

CASO PRÁCTICO DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON UNA PACIENTE DE ALCOHOLISMO EN EL CAID DE TORREJÓN DE ARDOZ DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

PRACTICAL CASE OF SOCIAL INTERVENTION WITH AN ALCOHOLISM PATIENT IN THE CAID OF TORREJÓN DE ARDOZ FROM THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

Antonio Jiménez Fernández
Trabajador Social

Resumen: Desde la perspectiva del Trabajo Social se presenta la intervención realizada a través del modelo biopsicosocial con una paciente con problemas de adicción al alcohol en el Centro de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de Torrejón de Ardoz, cuyo abordaje terapéutico permite poner en funcionamiento la coordinación de los recursos sociosanitarios disponibles en el municipio con el fin de favorecer una estabilidad en el proceso vital de la propia paciente.

Abstract: From the perspective of Social Work, we present the intervention carried out through the biopsychosocial model with a patient with problems of alcohol addiction in the Center of Integral Attention to Drug Addiction (CAID) of Torrejón de Ardoz, whose therapeutic approach makes it possible to put into operation the coordination of the socio-health resources available in the municipality in order to promote stability in the patient's own life process.

Palabras clave: Trabajo Social, Adicción, Alcoholismo, Modelo Biopsicosocial, Paciente.

Key Words: Social Work, Addiction, Alcoholism, Biopsychosocial Model, Patient.

| Recibido: 16/02/2021 | Revisado: 26/06/2021 | Aceptado: 20/09/2021 | Publicado: 30/09/2021 |

Referencia normalizada: Jimenez, A. (2021). Caso práctico de intervención social con una paciente de alcoholismo en el CAID de Torrejón de Ardoz desde el modelo biopsicosocial. *Trabajo Social Hoy* 94(107-120). Doi: 10.12960/TSH2021.0017

Correspondencia: Antonio Jiménez Fernández. Email: ajimenezf@movistar.es

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo presentar el caso de una persona con adicción al alcohol desde una perspectiva biopsicosocial. Inicialmente se recogen aspectos teóricos del método en cuestión y posteriormente, se detalla la intervención desde el modelo biopsicosocial en el CAID de Torrejón de Ardoz.

2. ASPECTOS TEÓRICOS DEL MODELO BIOPSIOSOCIAL EN RELACIÓN CON EL ALCOHOLISMO

El modelo biopsicosocial surge en la década de los 70, en contraposición al pensamiento lineal causa-efecto del modelo biomédico, asumiendo como causa un conjunto de elementos que interactúan entre sí, y estableciendo una relación de interdependencia entre las partes. Fue el médico George Engel quien propuso este modelo, condenando el reduccionismo al que se veían expuestos problemas complejos como los trastornos mentales (Castilla et al., 2017 p. 4).

Fernández y De la Vega (2019) señala que “Bertalanffy fue de los primeros investigadores en superar la simplificación del fenómeno de las adicciones en causa/efecto físico. Agregando la necesidad de conocer los elementos que interactúan entre sí y su relación, como parte imprescindible para comprender el fenómeno de las drogas”.

Continúan las controversias entre dos modelos: el modelo médico de enfermedad, que ha sido el dominante durante las décadas precedentes, y el modelo biopsicosocial, que entiende la adicción como una conducta habituada, y que ha ido ganando terreno al haber demostrado su mayor capacidad para explicar los hallazgos empíricos a la luz de las neurociencias. Parece que nos encontramos en uno de esos momentos históricos que Kuhn denominó “cambio de paradigma”, momentos en los que los científicos encuentran anomalías que no pueden ser explicadas por el paradigma vigente, dentro del cual la ciencia ha progresado hasta ese momento (...). No obstante, el viejo paradigma de la adicción como enfermedad mental está reformulándose para no morir, intentando asumir los nuevos hallazgos neurocientíficos y proponiendo la vaga e imprecisa idea de enfermedad cerebral” (Pedrero y Ruiz, 2014 citado en Apud y Romani, 2016).

Diferentes autores/as han tenido en cuenta el concepto de vulnerabilidad desde diferentes disciplinas, y desde el contexto de la salud y las adicciones es de primordial importancia desarrollar el constructo de vulnerabilidad para poder hacer frente a su impacto en los problemas de salud y en los comportamientos de consumo, sean químicos o conductuales (García, 2015, p. 11).

García (2015) analiza un perfil teórico de vulnerabilidad psicosocial como “factor de riesgo que abarcaría una exposición alta a riesgos de comportamiento de salud y consumo (...), estilos y estrategias de afrontamiento de mala calidad (...), resiliencia baja que le impide adaptarse adecuadamente a las situaciones de amenaza (...), nivel de estrés alto y con dificultades para manejarlo (...), figuras de apego deficientes (...), y por último inteligencia emocional rasgo baja (...)” (García, 2015, p. 11).

Apud y Romaní (2016) señalan que “en el caso de la definición del National Institute on Drug Abuse (NIDA), si bien sostiene formalmente la idea de “enfermedad cerebral”, también incluye diversos factores de vulnerabilidad, bajo la encrucijada de la multifactorialidad: predisposición genética, edad de exposición a las drogas, y factores contextuales en distintas áreas sociales, como la familia o el trabajo” (Apud y Romaní, 2016 p. 120).

El modelo del NIDA aparece claramente reflejado en el DSM-5 y su conceptualización del trastorno por consumo de sustancias (TCS): “una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga” (American Psychiatric Association, 2014, p. 483, citado en Becoña, 2016).

Becoña considera que, desde un modelo biopsicosocial, nuestra formación profesional, nos lleva a entender al ser humano de modo integral, no parcializado ni reduccionista, y señala que el modelo cerebral de las adicciones, por su reduccionismo, no es asumible desde la perspectiva psicológica (Becoña, 2015 p. 123-124). Hall et al., apostilla: “la adicción es un trastorno complejo biológico, psicológico y social que necesita ser guiado por varias aproximaciones clínicas y de salud pública” (Hall et al., 2015, citado en Becoña, 2015).

Borrell (2002, p. 175) señala que Engel creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social.

Igualmente, indica: “la perspectiva biopsicosocial nos ha lanzado una grave advertencia: tenemos que incorporar al paciente como sujeto -no mero objeto- del proceso asistencial. Nace así una práctica del modelo que Bartz llama dialógica y que partiría de un supuesto: la realidad de cada persona, de cada paciente, se interpreta -se crea y recrea- a través del diálogo, y en este diálogo aparece una narrativa del paciente que es necesario comprender” (Borrell, 2002, p. 177).

3. DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO PRÁCTICO

En la exposición del presente caso se puede observar el abordaje de un planteamiento interdisciplinar desde el modelo biopsicosocial en el que están implicados/as profesionales de la medicina, psicología, educación social, y trabajo social.

Con el fin de proteger la identidad y los datos personales de la paciente, “N” será el nombre utilizado en este artículo, que desarrolla la intervención biopsicosocial realizada desde el CAID de Torrejón de Ardoz.

“N” es una mujer de 36 años que acude al CAID de Torrejón de Ardoz, en mayo de 2019 en estado de gestación, solicitando tratamiento para su problema de adicción al alcohol. Viene derivada por el psiquiatra del Centro de Salud Mental y de la trabajadora social del Centro de Salud.

Dada la complejidad de la situación personal y familiar de esta paciente es necesario mantener una coordinación estrecha tanto con el Centro de Salud de referencia, el Hospital, los Servicios Sociales municipales, y los profesionales del propio CAID.

Al inicio de la intervención, en mayo de 2019, la paciente cuenta con treinta y seis años. Acude embarazada de 18 semanas (de padre desconocido: quedó embarazada durante un ingreso residencial en el que mantuvo relaciones con otro paciente). La composición de su familia está formada por sus padres (que estaban separados, su madre vivía sola y su padre tenía una nueva relación de pareja), y su hermano de veintinueve años que vive en un piso de alquiler junto a la paciente, que convive con él, abonando el importe del alquiler de una habitación.

Según consta en la historia clínica del CAID se constata que tiene los siguientes antecedentes personales:

- Trastorno límite de la personalidad.
- Alcoholismo.
- Reducción gástrica.

Con respecto a la historia de consumo, la paciente manifiesta el inicio del consumo de alcohol cuando tenía catorce años. Con veinte años, los consumos se acentúan los fines de semana, y con veintiocho años, el consumo pasa a ser diario, llegando a mantener el consumo de un litro de cerveza por día.

Con treinta y cinco años realiza consumos puntales de alcohol de 96º rebajado con refrescos de cola o zumos.

Con respecto al cannabis, mantiene consumos desde los dieciséis a los veintitrés años y los abandona, y con la cocaína, hace un uso experimental y puntual con dieciocho años.

En entrevistas iniciales, se recogen datos de su historia personal. La paciente refiere malos tratos por parte de la madre durante la infancia, y haber sentido mucha presión familiar.

En 2011 se casó con un hombre veintiún años mayor que ella, compañero de trabajo. Estando en Madrid, deciden marcharse al norte de España para alejarse de la familia, y posteriormente, tiene sentimiento de culpa por dejar a su hermano solo con la madre, el cual también había recibido maltrato.

En esa época (2011), sufre un primer intento autolítico con sobreingesta medicamentosa, y su psiquiatra y su médico le aconsejan un cambio de aires, y decide marcharse al sur, de donde es su pareja, que, aunque se conocieron en Madrid, pasaba muchos veranos por la zona. Ya instalados en una ciudad de Andalucía, tiene problemas de convivencia en ocasiones por temas económicos y unas dificultades familiares que le llevan a sufrir el segundo intento autolítico.

En 2016 se traslada sola a Madrid e inicia terapia en una asociación para el tratamiento de alcohol conviviendo en casa de una compañera de terapia.

3.1. Situación socioeconómica

Es perceptora de pensión contributiva por invalidez de alrededor de seiscientos euros. Inicialmente, convivía con su hermano pagándose el alquiler de la habitación que ocupaba, pero tras fallecer su madre, tanto el hermano como la paciente se marcharon al domicilio de la madre. De esta manera, ya no hay gastos de alquiler, tan solo los propios de los suministros.

Después del nacimiento del bebé ha requerido apoyos económicos puntuales de Servicios Sociales y de una asociación del municipio de atención a mujeres.

3.2. Diagnósticos

El juicio clínico en la historia del CAID es:

- Trastorno grave por consumo de alcohol.
- Trastorno grave por consumo de tabaco.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Vulnerabilidad social.

Antonio Jiménez Fernández

El Diagnóstico Social actualizado a septiembre de 2020, recogido en las entrevistas con el trabajador social que suscribe es:

- Mujer de 37 años con un hijo de un año.
- Convivencia con su hermano.
- Disponibilidad de vivienda.
- Relaciones familiares deterioradas.
- Problemas de alcoholismo.
- Grado de discapacidad.
- Necesidad de apoyos y seguimiento social.
- Coordinación con los diferentes recursos en intervención.
- Motivación para el cambio.

3.3. Diseño de Intervención Biopsicosocial

El Diseño de Intervención Biopsicosocial planteado desde el CAID se realiza teniendo en cuenta una evaluación en equipo, formado por médico, psicólogo, educadora y trabajador social.

El Itinerario Terapéutico requiere diferentes momentos:

En un primer momento, el tratamiento se centra, a nivel ambulatorio, en el que la paciente acude regularmente a las consultas con los diferentes profesionales de su equipo de tratamiento.

Posteriormente, y tras la valoración de equipo, se acuerda el ingreso residencial de la paciente en un centro de tratamiento de la red de drogodependencias de Comunidad de Madrid, que debido a las circunstancias del estado de alarma y la pandemia del Covid 19, se limita a apenas un mes donde la paciente intenta integrarse en el proceso residencial de tratamiento.

A partir del 16 de marzo de 2020, y debido al Covid-19 la paciente tiene que abandonar la clínica y quedarse en casa respetando el confinamiento del estado de alarma indicado por las autoridades competentes. En este periodo el seguimiento se hace vía telefónica, tanto a través de la clínica residencial con llamadas telefónicas del psicólogo, como por parte del CAID, con llamadas de los/as profesionales que ya conocían a la paciente.

Una vez finalizado el confinamiento general, en junio de 2020, y cuando se comienzan a retomar las citas presenciales en el CAID, se vuelve a citar a la paciente en las consultas habituales, a nivel ambulatorio.

Las características de este diseño son: que se trata de un diseño individualizado e interdisciplinar (médico, psicóloga, educadora social y trabajador social).

3.4. Valoración social

Se valora que “N” necesita un apoyo personalizado y continuado para gestionar su tiempo tanto sola, como junto con su hijo, a través de pautas que la ayuden para su desarrollo personal, para la maternidad y para estabilización en la abstinencia del alcohol.

3.5. Coordinaciones

Las coordinaciones han sido de vital importancia en el seguimiento y valoración de esta persona. El trabajador social de referencia del CAID las ha realizado de la siguiente manera:

Con las trabajadoras sociales de los Servicios Sociales, Centro de Salud y Hospital, de forma semanal.

Con la psicóloga clínica, la médico y la educadora social del CAID, con una frecuencia semanal.

Dada la situación sanitaria del Covid-19, mayoritariamente estas coordinaciones han sido telefónicas y a través del correo electrónico, aunque alguna de ellas, de manera puntual, ha sido realizada presencialmente en el salón de actos de los Servicios Sociales para respetar la distancia social y resto de medidas higiénicas que indican las autoridades sanitarias.

3.6. Actuaciones en las diferentes consultas

En las diferentes consultas de los/as profesionales del CAID se han planteado diferentes objetivos y actuaciones en función de cada disciplina, que a continuación se detallan:

En Consulta Médica:

- Tratamiento farmacológico.
- Valorar pruebas de alcoholemia.
- Controles toxicológicos de orina (etanol).
- Peticiones de pruebas complementarias.

Antonio Jiménez Fernández

En Consulta psicológica:

- Funcionalidad de los consumos de alcohol.
- Trabajo de la culpa y la autoexigencia.
- Frustración.
- Trabajo para el empoderamiento personal.
- Autoestima.

En Consulta con Educadora Social:

- Empoderamiento personal y autocuidado.
- Talleres socioeducativos:
 - Habilidades con herramientas digitales.
 - Formativos (cambio de perfil profesional).
- Talleres de empleo.
- Taller de relajación.
- Grupo de encuentro de mujeres.

En Consulta con Trabajador Social:

- Se gestiona revisión de su reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Inicialmente, se motiva a la paciente para que pida cita en Servicios Sociales para prever posibles ayudas sociales cuando nazca el bebé.
- Seguimiento en asociación de apoyo a la mujer del municipio.
- Apoyo en trámites varios de INSS, Centro Base, Servicios Sociales, etc.
- Visitas a domicilio.
- Coordinación con Servicios Sociales.
- Coordinación con Centro de Salud y Hospital.
- Entrevistas con “N” y familiares.
- Toma de conciencia de su situación personal y familiar.
- Dar a conocer los recursos sociales normalizados.

3.7. Evolución de la paciente en el CAID

En mayo 2019 solicita el ingreso en CAID para tratar su problema de adicción al alcohol. La entrevista de acogida es realizada por una enfermera que da las correspondientes citas de evaluación con los diferentes profesionales. Inicialmente con médico y psicóloga clínica, y posteriormente, con el trabajador social y la educadora social.

En julio 2019 fallece su madre, a pesar de la mala relación que ha habido históricamente, es una gran pérdida para la paciente y siente una gran tristeza.

En agosto 2019 realiza todos los trámites para divorciarse de su exmarido.

En septiembre 2019 nace su hijo. El niño nace sano pero dados los antecedentes médicos y sociales de la paciente, la trabajadora social del hospital emite informe a los Servicios Sociales y al CAID de la necesidad de realizar seguimiento tanto de la paciente como del recién nacido para garantizar los adecuados cuidados.

Se detectan varios consumos de alcohol sin que la paciente los haya señalado en las consultas de CAID (hay parte médico y parte policial).

Se pauta la toma del interdictor de manera presencial en el CAID.

Se produce un consumo de fin de semana, y es el padre quien informa a Servicios Sociales. "N" acude a casa bajo efectos del alcohol poniendo en riesgo al menor al conducir en estado ebrio y sufrir una caída al bajarse del coche. Tras este consumo, se requiere apoyo familiar para toma supervisada de interdictor. La familia no puede hacer esta función ya que el padre tiene su pareja y además viven en otro municipio, y su hermano trabaja. La paciente informa de una vecina (amiga de la madre) que se puede hacer cargo para la dispensación y supervisión de la toma del interdictor.

En varias entrevistas se percibe cierto hedor étílico (a pesar de toma presencial de Antabús), mayor labilidad emocional de la habitual en sesiones normales con diferentes profesionales. Parece ser que el interdictor no hace el efecto deseado, pero "N" no refiere consumos.

Desde Servicios Sociales nos informan:

- 10-02-2020: Un parte de atención primaria, el médico menciona hedor étílico en consulta médica.
- 12-02-2020: Un parte policial, donde indica que se recibe llamada de una persona que informa de una mujer en estado de embriaguez con un menor. La policía le acompaña al hospital, donde informan que se observan síntomas de ingesta de alcohol.

Tras estas circunstancias, la trabajadora social de Servicios Sociales propondrá guarda del menor e ingreso residencial de "N" para tratamiento de deshabitación para que pueda hacerse cargo del niño con mejores garantías.

Antonio Jiménez Fernández

En coordinación con Servicios Sociales, Centro de Salud, Hospital y CAID, se valora:

- Positivo vínculo de “N” con su hijo.
- El niño está bien cuidado.
- “N” acude a todas las revisiones médicas del bebé y la evolución es saludable.
- Una separación de “N” de su hijo sería un obstáculo para un buen tratamiento.
- La familia no puede hacerse cargo del menor en ningún momento: padre vive con su pareja en otro municipio y no se consideran capacitados para cuidar al bebé; el hermano tampoco puede por motivos de trabajo.

La propuesta conjunta que se realiza entre los diferentes recursos de atención es la siguiente:

- Ingreso de “N” en Centro Hospitalario de Tratamiento a Drogodependientes (CHTD) con el bebé (plaza conjunta: paciente+bebé). Fecha de Ingreso: 2 de marzo de 2020.

El 16-03-2020, dan de Alta a la paciente en el CHTD debido al estado de alarma del Covid-19, y durante los siguientes meses, el contacto con la paciente y el seguimiento se realiza vía telefónica.

En junio 2020, y tras la salida del estado de alarma, y dado que el proceso de intervención residencial quedó interrumpido, se vuelve a contactar con CHTD con el fin de solicitar el reingreso. El centro residencial indica que hay que hacer una nueva valoración y enviar el correspondiente informe, por tanto, hay que realizar un nuevo informe de derivación. El equipo del CAID accede a hacer el trámite con el consentimiento de la paciente y dando la información también a la familia.

El 27-07-2020, se realiza coordinación con la educadora de servicios sociales, y señala que el 24-07-2020 “N” tuvo un consumo de botella de whisky (de las pequeñas) en las vísperas del aniversario de la muerte de la madre.

El 29-07-2020, en cita con la psicóloga del CAID, la paciente informa que su tío paterno está viviendo temporalmente en su casa, hasta que encuentre otra vivienda tras la separación de su mujer. Es bebedor también de alcohol y lo hace en presencia de “N”.

Desde el CAID se continua con el proceso de la solicitud de nuevo ingreso en CHTD y se pide a la paciente que retome citas con Salud Mental para contar también con los recursos de los que esa institución pueda disponer.

En este momento, “N” se muestra ambivalente, pero puede la presión de que le puedan retirar a su hijo, por lo que se decanta por el ingreso.

En la actualización del informe de derivación para CHTD manifiesta dos consumos compulsivos de alcohol, durante el confinamiento, negando “craving”, entendiendo por “craving”, el deseo intenso de consumir sustancias tóxicas. El tratamiento del interdicator, que hasta ahora era llevado por su médico de atención primaria se retomará de nuevo desde el CAID.

En agosto 2020 comienza tratamiento supervisado y con toma presencial de interdicator tres veces por semana en el CAID, mientras queda incluida en lista de espera para ingreso residencial.

En octubre 2020, se recibe informe de CHTD considerando no procedente el ingreso. Se habla con paciente y familia y manifiestan insistencia para ingresar. Tras conversación con psiquiatra del recurso (CHTD) argumentan que dado que la paciente mantiene abstinencia y la evolución a nivel ambulatorio es buena, no procede ingreso. Es necesario reevaluar y plantear nuevos objetivos (a nivel ambulatorio).

Para ello, se diseñó un Nuevo Plan de Intervención, en coordinación con Servicios Sociales, Centro de Salud y CAID:

- Desde Servicios Sociales:
 - Se solicita plaza de urgencia social en Escuela Infantil para el hijo de “N”.
 - Seguimiento y apoyo social con ayudas económicas.
 - Acompañamiento social.
- Desde el Centro de Salud:
 - Seguimiento médico de la paciente.
 - Seguimiento pediátrico del bebé.
 - Apoyo social, desde la trabajadora social del centro de salud.
- Desde CAID:
 - Seguimiento psicológico:
 - Aspectos personales y prevención de recaídas.
 - Seguimiento social:
 - Apoyo en la búsqueda de actividad formativa.
 - Apoyo en búsqueda de empleo.
 - Apoyo con grupo de mujeres (Área de la Mujer).
 - Controles toxicológicos de orina (etanol).
 - Necesidad de que el tío paterno abandone los consumos o abandone la casa.

Con la realización de este diseño de intervención, y habiéndolo basado en el modelo biopsicosocial, la paciente está siguiendo las indicaciones que se le han señalado para el cumplimiento de sus objetivos y avanzar en su proceso vital. A su vez, se observa

Antonio Jiménez Fernández

que la paciente está consiguiendo una estabilidad en el tratamiento de su adicción, así como en el seguimiento social que realiza en los diferentes recursos sociosanitarios en los que participa.

4. A MODO DE REFLEXIÓN

Desde el Trabajo Social se valora positivamente la coordinación entre los diferentes recursos tanto sociales como sanitarios, promoviendo la utilización adecuada de dichos recursos, así como facilitando la comunicación y coordinación con el sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas tanto del propio municipio, como externos, para garantizar una atención integral.

Facilitar una coordinación fluida entre recursos ayuda a la evolución favorable de la paciente.

Contar con una red de recursos sanitarios y sociales permite realizar un trabajo integral con todos los profesionales implicados.

Es necesario un apoyo social para el sostenimiento y la estabilidad personal de la paciente.

En función de las áreas, objeto de atención, se procede al diseño de un Plan de Intervención Integral e Individualizado que permite la realización del seguimiento y evolución para una posterior evaluación, como parte del trabajo en equipo.

Desde el Trabajo Social se incorpora y se favorece la inclusión de la perspectiva social en la intervención profesional.

Se identifican los factores y situaciones de riesgo social relacionados con el paciente con adicción que se encuentra en tratamiento.

El/la trabajador/a social es miembro activo de las reuniones de coordinación a nivel interno y externo del Centro de Adicciones.

Desde el Trabajo Social se participa en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales aportando la dimensión social.

Se emiten los correspondientes informes sociales a diferentes entidades.

Para finalizar este documento, se valora y estudia a nivel individual, familiar y social las dificultades y circunstancias sociales y cómo se ve afectada la paciente en su estado de salud y evolución.

5. CONCLUSIONES

Por todo ello, participar y trabajar desde un modelo biopsicosocial en Trabajo Social permite que tanto los factores biológicos, como los psicológicos como los sociales resulten igualmente importantes para el desarrollo de la intervención integral del proceso de la paciente.

El modelo biopsicosocial, que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos, culturales, sociales e individuales, es el modelo que, de forma más rigurosa y lógica, atiende las pruebas científicas sobre la naturaleza de la adicción (Castilla et al., 2017, p. 7).

Como recoge la Red por un Enfoque Integral en las Conductas Adictivas (REICA) en su documento, el enfoque integral biopsicosocial, centrado en la persona y en su desarrollo, debe mantenerse. Es un modelo de referencia internacional en la investigación y abordaje de las adicciones.

Para finalizar se considera importante recoger lo que Borrell señala: “defendemos una aplicación abierta del modelo, entendiéndolo como una perspectiva del método científico que:

- a) Enriquece con el modelo de causalidad circular las hipótesis de nuestros trabajos de investigación (...) complementa al modelo de causalidad estructural.
- b) Reconoce al paciente como sujeto activo del proceso asistencial, y se adapta a sus requerimientos personales y culturales para darle la mejor atención posible.
- c) Se adapta sin prejuicios a la medicina basada en pruebas, en descubrir nuevas leyes en la ciencia médica, en colocar dicho conocimiento médico como conocimiento útil para cada persona” (Borrell, 2002 p.179).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Apud, Ismael y Romaní, Oriol. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. Salud y drogas [En línea]. 2016, 16(2), 115-125. Recuperado el 13 de junio de 2021. ISSN: 1578-5319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- Becoña, Elisardo. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. Papeles del Psicólogo [En línea]. 2016, 37(2), 118-125. Recuperado el 13 de junio de 2021. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77846055004>

- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica* [En línea]. 119(5), 175-9. Recuperado el 30 de junio de 2021]. Disponible: http://www.altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf
- Castilla, C., Villamarín, S., De Vicente, A. y Berdullas, S. (2017). El declive de la atención en las adicciones. *En Portada* (77), pp. 3-7. Consejo General de la Psicología de España. Recuperado el 1 de febrero de 2021. Disponible en: <http://www.cop.es/infocop/pdf/2856.pdf>
- Fernández, D. y De la Vega, B. (14 de noviembre de 2019). Evolución de modelos interventivos en adicciones: de la persecución a la responsabilidad. *Las drogas. info* [En línea]. Recuperado el 30 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.lasdrogas.info/opiniones/evolucion-de-modelos-interventivos-en-adicciones-de-la-persecucion-a-la-responsabilidad/>
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions*, Vol 15, No 1, 5-14. Recuperado el 19 de enero de 2021. Disponible en: <https://ojs.haaaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=236> DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v15i1.236>
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.
- Pedrero Pérez, E. J., y Ruiz Sánchez de León, J. M. (2014). Perspectiva histórica y estado de la cuestión. En E. J. Pedrero Pérez y J. M. Ruiz Sánchez de León (Eds.), *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Red por un Enfoque Integral en las Conductas Adictivas (REICA). En defensa de un modelo de atención integral en adicciones. (2017). Recuperado el 1 de febrero de 2021. Disponible en: <http://www.infocoonline.es/pdf/REICA2017.pdf>.