobre el consumo de alcohol y drogas en el trabajo y su tratamiento. Los lineamientos están recogidos en el documento Repertorio de recomendaciones prácticas de la Organización Internacional del Trabajo sobre tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y drogas en el lugar de trabajo (OIT, 1996). El gran aporte de este documento es enfocar al alcoholismo como un problema de salud que repercute en el trabajador y en su entorno laboral, incluso con pérdida de la productividad.

Desde esta perspectiva, se establece el trastorno alcohólico como un problema de salud y se entabla la obligatoriedad de tratamiento sin discriminación como cualquier otro problema de salud y enmarca su abordaje dentro del alcance de los servicios de salud. Se dispuso que los patrones deben proveer la oportunidad de rehabilitación para superar la enfermedad sin ningún tipo de discriminación, antes de aplicar cualquier medida disciplinaria. Se reconoce que una persona con una conducta impropia como consecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol u drogas amerita ser remitida a asesoramiento, tratamiento o rehabilitación antes de imponer medidas disciplinarias. De no haber una respuesta adecuada o falta de colaboración por la persona trabajadora, se procede a la aplicación de las medidas disciplinarias correspondientes de acuerdo a la legislación vigente.

Se reconoce la estabilidad laboral como factor esencial para facilitar la recuperación y superar los problemas asociados al consumo de alcohol o drogas. En la resolución de la Sala Constitución N° 2010001664 se establece que, si bien, estas pautas tienen un carácter recomendatorio —en atención al principio de *pro homine*—, sirven para integrar e interpretar el

Derecho de la Constitución, en el tanto otorgan protección a los derechos fundamentales de las personas. Además, la Ley General de Salud N° 5395, resalta la importancia de que las personas afectadas por el consumo de alcohol o de drogas se sometan a tratamiento especializado, y el patrono está en la obligación de brindar la oportunidad de tratamiento (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1973).

Desde la evidencia científica y con base en la jurisprudencia, es dable hacer valer el trastorno adictivo como un trastorno multidimensional en que confluyen de manera compleja variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales que alteran las capacidades fundamentales del individuo para tomar las decisiones apropiadas en determinados momentos cuando su trastorno está activo. El desprecio, el rechazo y el estigma ha sumido a muchas personas a una situación de abandono y agresión que limita las posibilidades de un tratamiento oportuno y digno para su recuperación (Hardin y Kushner, 2008).

TRATAMIENTO

Existe suficiente evidencia científica que establece con robusta información la efectividad de los tratamientos para el trastorno adictivo, inclusive, se han encontrado mejores resultados que con el tratamiento de otros trastornos crónicos como la diabetes o la hipertensión (National Institute of Drug Abuse, 2020) En la multiplicidad de factores personales, físicos y psicológicos, así como determinantes familiares, sociales y ambientales los buenos resultados se asocian a tratamientos comprensivos que cuidan al paciente por largo tiempo (Miller, 2000; ONUDOC, 2003). Inclusive, los tratamientos forzados legalmente han dado buenos resultados (Drug Court Institute, 2008). Los mejores resultados se han dado con tratamientos en la psicofarmacología, la psicoterapia cognitivo conductual individual, la terapia de familiar sistémica, el programa de los doce pasos con asistencia a reuniones, padrinzgo y estudio, así como la terapia en red que aglutina y pone sintonía con el proceso a los múltiples actores involucrados en proceso de recuperación (Barry et al., 2014).

Durante muchos años se puso énfasis en los consecuencias físicas y psicosociales de la adicción, así como en el resorte de complicaciones mentales que pudieran estar determinando el comportamiento de consumo dañino de sustancias. Al no ser considerado como un trastorno, no existía un trabajo específico para tal fin. Hoy, la mejor evidencia —tal y como lo trabajan la mayoría de los centros de tratamiento—, resalta la importancia del programa de los doce pasos como herramienta específica para facilitar la aceptación del trastorno, su conocimiento y una avenida de recuperación, que es facilitada, apoyada y estimulada por compañeros y compañeras que tienen la misma enfermedad. La camaradería que se da entre ellos, compartiendo y hablando de su problema, crea un sólido puente de comunicación, que sostenido a lo largo del tiempo permite una continuidad de cuidado para una enfermedad que es crónica y permanente.

Los programas de tratamiento ambulatorios o de internamiento permiten detener el consumo para luego iniciar un prolongado proceso de recuperación física, mental, social y espiritual, cuya intensidad y frecuencia estará determinada por la severidad del trastorno. No hay un tratamiento único, cada uno debería ser diseñado acorde con las características y necesidades de cada persona. Para lograr la sanación mental, la estabilidad emocional y la capacidad de funcionalidad, los tratamientos deben ser intensivos en un principio y, posteriormente, un seguimiento a largo plazo. Cada tratamiento es diferente dependiendo de la droga, la cronicidad, las consecuencias; los recursos personales, familiares y laborales, y la motivación al cambio.

Por último, la conducta adictiva repercute en todos los aspectos de la vida del sujeto, su familia, su trabajo y sus relaciones sociales son altamente comprometidas. El trabajo en red para integrar en el diagnóstico, tratamiento y recuperación a las demás personas involucradas es un aspecto esencial del abordaje, principalmente en el ámbito familiar y laboral. El conocimiento sobre el trastorno adictivo, su tratamiento, su duración y las estrategias de reincorporación, son esenciales para la comprensión, la aceptación y la facilitación de perdón. Cuando se

ha comprometido el trabajo por conductas impropias consustanciales al trastorno es necesario plantear la triada empleador-empleado e instituciones prestadoras de servicios de tratamiento a la persona afectada por un trastorno adictivo para asesorar técnicamente a los tomadores de decisiones, con el fin de facilitar los mecanismos para el tratamiento oportuno, la recuperación integral y rescatar la funcionalidad previa, incluyendo el ámbito laboral, bajo la premisa que el trastorno adictivo lesiona las facultades mentales de la persona afectada inhabilitando su capacidad para ejercer apropiadamente sus funciones (OMS, 2012; OMS, 2018).

En los últimos años ha sido frecuente la presencia del equipo técnico en adicciones del IAFIA en audiencias para hacer valer ante los jueces la relevancia tóxica cerebral de las drogas, la importancia y la efectividad de los tratamientos para las adicciones, y, sobre todo, desprenderse de los prejuicios, propios del desconocimiento, que las más de las veces, lo que hacen es agravar la conducta adictiva con un daño irreparable para el paciente, la familia y la sociedad en general. Con base en la experiencia clínica y la evidencia científica, la confianza y la esperanza en la capacidad de recuperación de las personas deber guiar el quehacer clínico y cualquier intervención en el sistema laboral o de salud.

CONCLUSIÓN

El desconocimiento generalizado de la conducta adicta como un trastorno neuro-psicobiológico que lesiona circuitos cerebrales esenciales para la supervivencia y el funcionamiento cerebral ha conllevado al rechazo, la discriminación, la agresión, la estigmatización, el abandono y el despido en el ambiente laboral de las personas afectadas por un trastorno mental para el cual existe un tratamiento específico y exitoso. El conocimiento científico de cómo se desarrolla y se manifiesta el trastorno, así como su tratamiento, ha permitido cerrar la enorme brecha que ha mantenido al paciente, la familia, el sistema laboral y los servicios de salud ajenos al dolor y al sufrimiento de las personas afectadas por una conducta adictiva.

Dentro de este esquema debe considerarse el rol que juega la persona empleadora en el proceso de recuperación, ya que es imprescindible que tenga una visión sistémica donde prevalezca el concepto de que su empleado o colaborador —a pesar de su situación de consumo de sustancias psicoactivas— continúa siendo persona, sujeta de derechos y no solo de deberes.

Nuestra experiencia indica que los empleadores en Costa Rica, tanto a nivel público como privado, requieren de mayor conocimiento y de sensibilización para hacer un adecuado abordaje cada vez que se enfrentan con un problema asociado al consumo de alcohol o drogas. En los dos últimos lustros, se ha observado un mayor interés por conocer más sobre la temática y cómo abordar las situaciones desde una perspectiva más humanista, lo cual es, sin lugar a dudas, un acicate al quehacer clínico.

REFERENCIAS

- American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal. ASAM.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). Ley General de Salud N° 5395. Ministerio de Salubridad Pública.
- Barry, C., McGunty, E., Pescosolido, B. y Goldman, H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatry online*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- Bradley, K. A., Bush, K. R. y Medonell, M. B. (2003). The Audit consumption question test (AUDIT). Validation in a female veteran affairs patient population. *Arch Intern Med*, 163, 821-829.
- De la Guardia, M. y Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes. Promoción de la salud y salud sanitaria. *Journal of positive and negative results*, 1 (5).
- Dichara, G. (1999). Drug addiction as a dopamine dependent associated learning disorder. *Eng J Pharmacol*, 375 (1), 13-30. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
- Felstein, M. (2008). The neurocircuitry of addiction: an overview. *Br J Pharmacol*, 154 (1).

- Grimm, J. W., Hope, B., Wise, R. y Shaban, Y. (2001). Neuroadaptation. Incubation of cocaine craving after withdraw. *Nature*, 412 (6843), 141-2. Doi 10:1038/35084134
- Hardin, C. y Kushner, J. (2008). *Quality improvement of drug court: evidence of best practices*. National Drug Court Institute. <https://vit.ly/3gmZhWQ>
- Hernández, M., Hernández, M., Mauri, J. y García, V. (2012). La filosofía, el proceso salud enfermedad y el medio ambiente. *Rev haban cienc med*, 11 (5).
- Hyman, S. (2007). The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior. *Am J Bioeth*, 7(1), 118-121.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2015). *VI Encuesta nacional 2015: Consumo de drogas en Costa Rica*.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2018). *V Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria*.
- Koob, G. y Volkow, N. (2016). Neurobiology of addiction. *Lancet. Psychiatry*, 3 (8), 760-773.
- Lin, L. y Saitz, R. (2021). What will take to stem the tide? Understanding and addressing the needs of people with addiction involving multiple substances. *Journal of Addiction Medicine*, 15 (1), 1-2. Doi: 10.1097000000000000000000667
- Louisa, D. (2018). Alcohol use burden for 195 countries and territories, 1990-2016, a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet*, 392, 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Miller, F. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): a review of clinical research. *Journal of substance abuse treatment*, 18 (1), 9-16.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2020). *¿Es eficaz el tratamiento para la drogadicción?* <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/principios-de-tratamientos-eficaces>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Informe sobre la situación mundial de alcohol y salud.
- Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2019). El tabaco mata a una persona cada 34 segundos. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15229:tobacco-kills-one-person-every-34-seconds-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- Thomas, F., Babor, T., Saunderson, J. y Monteiro, M. (2001). Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Departamento de Salud Mental y de Dependencia a Drogas de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf>
- Uhl, G., Koob, G. y Cable, J. (2019). Neurobiology of addiction. *Ann Acad Sci*, 145 (1), 5-28.
- United Nations Office on Drug and Crime. (2003). Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas. UNODOC.
- Volkow, N., Koob, G. y Maclellan, T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease. *N Engl J. Med.*, 374 (4), 363-371. Doi 10-1056/NEJMra11511480
- Volkow, N. y Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction. Relevance to prevention and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 175 (8), 729-740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>

Fecha de ingreso: 14/05/2020

Fecha de aprobación: 11/06/2021

