

Entrevista a José Ramón Fernández Hermida

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

José Ramón Fernández Hermida es catedrático de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

Es especialista en Psicología Clínica y ha sido psicólogo clínico en los servicios de salud mental del Principado de Asturias desde 1979 hasta 1993. Es miembro de los órganos de dirección de varias revistas: *Psicothema*, *Papeles del Psicólogo* y Director de *Infocop*.

Como investigador se ha centrado especialmente en el campo de las drogodependencias. Es autor o coautor de más de 120 trabajos publicados en revistas nacionales e internacionales (de los que 95 están en revistas indexadas), 39 libros y capítulos de libros y más de 150 comunicaciones o conferencias en congresos nacionales e internacionales. Ha participado en 29 proyectos I+D y contratos de investigación, siendo Investigador principal en 17 de ellos.

Ha sido presidente ininterrumpidamente de la Delegación Norte, de la Delegación de Asturias y del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias desde su fundación, en 1980, hasta 2006. Ha sido vocal de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos y del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos desde 1993 hasta la actualidad.

Es Colegiado de Honor de los colegios oficiales de Psicólogos de Andalucía Oriental, Murcia y Valencia. Ha recibido Menciones honoríficas de los Colegios Oficiales de Psicólogos del Principado de Asturias y de Madrid.

Ha sido el coordinador del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad de Oviedo y director del título propio de la Universidad de Oviedo **Máster en Adicciones: perspectiva biopsicosocial que se realiza en colaboración con la Asociación Proyecto Hombre**, que en el curso 2016-2017 tuvo su primera promoción y este año (2023) celebra ya su octava edición.



Esta entrevista pretende ser un reconocimiento a su trayectoria y agradecimiento a su labor en el ámbito de las adicciones, así como a su incondicional apoyo a Proyecto Hombre, en especial a través de nuestro máster.

¿Por qué eligió la psicología y por qué concretamente su aplicación en el ámbito de las adicciones como dedicación profesional y vital?

La elección de la carrera de Psicología estuvo motivada por múltiples razones. La primera es que buscaba una profesión de servicio y asistencial. Había una opción primera que descarté, que era Medicina, porque en aquel momento tenía un sistema selectivo en primero de carrera que descansaba en materias, como las matemáticas, en las que no me desenvolvía con seguridad, al menos no la suficiente como para garantizar mi beca de estudio, que me era esencial. Así que me fui a lo más seguro. La segunda es la fascinación que sentí por una disciplina que, en aquel momento, mediados de los años 70 del siglo pasado,

**NUESTRO MÁSTER
ES LA PRUEBA
VIVA DE QUE
PUEDEN HACERSE
LAS COSAS BIEN.
LOS PROFESORES
Y TUTORES SON
DE AMBOS
MUNDOS (EL
PROFESIONAL Y EL
ACADÉMICO),
MANTENIENDO LO
MÁS ALTO
POSIBLE LOS
ESTÁNDARES DE
CALIDAD
EXIGIBLES A UNA
TITULACIÓN
UNIVERSITARIA**

estaba llegando a España con fuerza desde países más avanzados, que admirábamos por múltiples motivos. En tercer lugar, la orientación vocacional y profesional, que también despuntaba en la época, me animó a seguir ese camino. La opinión del momento era que se trataba de una ciencia y profesión con futuro, despertando una gran curiosidad en muchos de los que estábamos ávidos de conocimiento y cambios.

Mi dedicación al ámbito de las adicciones, más que una elección fue un resultado. A finales de los ochenta yo estaba trabajando como psicólogo clínico en un centro de

salud mental, dependiente del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Al centro llegaba un número creciente de personas con problemas de drogadicción, que debían ser atendidas por un personal asistencial desbordado por esta nueva demanda. Una buena parte de ese personal creía que las personas adictas eran esencialmente distintas a los enfermos mentales. Puede decirse que esa "distintividad" favoreció la creación de circuitos asistenciales distintos para ese nuevo problema de salud mental. Sea como fuere, el resultado es que, dentro del centro, me encontré atendiendo más intensamente esa demanda, y de ahí surge mi creciente interés por las adicciones.

Si hablamos de prevención, ¿en qué punto cree que estamos?

Es difícil responder a esa pregunta sin acotarla. Entiendo que nos estamos refiriendo a la prevención comportamental dirigida a las adicciones, y más en concreto, a su implantación social y profesional, y no tanto a su investigación y desarrollo científico.

En ese terreno de su implantación social y profesional, si tuviera que resumir mi impresión con una sola frase, diría que las expectativas van muy por delante de la realidad. No es algo que pase únicamente en la prevención de las adicciones, sino que es un problema de la prevención, en general, que como actividad profesional demandante de recursos debe competir con el ámbito asistencial.

Es muy frecuente que los planes de lucha contra las drogodependencias, sean de drogas legales o ilegales, hagan especial hincapié en las bondades de la prevención, y que la declaren, por tanto, como una actividad prioritaria. Es una elección sensata, dado el sufrimiento y coste tanto social como económicos asociados con las adicciones. En España esa elección se puede comprobar en los planes de acción sobre adicciones, el último referido al período 2021-24. Sin embargo, los recursos humanos y materiales que se dedican a ese propósito son escasos e inestables. Apenas hay estructuras administrativas e institucionales que den soporte a la planificación, intervención y evaluación, en cualquiera de sus niveles, y sus recursos son muchas veces ridículamente escasos. Los profesionales, que están en las pocas que hay, son escasos y con empleos muchas veces inestables. Eso por no hablar de una carencia muy importante en información y formación específicas.

Si queremos reducir la distancia entre expectativas y realidad hay que consolidar las estructuras que la pueden hacer posible, de la misma manera que si queremos que funcione la asistencia hay que construir centros, formar y emplear a los profesionales que los hacen funcionar, invertir en ciencia y desarrollos tecnológicos, etc. La prevención no avanza solo con declararlo en los papeles, aunque sean tan importantes como leyes, normas o planes.

Esas estructuras deberían tener los recursos y continuidad necesarios para que las políticas y programas pudieran tener efecto. Estoy hablando de que debe haber profesionales de la prevención trabajando en las escuelas, los centros de atención primaria, los servicios sociales, las comunidades locales y dentro de los gobiernos autonómicos y estatal, dentro de estructuras profesionales especialmente centradas en la prevención. Una cadena profesional que garantice que se aplican programas apoyados en las pruebas científicas, de acuerdo con una adecuada valoración de las necesidades, en todos los ámbitos y niveles donde son necesarios, llevados a cabo por profesionales competentes con la correspondiente evaluación de los resultados.

Si se hace bien la prevención da resultados que justifican la confianza que se le otorga en los planes antidroga. No son resultados inmediatos y muy llamativos, dado que la prevención busca el siempre difícil cambio de actitudes y comportamientos muy enraizados en las personas y las sociedades, que funcionan como factores de riesgo. Pero son

resultados significativos que van en la buena dirección, como pasa en el caso de la prevención del tabaquismo en el mundo occidental, o el caso islandés de prevención del consumo de sustancias en la juventud.

No quiero dar la impresión de que todo está mal. El panorama actual también muestra ejemplos positivos, como ya he señalado, y podría citar otros. No estoy diciendo que no haya casos de buenas prácticas, sino que la distancia entre lo que resulta necesario para alcanzar resultados con carácter generalizado y la realidad de los recursos para conseguirlo es demasiado grande. Por eso digo que las expectativas y la realidad están aún muy separadas.

En cuanto a tratamiento de adicciones por uso de sustancias, usted también ha profundizado en la investigación en este ámbito ¿cuáles serían los resultados o conclusiones principales que le gustaría destacar?

A diferencia de lo que pasa en la prevención, aquí los recursos no son tan escasos.

Por suerte, las personas con drogodependencias en España cuentan con un amplio abanico de opciones de tratamiento, que son accesibles y que se pueden adecuar a las necesidades de cada caso. En nuestro país, la cobertura sanitaria facilita el acceso al tratamiento, y eso es una gran ventaja, si comparamos nuestra situación incluso con países tan ricos y científicamente avanzados como los Estados Unidos. Por otra parte, los profesionales cada vez dominan mejor las distintas técnicas de intervención, sean psicológicas, farmacológicas, sociales o comunitarias, prolifera la investigación y las publicaciones que las divulgan, y existen fuertes sociedades científicas multidisciplinares que promueven y dan apoyo al progreso en este campo.

Como pasa con otros problemas del comportamiento humano, el tratamiento de las adicciones sigue siendo lento, laborioso y complejo y pasa por un abordaje psicológico, social y biológico de gran complejidad. Complejidad conceptual, que no tecnológica, que puede verse como indeseable frente a la simplicidad de algunas soluciones, que a veces se venden como remedio al modo del famoso “bálsamo de Fierabrás”. Ese simplismo de algunas recetas, que reducen el tratamiento a alguno de sus componentes, sea la parte psicológica, social o biológica, no puede encubrir que los resultados de esas fórmulas reducidas son decepcionantes. En términos generales, los mejores resultados sólo se obtienen si se tienen en cuenta todos los factores de la ecuación.

Quizás resulte frustrante que no se avance más en el campo del tratamiento de las adicciones. Sin embargo, el avance existe. Se exploran nuevos tratamientos, enfoques, procedimientos, espacios y contextos que den mejor resultado. Aun así, debe tenerse siempre en cuenta que el objeto de nuestro interés, que es el cambio del comportamiento de las personas, es una de las metas más complejas que se pueden plantear al conocimiento y a la ciencia.

¿Cómo comenzó su relación con Proyecto Hombre y cómo ha evolucionado a lo largo de los años?

El comienzo de la relación con Proyecto fue hace más de 20 años, aunque no puedo precisar la fecha exacta. En el primer encuentro, la dirección de Proyecto Asturias se puso en contacto conmigo a raíz de un comentario crítico que publiqué sobre la valoración de los tratamientos.

Desde el primer momento, se abrió una vía de colaboración para evaluar de forma objetiva los tratamientos que se daban en los dispositivos de la Asociación. Fruto de esa colaboración fue un trabajo que publicamos en el año 2002 en la revista *European Addiction Research*, donde se exponían el procedimiento de evaluación y los resultados. Ese trabajo ha despertado cierto interés en la comunidad científica a lo largo del tiempo, dado que no había muchos antecedentes similares.

Desde ese momento hasta la actualidad, se ha estrechado la relación de Proyecto con la Universidad de Oviedo, mediante múltiples formas de colaboración, como la participación en los estudios que exploran la efectividad del manejo de contingencias en los programas terapéuticos, o la realización de prácticas del alumnado de la Facultad en los dispositivos terapéuticos.

La culminación de esa colaboración ha sido la puesta en marcha del título propio: Máster de formación permanente en adicciones: perspectiva biopsicosocial.

¿Qué ofrece, como valor diferencial, el Máster de formación permanente en adicciones: perspectiva biopsicosocial, coorganizado por Proyecto Hombre y la Universidad de Oviedo?

Ha habido dentro de la universidad española otros másteres de adicciones, pero creo que el que coorganizamos es el único en el que hay una fuerte conexión y alianza entre la práctica asistencial y la investigación y docencia universitaria.

Una crítica que suele formularse a los títulos universitarios es que están desconec-

tados de la realidad laboral, sea social, clínica, o educativa. Esa crítica muchas veces se hace extensiva a la investigación que se realiza en la universidad. En buena parte, y en lo que se refiere a la Psicología, tengo que conceder que esas críticas son atinadas.

Nuestro máster es la prueba viva de que pueden hacerse las cosas bien. Los profesores y tutores son de ambos mundos (el profesional y el académico), manteniendo lo más alto posible los estándares de calidad exigibles a una titulación universitaria.

Ese es un hecho diferencial muy importante, yo diría que único, dentro del espectro de la formación de postgrado universitaria española en el campo de las adicciones.

¿Por qué confía y defiende el modelo biopsicosocial para el abordaje de las adicciones?

Los modelos teóricos sirven de guía para confeccionar las hipótesis de trabajo tanto en el campo de la investigación como de la acción clínica. Nos ayudan a orientar las evaluaciones, a seleccionar los instrumentos, a pensar en las relaciones entre las variables, a fijarnos en algunos aspectos y a ignorar otros. Los modelos deben ser útiles para comprender la realidad y para actuar sobre ella. Si la información que tenemos sobre la realidad no confirma nuestro modelo, debemos tener la flexibilidad de cambiarlo. Dicho de otra forma, si el modelo que tenemos no resulta útil, debemos abandonarlo, porque

lastrará nuestra capacidad de avance y progreso.

El modelo biopsicosocial es el que mejor se ajusta, en el momento actual, a la realidad de la evolución natural y clínica de las adicciones, y es el que sirve de base real para formular las ideas que sirven para impulsar la investigación y el desarrollo terapéutico. Esa es la razón principal de mi confianza en el modelo.

Desde la Asociación Proyecto Hombre queremos agradecer a José Ramón Fernández Hermida su dedicación incansable a divulgar sobre la realidad de las adicciones. Gracias a su compromiso con su profesión y con las personas con problemas de adicción, así como su respaldo a organizaciones como Proyecto Hombre, la prevención y el tratamiento de adicciones han logrado hacerse un hueco en la agenda social, mediática, de investigación y formativa de nuestro país.

Para todos nosotros, hablar de adicciones, prevención y psicología clínica, siempre estará vinculado al nombre de José Ramón Fernández Hermida. Gracias, José Ramón.

