

Implicaciones prácticas del Modelo **Biopsicosocial** para la **intervención** en salud mental y **adicciones**

El Modelo Biopsicosocial se ha consolidado como el marco más sólido para comprender la complejidad de la salud mental, las adicciones y su frecuente coexistencia. Frente a un enfoque biomédico centrado exclusivamente en lo orgánico, este artículo propone una mirada integradora que entiende el sufrimiento como resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, se revisan sus principales implicaciones clínicas.

El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977) es la base teórica de la que debemos partir para una adecuada concepción de las adicciones, la salud mental, y su presentación comórbida. Los motivos son su sólida base científica, su carácter interdisciplinar y las importantes implicaciones que tiene para el trabajo con usuarios/as. De hecho, es probable que buena parte de las estrategias de trabajo de los profesionales que están leyendo estas líneas provenga de dicho modelo. Para entender la importancia de las implicaciones del Modelo Biopsicosocial, resulta interesante hacerlo en contraposición con un modelo aún predominante en muchos espacios, particularmente en el de las adicciones: el Modelo Biomédico. Para un análisis en profundidad del debate conceptual en el ámbito de la comorbilidad, que excedería este espacio, se pueden consultar otras referencias (Fernández-Artamendi et al., 2024).

El Modelo Biomédico

A inicios y mediados del siglo XX parte de la psiquiatría se posiciona en considerar los problemas de salud mental como una entidad de base puramente orgánica, entendiendo que cualquier desviación de la normalidad debía ser producto de alteraciones orgánicas/fisiológicas

(esto corresponde con concepciones de "enfermedad" como la de Boyd, 2020; para los términos en inglés *disease* o *illness*). Esta tendencia surge en parte como consecuencia de una euforia de época tras diversos éxitos farmacológicos en la curación de enfermedades, algunas de ellas con importantes síntomas para la salud mental (como la sífilis) (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). Como consecuencia, los trastornos mentales (aquí consideradas enfermedades) serían alteraciones del órgano responsable de la psique: el cerebro; y, como hipotetizaba Kraepelin, sería cuestión de tiempo que dispusiéramos de remedios farmacológicos para toda enfermedad, incluidas las mentales.

La primera derivada de este marco conceptual es que la enfermedad mental es producto de una alteración neurológica y, para que desaparezca, deben hacerlos sus factores (orgánicos) causantes. Con el progreso de las décadas, se ha ido apuntando a causas de los trastornos mentales en alteraciones de neurotransmisores como la serotonina, para la depresión (Albert et al., 2012) o de la ruta mesolímbica y la dopamina para las adicciones (Volkow et al., 2019); entre otros. Según este modelo los trastornos mentales y adictivos son enfermedades orgánicas y, en el caso de la comorbi-

dad, enfermedades cerebrales independientes presentadas a la vez o una tercera enfermedad específica (la conocida etiqueta de “patología dual”). La segunda derivada, a nivel clínico, es que esto sitúa el debate en aspectos como, por ejemplo, si debemos abordar primero el trastorno mental o el trastorno adictivo. En tercer lugar, y dado que no se pueden eliminar los factores causantes de estas enfermedades cerebrales (revertir las alteraciones fisiológicas), no es posible “curarlas”. El esfuerzo terapéutico debe ir dirigido entonces a reducir o paliar sus síntomas, buscando la “remisión”. Por ello, una cuarta derivada directa de esta conceptualización es la cronicidad de la enfermedad de la Patología Dual. La idea de cronicidad es algo particularmente patente en el ámbito de las adicciones, donde el Modelo Biomédico ha predominado durante mucho tiempo. Así, una persona que ha superado sus problemas con el alcohol, pero que ya no bebe, seguirá manteniendo la etiqueta de “adicto”; lo que equivaldría a considerar “deprimido/a” o “depresivo” a una persona con un claro estado de ánimo eutímico por el mero hecho de haberlo estado en el pasado. En quinto lugar, este modelo descarta como factores causales los de índole interpersonal, social o metapsicológico (Engel, 1977): la adicción y el trastorno mental están causados por la droga y las alteraciones en el Sistema Nervioso. En el Modelo Biomédico, estos aspectos psicosociales serán relevantes sólo en la medida en que influyen o han influido en la/s alteración/es cerebral/es primaria/s (de la misma manera que el ejercicio puede reducir los síntomas de la diabetes, pero no curarla).

El Modelo Biopsicosocial

El Modelo Biomédico reduce los problemas de salud mental y adicción a su base orgánica, confundiendo ser “una de las causas” con ser “la causa”. Ante esta propuesta reduccionista organicista, Engel ofrece un marco de análisis de la salud (y, por tanto, la salud mental y las adicciones) como producto de factores biológicos, psicológicos y sociales, en interacción: El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977). Este enfoque se basa en la evidencia científica y en concepciones interdisciplinarias de la salud, poniendo el foco en que tanto los problemas de salud mental como las adicciones, y su comorbilidad, están causados por diversos factores y en distinta medida en cada individuo, sin que exista necesariamente ninguna primacía de lo biológico u orgánico sobre lo demás. Como dice Room (2021), tan correcto sería llamar a la adicción “enfermedad social” como enfermedad

cerebral (aunque mejor hablar de trastornos, síntomas, problemas o, si acaso, diagnósticos). Esto está en línea con el grueso de la evidencia científica, en la medida en que la genética y los factores biológicos sólo logran explicar entre el 20 y el 40% de los problemas de salud mental; siendo más relevante por tanto el rol del resto de factores: los psicosociales (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). El Modelo Biopsicosocial tiene además importantes aplicaciones prácticas para el abordaje de las adicciones y, en particular de la comorbilidad; algunas de las cuales resumo a continuación:

- Los objetivos de tratamiento: Deben incluir la modificación de las condiciones de vida, las creencias, los hábitos o cualesquiera que sean los factores que mantienen la conducta problema en el *aquí y ahora*, no como meros intermediarios de una alteración cerebral sino como determinantes de la comorbilidad. Estos factores son objetivos terapéuticos en sí mismos, al ser también causa de la comorbilidad actual, y es su modificación la que permitirá la recuperación del usuario/a.
- Recuperación y no remisión (sobre la cronicidad): La gran mayoría de personas con adicciones y/o problemas de salud mental dejan de consumir, recuperan patrones de consumo no problemáticos y/o recuperan niveles previos de bienestar psicológico con el tiempo; incluso de forma espontánea (Carballo, 2023). Es decir, ni la adicción ni los problemas de salud mental, ni su comorbilidad, son crónicos *per se*. El modelo Biomédico concluye la existencia de una cronicidad, incluso cuando se recupera un funcionamiento “normal”, sin consumos y alcanzando niveles elevados de bienestar subjetivo ya que, bajo la superficie, el cerebro sigue estando enfermo de por vida; tan solo han remitido sus síntomas (de la misma manera que los síntomas de la diabetes remiten con medicación, pero la enfermedad no desaparece). El Modelo Biopsicosocial se apoya en la evidencia de que las personas recuperan niveles previos de bienestar y dejan de consumir sin recaer necesariamente en dichos patrones; esto es: no es un problema crónico y es posible la recuperación (frente a la mera remisión). Debemos olvidar por tanto la idea de que “adicto una vez, adicto para siempre”.
- Cronificación: Si bien las adicciones y los problemas de salud mental no son crónicos, sí puede darse su cronificación, en casos en los que no desaparece completamente la conducta adictiva ni los problemas de salud mental. Este perfil es más frecuente precisa-

mente en el caso de la comorbilidad, donde la gravedad clínica es mayor. La interacción mutua entre problemas de salud mental y conductas adictivas dificulta el proceso de recuperación, al presentarse por un lado elevados niveles de malestar psicológico y, por otro, unas conductas adictivas instauradas a menudo como forma desadaptativa de gestionarlo. Desde el Modelo Biopsicosocial se reconoce la mayor complejidad del contexto de la persona con comorbilidad y, por tanto, las mayores dificultades para su modificación. Será importante aquí promover intervenciones tempranas en adicciones que presten atención a los problemas de salud mental (aún sin existir diagnósticos) de los consumidores. El concepto de cronicidad solo contribuye a agravar el estigma y afecta negativamente a los resultados del tratamiento (Trujols y Allende, 2018).

- Las recaídas: En el ámbito de las adicciones, sabemos que las recaídas son parte natural de los procesos de recuperación. Sin embargo, esto no es específico de las adicciones, ya que sucede también en los demás problemas de salud mental (depresión, ansiedad, psicosis, ...). Desde el Modelo Biopsicosocial, en línea con la ciencia del comportamiento, partimos de que los procesos de aprendizaje experimentados por los usuarios/as hacen probable que se repitan patrones de conducta problemáticos, tanto de uso de sustancias como de gestión del malestar psicológico (Witkiewitz y Marlatt, 2004), promoviéndose mutuamente en el caso de la comorbilidad. Por ello, más que partir de una "predeterminación" biológica a la recaída, la recaída ha de entenderse como respuestas a vulnerabilidades y contextos específicos y la forma de interactuar con ellos. Debemos tener en cuenta que buena parte del contexto vital puede mantenerse relativamente estable y seguir suponiendo un riesgo, incluso tras el tratamiento, dado que muchos aspectos son difícilmente modificables (cultura, familia, historia de vida, personalidad, creencias, identidad, ...). La evidencia científica (y clínica) nos indica que son los factores contextuales (tanto internos como externos) los que inducen recaídas, y no una alteración cerebral. Por ello, es en estos fac-

tores donde debemos poner el énfasis terapéutico (frente al concepto de enfermo o de predeterminación). La Prevención de Recaídas debe ser central en las fases finales del tratamiento y en los seguimientos para ayudar a los/las usuarios/as a afrontarlas estas situaciones de riesgo con éxito.

- Interacción y no secuencia: Desde el Modelo Biopsicosocial, debemos atender a la interacción en el momento presente entre la conducta adictiva y los problemas de salud mental, más que discutir sobre la secuencia de tratamiento para abordar entidades separadas. Por ello, en la intervención debemos analizar cómo las conductas adictivas pueden estar actuando como estrategia desadaptativa para afrontar los problemas de salud mental, y cómo los problemas de salud mental pueden actuar como desencadenantes del consumo. Será esencial una perspectiva funcional y contextual de la interacción entre malestar psicológico y conducta adictiva.



- Un individuo y no dos patologías: El concepto de Patología Dual se ha vuelto una etiqueta muy habitual en los últimos años por la predominancia del Modelo Biomédico. Sin embargo, la casuística que representa (un usuario/a con consumos problemáticos y problemas psicológicos) no es nada nuevo ni excepcional y, de hecho, presentar conductas adictivas y problemas de salud mental o emocionales al mismo tiempo (aun sin alcanzar categoría diagnóstica) es probablemente lo más habitual. Este fenómeno no es de extrañar dado que tanto las conductas adictivas como los problemas de salud mental son altamente frecuentes. No obstante, frente a un Modelo de Biomédico de Patología Dual, que entiende que existen dos enfermedades cerebrales independientes o una tercera enfermedad específica, la comorbilidad ha de entenderse como un repertorio de conductas de un único individuo en un contexto; indivisible más allá de las posibles utilidades de los diagnósticos (sean éstos uno, dos o tres). El abordaje, por tanto, ha de ser integral, entendiendo los problemas como una interacción en red entre individuo y entorno; y no dual.
- Los factores de riesgo para las conductas adictivas y los problemas de salud mental son, a menudo, compartidos, como lo son los mecanismos de mantenimiento de dichos problemas. Está sólidamente fundamentado en la evidencia científica que la predisposición a experimentar problemas psicológicos, de diversa índole proviene de una serie de factores comunes (se puede consultar a este respecto, por ejemplo, a Caspi et al., 2014 sobre el Factor P). Por ello, tanto la evaluación (González-Roz et al., 2025) como el tratamiento (ver, por ejemplo: Narayanan y Naaz, 2018) en comorbilidad deben tener un especial énfasis en la visión transdiagnóstica, que atiende a mecanismos transversales mantenedores tanto de la conducta adictiva como de los problemas de salud mental.
- “Adicción” y “trastorno mental” son conceptos prácticos y útiles, contruidos para hacer referencia a comportamientos concretos que generan problemas a los usuarios/as. No obstante, lo que es y no una adicción, un trastorno mental o su comorbilidad está delimitado por aspectos contextuales y culturales. No existen en la literatura científica marcadores biológicos que identifiquen la existencia objetiva, clara o determinante, de una alteración en el cerebro que provoque la adicción, el trastorno mental o su aparición conjunta (probable-

mente porque las causas no están ahí).

- Dimensionalidad y gravedad: Por todo ello, debemos tener siempre en cuenta la perspectiva cultural (contextual) de las conductas adictivas, del sufrimiento psicológico y de su presentación conjunta (sin ir más lejos, sin la creación de los diagnósticos no existiría la idea de una patología “dual”), poniendo énfasis en su naturaleza dimensional y no categórica y en la funcionalidad del comportamiento humano, frente a una existencia *per se* en forma de alteraciones cerebrales.

En estas líneas he intentado revisar las claves del Modelo Biopsicosocial a la hora de abordar los problemas de adicciones y de salud mental, y de su presentación conjunta, no sólo por lo que implica sino también por lo que no implica (frente al Modelo Biomédico). De esta forma, partimos de comprender el rol determinante de los diversos factores de la vida del individuo en el origen, mantenimiento y recuperación de la comorbilidad y su potencial como fuentes de cambio. Entendemos, además, que la adicción y los problemas de salud mental reflejan comportamientos concretos, en contextos determinados y con unas funciones específicas, que pueden llegar a ser modificados con un adecuado tratamiento (aunque puedan derivar en procesos de cronicación). Las personas no “son adictas” ni “tienen una patología dual” sino que presentan o experimentan problemas de adicción y otros problemas de salud mental conjuntamente (que pueden incluir, si se quiere, dos o más diagnósticos).

Por último, esta revisión pretende ser una llamada a los profesionales de la salud y, en particular de la salud mental, a evitar discursos cerebrocentristas que despojen a los usuarios y usuarias de autonomía e identidad, dejando sus contextos vitales en un segundo plano. El Modelo biopsicosocial ofrece, en definitiva, no sólo un modelo basado en la evidencia científica sino, también, más humano para abordar el sufrimiento.

Bibliografía

