



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 2026

XV LEGISLATURA

Núm. 145

Pág. 1

PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE LAS ADICCIONES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PABLO HISPÁN IGLESIAS DE USSEL

Sesión núm. 16

celebrada el martes, 3 de marzo de 2026

Página

ORDEN DEL DÍA

CELEBRACIÓN DE LA SIGUIENTE COMPARECENCIA:

Comparecencia de la Coordinadora General, responsable de la estrategia operativa de la Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd), Dña. Marta Torrens Melich, ante la Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones, para exponer las actividades y experiencias de los grupos de investigación que conforman esta red a nivel nacional	2
Solicitud de comparecencia (Número de expediente del Senado 715/000436 y número de expediente del Congreso de los Diputados 219/000574). Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO	2

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 2

Se abre la sesión a las once horas.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dar comienzo a la sesión, que hoy celebramos en el Senado.

Por si acaso la compareciente no lo sabe, esta es una comisión mixta, es decir, que hay senadores y diputados, y esta presidencia trata de cumplir con ese espíritu y tener reuniones tanto en el Congreso de los Diputados como en el Senado.

Hoy tenemos con nosotros a la doctora Marta Torrens Melich, coordinadora general, responsable de la estrategia operativa de la Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones, RIAPAd, para exponer en el seno de la comisión las actividades y experiencias de los grupos de investigación que conforman esta red de investigación a nivel nacional. La comparecencia se celebra a propuesta del Grupo Parlamentario Popular.

Doctora Torrens, agradecemos su presencia y disposición para informar a los miembros de esta comisión.

Tras la intervención de la señora Torrens, daré la palabra a los portavoces de los diferentes grupos parlamentarios.

Doctora Torrens, tiene la palabra. El tiempo es suyo.

La señora **TORRENS MELICH** (coordinadora general, responsable de la estrategia operativa de la Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones, RIAPAd): Muchas gracias por su interés en el tema, que pienso que es muy relevante, por lo que intentaré convencerles de lo importante que es que sigamos investigando sobre ello. **(La señora compareciente apoya su intervención con una presentación digital).**

Empezaré por una introducción para entender qué es una adicción. ¿Qué sabemos en el año 2026 sobre las adicciones? Sabemos que una adicción es una enfermedad crónica con tendencia a la recaída que se caracteriza por producir una conducta compulsiva respecto al consumo de una sustancia o bien por provocar un determinado comportamiento —porque ya sabemos que hay adicciones sin sustancia—, a pesar de las graves consecuencias negativas tanto para la persona adicta como para el entorno, sobre todo personales, familiares y médicas. Venimos de la idea de que la adicción es un vicio, pero la adicción no es un vicio; es una enfermedad crónica.

A continuación, voy a explicar lo mucho que ya sabemos de esta enfermedad, porque en los últimos treinta años se ha avanzado muchísimo en el conocimiento de la enfermedad adictiva. ¿Y qué es lo que sabemos? Sabemos que es una enfermedad compleja en la cual se juntan situaciones de la persona que la sufre con determinadas características ambientales y evidentemente de la sustancia que se consume o bien de la conducta que se realiza.

En cuanto a la persona, sabemos en este momento que la vulnerabilidad genética es muy importante: alrededor del 50 % del riesgo de tener una adicción viene dada por los genes, y este es un punto muy importante. Hablamos del 50 %, no del 100 %, evidentemente, pero desde este punto de vista es una enfermedad compleja precisamente por esta interacción entre la persona y el ambiente.

Por tanto, los antecedentes genéticos son importantes; e igual de importantes son los antecedentes respecto a otras patologías psiquiátricas en el propio individuo o en la familia. Como verán, estoy hablando tanto de antecedentes adictivos como de antecedentes psicopatológicos. ¿Qué es lo que pasa normalmente? Que siempre han sido enfermedades muy estigmatizadas —todavía lo son—, de manera que ni los propios usuarios saben que hay estos antecedentes en la familia. Hay que acabar con el estigma para poder prevenir. Uno sabe si en su familia ha habido diabéticos, si hay colesterol o prediabetes, por tanto, tenemos que ir a la preadicción, y este es un concepto que quisiera ir trasladándoles.

Otro factor fundamental para llegar a ser adicto es la edad de inicio. ¿Por qué? Porque, como veremos a continuación, la adicción es una enfermedad cerebral. Es una enfermedad que se produce por una serie de alteraciones cerebrales. ¿Qué pasa con el cerebro? Que no acaba de madurar hasta los 21 años. En concreto, la parte prefrontal es la que madura más tarde, que es, como veremos a continuación, la que nos ayuda a tomar buenas decisiones, a decidir y a motivarnos adecuadamente. Por tanto, si uno empieza a consumir joven, dado que el suyo es un cerebro inmaduro, no lo va a controlar, porque, como digo, tiene un cerebro inmaduro. Por eso, aviso ya —lanzo espóiler— de que es fundamental que no se empiecen a consumir sustancias o a tener conductas que creen adicción hasta que el cerebro esté bien desarrollado, bien madurado.

Otro punto fundamental que cada vez conocemos mejor es el relacionado con el sexo y el género. Como sabemos, hay diferencias cromosómicas entre las mujeres y los hombres. ¿Qué pasa con las mujeres por tener la combinación XX frente a la combinación XY? Existen diferencias en cuanto a la

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 3

absorción y a los efectos producidos por las sustancias, y también surgen diferencias según el momento del ciclo hormonal en el que nos encontremos. Es muy diferente empezar consumir en la fase premenstrual que en la posmenstrual. ¿Por qué? Porque hay sustancias que van a actuar diferentemente y va a existir mayor o menor riesgo de adicción.

En general, ¿qué es lo que nos pasa a las mujeres? Experimentamos el efecto conocido como *telescoping*. Es decir, el tiempo que pasa entre empezar a consumir una sustancia y desarrollar la adicción es menor. Pero, además, están los componentes sociales relacionados con el género. Está mucho más estigmatizado ser consumidor siendo mujer que siendo hombre. Todos sabemos claramente que si un hombre que se emborracha un día no pasa nada, pobrecito, pero la mujer está peor vista, y es que realmente el alcohol actúa de manera diferente. Por tanto, hay muchos problemas relacionados con el género, por eso, una de las cosas que explico siempre a mis estudiantes y a los profesionales es que si una mujer llega a pedir tratamiento hay que ponerle alfombra roja, porque es seguro que le ha costado mucho más llegar a pedir tratamiento por una adicción. Este es un problema que ha sido contemplado en Naciones Unidas, en la OMS y en la Agencia Europea, y es que tenemos muy claro el problema en cuanto a la dificultad de accesibilidad a tratamiento, especialmente entre las mujeres.

Hemos hablado de las personas, de los riesgos relacionados con la edad, el género o el sexo, de los antecedentes genéticos y patológicos, del ambiente, evidentemente, de la accesibilidad y la disponibilidad de las sustancias. Si no hay ninguna sustancia, no habrá adicción; si la hay, será más fácil. Por tanto, la accesibilidad y la disponibilidad son fundamentales, pero también es importante el ambiente social que haya alrededor: si realmente no pasa nada por consumir, si está bien visto o si se publicita. Todos los factores ambientales que quitan importancia al consumo de sustancias son factores que pueden facilitar también la adicción. Pero no menos crítica es la cuestión de la conducta. En este sentido, tenemos, por un lado, el juego patológico de toda la vida y, por otro, una creciente adicción a las redes sociales.

Las sustancias han de tener unas características especiales para pasar al cerebro y, dentro del cerebro, actuar sobre unos puntos especiales; y aquí es donde la ciencia ha avanzado muchísimo en los últimos años. ¿Dónde actúan las sustancias? Actúan, de entrada, en el núcleo accumbens, que es fundamental en el sistema de recompensa, lo que nos produce placer. Y es que el placer es fundamental porque ha permitido que nuestra especie continúe; el placer de comer cuando hay hambre o de beber cuando hay sed. Pues bien, ahí es donde actúan las sustancias.

¿Qué pasa después? Que uno toma una sustancia una vez, le gusta mucho, continúa, la toma otra vez, y otra, y llega un momento en que, si no la toma, no vuelve a estar como al principio y la echa en falta. ¿Por qué? Porque se producen también alteraciones en otras partes del cerebro, como el hipocampo, que está relacionado con la memoria. La persona se acuerda, entonces, no está igual de bien que antes de empezar. Y, por otra parte, está el efecto en la parte prefrontal, que, como les he comentado, no acaba de madurar hasta los 21 años. ¿Qué es lo que pasa? Que los jóvenes son todavía muy primarios y es más fácil que la adicción se desarrolle. La parte prefrontal es la que nos facilita la motivación adecuada, la voluntad adecuada y la toma de decisiones adecuada. Un cerebro adicto es el que tiene alterado todo esto.

Se dice que este chico o esta chica no tiene voluntad. Claro que no tienen voluntad. Es como decirle a un diabético que, como no hay insulina, no se le puede tratar. Señorías, la enfermedad produce una alteración de la motivación. El consumo pasa por delante de todo lo demás, se altera la voluntad y se produce una toma de decisiones equivocada. ¿Por qué? Porque esta alteración es la base del cerebro adicto.

Por otra parte, aparecen otras muchas complicaciones médicas relacionadas con el consumo, y aquí nos vamos a centrar mucho en las diferentes sustancias. Tenemos la comorbilidad psiquiátrica, la presencia de otras enfermedades mentales, y hablo de otras porque las adicciones entran dentro de la clasificación de enfermedades mentales. La más frecuente sin ninguna duda es la depresión, pero también hay trastornos de ansiedad, estrés postraumático y algunas muy relacionadas con según qué sustancias, como pueden ser los episodios psicóticos desencadenados por el consumo de cannabis o de sustancias estimulantes como la metanfetamina, otro de los problemas que ya comentaremos y que tenemos en este momento.

Y no solamente esto. Hablemos del cáncer. ¿Quién no conoce, por ejemplo, la altísima relación del tabaco con el cáncer o la de las enfermedades cardiovasculares con el tabaco, el alcohol o los estimulantes? Si hablamos de enfermedades respiratorias volvemos al tabaco, pero también se producen patologías gastrointestinales, hepáticas e infecciosas. No nos podemos olvidar de las infecciones por VIH de los años ochenta o de las infecciones producidas por el virus de la hepatitis C y de las infecciones de transmisión sexual.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 4

Realmente las complicaciones médicas son importantes, pero tan importantes como las médicas son las sociales. La persona llega a un momento en que pierde su familia y lo pierde todo. La adicción se va complicando y se complica todo lo demás hasta llegar a una grave situación social, con delitos, etcétera. Estas complicaciones sociales son las que desgraciadamente en su momento dieron lugar a pensar que la adicción era un vicio. No, es una enfermedad que se complica a nivel médico y se complica a nivel social.

Una complicación social relacionada con la adicción que ahora vemos muy clara es la violencia de género. Nosotros llevamos a cabo en nuestro grupo un estudio europeo. Coordiné personalmente un estudio en el que trabajaban siete países europeos, según el cual las mujeres con mayor riesgo de sufrir violencia de género eran las consumidoras de sustancias. El 70% sufría violencia de género, y no solamente en nuestro país, sino que lo mismo pasaba en Austria, en Polonia, en Italia y en Inglaterra. Es decir, es una población muy compleja.

La evolución histórica es otro de los temas importantes. El alcohol y el tabaco siempre han existido, como vemos en la línea azul oscuro de la diapositiva. Pero ¿qué pasa con las adicciones a sustancias? Que vamos cambiando. En los ochenta aparece la epidemia de heroína, con todo lo que implica además de aparición e infección por VIH y del sida hasta los noventa. A partir de los años 1993 y 1994 empiezan a aparecer cambios en las leyes y se facilitan los tratamientos con metadona, lo cual supone un gran cambio, pero todavía no tenemos buenos tratamientos para el sida, para el VIH, y los pacientes te decían: «Ahora que ya no consumo, me muero». Eso es lo que pasaba en los noventa, una época especialmente dura.

¿Y qué pasa de los noventa a los dos mil? En el año 2000 se produce un cambio, y es que la sustancia principal es la cocaína, que a su vez nos trae un cambio muy importante. Los pacientes ya no mueren por sobredosis, como ocurría con la heroína, o por infecciones, sino que la cocaína trae consigo mucha patología psiquiátrica: cuadros de depresión muy graves, pero también cuadros psicóticos muy graves. Surge el problema de la patología dual. La cocaína produce una sintomatología más de tipo psiquiátrico: cuadros delirantes, cuadros persecutorios, etcétera.

Por otra parte, a finales del año 2000 aparecen nuevas sustancias psicoactivas, y con ellas surgen la *darknet* y los psiconautas, que son las personas que buscan el consumo de nuevas sustancias a través de la red. Esto es algo que se ha ido desarrollando cada vez más. A estas sustancias psicoactivas en su momento se les llamaba *legal drugs*. Esto no quería decir que fuesen legales, sino que eran alegales; no había dado tiempo a ilegalizarlas. Además, si las ilegalizaban, cambiaban un poquito la fórmula química y ya no eran ilegales. Esto supuso otro rebomborio, otro cambio muy espectacular en la historia de las adicciones.

Asimismo, crece el consumo de cannabis, un cannabis que cada vez tiene mayor proporción de THC. El cannabis tiene 500 moléculas diferentes, pero las que nos interesan más desde un punto de vista sanitario son dos: el delta-9-tetrahidrocannabinol, que es el que coloca cuando se toma, el que te sienta bien, el que hace que te sientas feliz, que estés tranquilo y tengas ganas de seguir fumando y seguir consumiendo para seguir estando igual de bien. Y luego está el cannabidiol, que se ha observado que protege y es terapéutico en algunas enfermedades.

Entonces, ¿qué es lo que nos está pasando con el cannabis? Que una cosa era el cannabis que teníamos en los años dos mil, que tenía una proporción tres a uno o cuatro a uno, como mucho, entre tetrahidrocannabinol y cannabidiol, y el cannabis que hay actualmente, que tiene una proporción desmesurada de tetrahidrocannabinol, como veinte o treinta veces más y, en cambio, cannabidiol casi no existe, con lo cual los riesgos relacionados con su consumo son mucho mayores. Y ahora volvemos a tener otra vez la posible epidemia, que está llegando también, de metanfetamina. La metanfetamina es una cocaína mucho más intensa, que nos da unos cuadros psicóticos muy graves.

Hemos hablado de esto, pero también tenemos otras adicciones. Empezamos con la adicción al juego de siempre, pero esto está evolucionando muchísimo. Por ejemplo, como saben, en este momento está todo el tema de las adicciones a las redes sociales, que son adicciones también y que nos están provocando muchísimos problemas. Y esto sigue, sigue y con diferencias. ¿Qué es lo que tiene? Pues es una enfermedad neurológica, una enfermedad del cerebro con características epidémicas, como las infecciones, que van fluctuando en el tiempo. ¿Qué podemos hacer? Prevenir, evidentemente, diagnosticar y tratar, siempre de la manera disponible que sea más científica, con la mayor evidencia, y para esto hay que investigar. ¿Y qué es lo que investigamos en adicciones? ¿A quién investigamos? Hay que investigar población general, jóvenes, mayores, pacientes, usuarios, a diferentes tipos de población. ¿Dónde? Hay que investigar en laboratorios, evidentemente, pero también en los centros de tratamiento y en la comunidad porque los hay que no llegan a centros de tratamiento. ¿Cómo? Con investigación translacional,

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 5

evidentemente, desde la epidemiología a la básica y a la clínica. Y esto es lo que hay que hacer, hay que investigar. Los investigadores tenemos que reunirnos e investigar de manera translacional y con una perspectiva de género.

¿Qué hemos hecho? En España en el año 2002 se creó la primera red de investigación en adicciones, las RETIC, que eran redes de investigación en temas concretos. La primera red de tratamiento de adicciones, la RTA, se creó en el 2002 y duró hasta el 2020. Y después, con cambios de RETIC a RICORS, es decir, a redes de investigación enfocadas a la salud, se creó la RIAPAd. La RIAPAd empezó en el 2021 y tendremos financiación hasta el 2027. Esa es la red que estoy coordinando y por la que estoy aquí. ¿Qué diferencias hay entre unas y otras? Pues la RETIC cuando se creó, si no recuerdo mal, afectaba a 7 comunidades autónomas diferentes y la mayoría de los grupos eran básicos; había menos grupos clínicos y epidemiológicos. Repito, sobre todo eran básicos. La RIAPAd, Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones, es una RICORS, una red que va enfocada, orientada a resultados de salud, y ahora sí que somos 10 comunidades autónomas diferentes e incluimos 11 grupos clínicos —fijaos en la diferencia—, 7 grupos básicos y 1 grupo epidemiológico.

La imagen que veis en pantalla es el organigrama de la red, que ahora voy a detallar más. Los miembros de esta RIAPAd, que viene de hace muchos años, de la RTA, somos además asesores de diferentes comunidades autónomas, de organismos nacionales, como el Plan Nacional sobre Drogas o el Consejo Estatal de Adicciones, de organismos europeos... Además, dos de los miembros estamos en el Comité Científico de la Agencia Europea de las Drogas, y de otros organismos internacionales globales, tenemos miembros —yo misma—, en Naciones Unidas en Drogas y Crimen, en la OMS y en Copolad. Somos investigadores reconocidos a nivel internacional.

¿Cuáles son los objetivos de esta red? El primer objetivo es la prevención y preparación frente a las adicciones. Este es el objetivo que lleva uno de nuestros investigadores, el doctor Benito Quintana. Este objetivo tiene cuatro *work packages*, cuatro líneas: la detección temprana de nuevas sustancias con todas las metodologías que ahora estamos utilizando, que luego si acaso ya detallaremos; la evaluación de las nuevas amenazas, lo que es el *early warning system*, que tenemos que trasladar inmediatamente a Lisboa y desde allí a toda Europa; la prevención del consumo y promoción de la salud, y la detección de la vulnerabilidad a largo plazo, que es fundamental. Estos cuatro *work packages* están dentro de este objetivo de prevención, que es muy muy importante.

Otro objetivo es el seguimiento de la evolución de los trastornos adictivos. Desde el descubrimiento de biomarcadores para que nos ayuden al diagnóstico y al pronóstico, a pasar de la investigación básica a la clínica. Es necesaria esta traslación del laboratorio al paciente o al usuario, con todo lo que ello implica. Podemos contar muchas anécdotas porque no es tan fácil. Contamos con un grupo de personas en el estudio clínico desde hace muchos años y una línea muy dirigida al trastorno por alcohol, que ya saben que junto con el tabaco son las adicciones más frecuentes a sustancias; sobre todo el alcohol. Todo lo hacemos entre todos, pero hay un grupo que se centra en el seguimiento de las personas con un trastorno por consumo de alcohol. Y luego hay que analizar el impacto de las complicaciones de la adicción, el impacto que tiene en la salud a medio y largo plazo. Hay un objetivo crucial, que es detectar nuevos tratamientos; nuevos tratamientos para nuevas realidades. Como ya hemos comentado, hay muchos cambios. Hemos aprendido a manejar bien los trastornos por dependencia de opiáceos. De hecho, en una de las revistas internacionales más importantes se publicó el éxito del tratamiento de la dependencia de heroína en España, que de momento sigue siendo el más exitoso. Pero hay que encontrar nuevos tratamientos no solamente farmacológicos para las nuevas adicciones, sino también tratamientos que no sean farmacológicos y que sean innovadores. Ahora estamos desarrollando, ya lo comentaremos si acaso más adelante, tratamientos *online* para cannabis, tratamientos no farmacológicos para facilitar el acceso al tratamiento y la mejoría de este.

Otro objetivo fundamental es mejorar las prácticas clínicas, hacerlas todas basadas en la evidencia. Tenemos que conseguir que las prácticas clínicas sean científicamente ciertas, y además basadas en la evidencia, y que los protagonistas sean los pacientes. Estamos pidiendo que se dé cada vez más voz al paciente. Se están instaurando en la mayoría de las enfermedades en todo el mundo los PREM y los PROM, para medir el progreso desde la perspectiva del paciente, la implicación del paciente en el tratamiento; y tenemos también que evaluar los programas de tratamiento para el alcoholismo, que sigue siendo un tema fundamental. Además, seguimos haciendo la investigación evaluativa en la creación de guías clínicas basadas en la evidencia porque no todo vale, ni mucho menos, hay que basarlo todo en la evidencia científica.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 6

Como ya he comentado, un tema que nos interesa mucho es la perspectiva de género. Lo que hacemos es integrar de manera transversal la perspectiva de sexo y género en toda la investigación que hacemos, en todos los objetivos. Es fundamental formar y difundir, llevar la ciencia a la sociedad, que haya una comunicación abierta y cercana sobre las adicciones, que la gente entienda, que deje de ser tabú, que entendamos lo que es la enfermedad. En este sentido, cuando yo empecé a estudiar medicina, los pacientes no te hablaban de cáncer porque era un mal feo y te hablaban en pequeño. ¿Por qué? Porque entonces era un mal tremendo. Pues bien, las adicciones son una enfermedad igual que el cáncer en aquel momento; ahora el cáncer sabemos que ha mejorado muchísimo. Ojalá el tratamiento de las adicciones mejore como ha mejorado el tratamiento del cáncer en los últimos años. Es fundamental que lo reconozcamos y tengamos claro que es una enfermedad. Y también, evidentemente, hay que formar a los profesionales, hay que ir formando, formando, es importantísima la universidad, importantísimos los estudiantes y también formar a los propios profesionales de la salud de otras especialidades.

Nuestra red se centra en la difusión y difusión. Tenemos una reunión el 28 de mayo en Vigo a la que van a acudir los pacientes y las asociaciones de pacientes. En este sentido, lo que nos interesa es que los pacientes nos expliquen también cómo podemos ayudarlos más y cómo han salido o cómo han recaído, porque ya hemos comentado que es una enfermedad crónica con tendencia a la recaída. Entonces, lo que hay que hacer es mirar cómo podemos conseguir la máxima calidad de vida, el máximo tiempo posible.

En la pantalla pueden ver la web de la red y aquí pueden ustedes entrar, es totalmente libre, y van a encontrar toda la información de RIAPAd.

«Brindar con agua» es un podcast que estamos haciendo con expacientes que nos explican sus experiencias en las diferentes fases de la adicción.

¿Y el futuro? Y ya acabo. ¿Qué nos espera el 2027? La RIAPAd debe continuar, y esto es lo que les pido. La RIAPAd tiene que continuar y no tiene que quedarse en el 2027, para ello necesitamos que continúe la financiación. Y si puede ser un poco más, mejor. Porque ya ven que las cosas cambian muchísimo.

Muchas gracias por la atención.

Quedo a su disposición para contestar a sus preguntas en lo posible.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Torrens, por sus detalladas explicaciones y también por el trabajo que realizan, que para la sociedad es de enorme relevancia.

Ahora tendrán la palabra los portavoces de los grupos parlamentarios de menor a mayor, por un tiempo de diez minutos, aunque saben que soy flexible.

En primer lugar, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, la señora Ahedo.

La señora **AHEDO CEZA**: Muchas gracias, señor presidente.

Antes de nada quiero agradecerle a la señora Torrens su presencia, su intervención y el trabajo que realizan. La investigación en todos los campos es fundamental porque, si no sabemos dónde estamos ni de dónde venimos, no sabremos hacia dónde tenemos que ir. Muy agradecida por todo ello.

No voy a usar diez minutos, ni mucho menos, porque me ha gustado la exposición que ha hecho, que creo que ha sido muy clara, y además tenemos la posibilidad de entrar en la página web. Sin embargo, sí tengo dos preguntas muy concretas. Lo ha comentado, pero ha hablado poco de las adicciones sin sustancia y me gustaría saber si también están investigando en ese campo y qué vías tienen abiertas de investigación o qué tipo de investigación realizan. Hay una adicción muy antigua, la ludopatía, pero ahora están surgiendo muchísimas más y me parece que es un campo muy interesante y necesario.

Por otro lado, me encanta el tema de la perspectiva de género. Por fin alguien lo dice claramente y se supone que lo está haciendo bien. Le quería preguntar por un tema que creo que afecta bastante más a mujeres que a hombres, que es el de las adicciones a psicofármacos. Todo el mundo dice que se compran en internet, pero no es eso, es que nos los receta el médico de cabecera muchísimas veces porque la patología con la que vamos al médico se infradiagnostica. Una mujer que llega con determinados síntomas está ansiosa o está depre y entramos en una rueda. Y esto lo uno con uno de sus objetivos que era la formación de profesionales. En este sentido, querría saber si sobre este tema tienen algo que nos puedan contar fundamentalmente en lo que tiene que ver la relación del médico o la médico de primaria con la mujer y lo que puede ser la formación de profesionales. Nuestras abuelas tomaban Optalidón todas las tardes, no es una cosa nueva. No sé si nos puede dar alguna pincelada sobre el tema.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 7

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Ahedo.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Vox, el señor Alcaraz.

El señor **ALCARAZ MARTOS**: Muchísimas gracias, presidente.

Muy buenos días y muchísimas gracias, doctora Torrens, por su exposición muy clarificadora y, la verdad, muy sintetizada, de tal manera que se pueden entender perfectamente los problemas a los que nos enfrentamos en esta sociedad con las adicciones.

Yo quiero hacer cuatro preguntas o cuatro consideraciones. La primera de ellas es sobre la atención en primaria para la detección precoz precisamente en las adicciones, si realmente usted cree que hay que formar mejor a los médicos en esa primera atención primaria, sabiendo que además tienen un escaso tiempo de atención a los pacientes.

La segunda es si en el refuerzo en la salud mental y las adicciones es importante que se aumente la inversión y que no tengamos listas de espera, como por ejemplo para la primera cita para el psicólogo: dos meses en Andalucía o cuatro en Madrid, incluso seis meses en algunas comunidades.

Una tercera consideración es, como usted ha comentado también, sobre el riesgo del cannabis. Efectivamente, estamos viviendo una banalización del consumo de este tipo de drogas. De hecho, se han llevado iniciativas parlamentarias a la Cámara, que quizá estén contribuyendo a que los jóvenes no perciban el cannabis como un problema importante. No sé usted cómo lo ve, si realmente lo que hace falta es más información y más formación, más que iniciativas parlamentarias para banalizar el consumo.

Y por último, como trabajan a nivel nacional, si creen ustedes que 17 autonomías, con 17 criterios distintos, algunos contradictorios entre unas comunidades y otras, benefician o realmente hay que buscar un sistema común, porque los problemas de un español son los mismos en Galicia, en Asturias o en Andalucía.

Nada más. Muchísimas gracias otra vez por su exposición.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Alcaraz.

Y ahora, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Rodríguez Villarino.

El señor **RODRÍGUEZ VILLARINO**: Buenos días, doctora Torrens.

Muchas gracias por su exposición, que además era tan esperada. Desde el momento en que tuvimos conocimiento de que iba a hablar de algo tan interesante como RIAPAd surgieron preguntas, que vienen al caso porque hablamos de 19 grupos de referencia con investigadores, y no estamos hablando de una investigación normal y corriente, al uso, sino de personas de la máxima competencia.

Mi primera pregunta, que iría justamente en el sentido de lo que estamos hablando aquí, y es cómo se están traduciendo esos resultados, esa óptica traslacional que tiene que llegar a la práctica clínica, a los tratamientos que se llevan efectivamente en cada uno de los lugares, en cada una de las comunidades autónomas, provincias, etcétera. En este sentido, yo no sé hasta qué punto algo tan relevante como es RIAPAd, que forma parte de la red RICORS, de la que hablábamos antes, de esa red de investigación cooperativa que se lleva a cabo con la vista en resultados socialmente útiles, cómo se está trasladando a la realidad.

Por otra parte, un aspecto conceptual que me pareció interesante es que usted ha hablado de la perspectiva biopsicosocial, es decir, la parte que tiene que ver con la conducta y con el contexto social. Así, hay una cuestión que me parece que también debe resaltarse, porque son tres elementos donde creo que no hay ninguno particularmente predominante, sino que depende del caso. Por ejemplo, como usted conoce, los diseños de placebo balanceado demuestran también que las expectativas de las personas a veces son tan importantes como el propio efecto de la sustancia. Y es más, desde los modelos, el modelo moral y el modelo de enfermedad que todavía no ha desaparecido, y que se utiliza en muchas asociaciones y grupos de ayuda mutua, que prefiero no nombrar. En este sentido, sería muy importante tenerlo en cuenta porque a veces incluso conviven modelos mixtos, de moral y de enfermedad, donde dicen que esto es una enfermedad, pero también es una debilidad de espíritu. Confundir estas cosas realmente nos aleja un poco de algo tan relevante. Esta es una comisión de estudio realmente, en la que nosotros lo que debemos trasladar a la sociedad no son ni mensajes morales ni tampoco generalidades, debemos ser a este respecto bastante concretos. Hablan, por ejemplo, de los 6 objetivos que tiene su red, en este caso, de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de demostrada utilidad. Entonces, quisiera saber si nos puede trasladar alguno particularmente interesante en los dos ámbitos para ver qué avances se están produciendo para dar un poco de luz a mucha gente que está en el ámbito de las adicciones y que, sin

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 8

embargo, y tengo que decirlo, creo que no son conocedores de lo que es RIAPAd. No sé por qué, pero me da la impresión de que esos hallazgos, ese trabajo, esa cuestión en red no está llegando. Por ejemplo, en Galicia hay 3 grupos, 2 vinculados a la Universidad de Santiago y otro en el Hospital Álvaro Cunqueiro y uno de ellos tiene que ver con la identificación de factores relacionados con la prevención. En ese sentido, aparte del tratamiento, quiero saber si hay programas basados en la evidencia que tengan que ver con la eficacia en la prevención y resultados, si tenemos alguno que sea particularmente útil. Usted sabe que, en lo que se refiere a la prevención, la utilidad está o en demorar unos meses el inicio o en disminuir la frecuencia de consumo. Esos son objetivos concretos, específicos, muy claros y que a veces no se tienen en cuenta.

Hablaba por otra parte también de lo que era el efecto en el núcleo accumbens. El núcleo accumbens, que es el que tiene que ver con satisfacción en general en la vida, muchas veces está afectado por los tratamientos farmacológicos y puede llevar a que las personas acaben, por ejemplo, en el caso de la metadona y otras cosas por el estilo, por apartarse un poco porque también les resta un poco en su vida. O al menos así lo manifiestan. Es decir, no hay otras alternativas que favorezcan un poco más que el bloqueo de esa parte que tenga que ver con la vida, con la motivación diaria, para favorecer también un poco la posibilidad de que las personas tengan motivación hacia el tratamiento.

Hablaba también de otra cosa relevante, de que las adicciones son condiciones de recaídas. Es cierto. La prevención de recaídas es un enfoque del año 1985, pero en qué medida se está llevando a cabo prevención de recaídas en la práctica clínica habitual y real o en qué medida, muchos de los programas que existen de tratamiento están todavía anclados en tópicos, en dogmas y en mandatos morales. A mí me hace gracia cuando dicen que el problema de los adictos es que no tienen voluntad. ¿Y qué tienen que hacer? ¡Tener voluntad! Esa es la solución. Hombre, pues muchas gracias. Lo que tienen que decir a la gente es cómo adquirir las habilidades de afrontamiento que le permitan salir de la adicción. Y, en ese sentido, una cuestión que no nombró —sí nombró la contraposición entre modelo moral y modelo de enfermedad— es el modelo de autocontrol. El modelo autocontrol no quiere decir que las personas tengan objetivos de consumo controlado, que también, sino que quiere decir que, lógicamente, el objetivo de las personas que tienen una adicción es llegar a autocontrolarse. Entonces, ¿qué objetivos se han conseguido alcanzar para favorecer ese autocontrol y cómo se puede coordinar una red tan amplia? ¿Qué objetivos? ¿Cómo se ha logrado el autocontrol en personas con adicciones, que es la meta? ¿Ese control cómo se ha traducido, se ha traducido en algún modelo, en algún programa que usted quiera destacar? No ocupo más tiempo, ya es bastante.

Muchísimas gracias por haber venido y por su paciencia.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Rodríguez Villarino, por su intervención.

A continuación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, la señora Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Gracias, presidente.

Señorías, buenos días.

Doctora Torrens, mi grupo quiere comenzar reconociendo la trayectoria profesional y el papel que desempeña en la coordinación de la red de investigación y reconocer asimismo la red de investigación RIAPAd, que representa un paso cualitativo muy relevante. Integrar investigación clínica, epidemiológica y organizativa directamente desde el nivel primero asistencial es estratégico para el Sistema Nacional de Salud. La atención primaria es el espacio donde confluyen detección precoz, intervención breve, seguimiento longitudinal y el abordaje de comorbilidades psiquiátricas y sociales. Sin evidencia aplicada a este nivel, las estrategias nacionales se quedan incompletas. Por ello, fortalecer la investigación en el ámbito comunitario es una apuesta científica y es una decisión estructural de la política sanitaria.

Quisiera hacerle algunas cuestiones de diferente tipo, ya que es un lujo para nosotros tenerla aquí y que haya podido hacer un hueco para acompañarnos esta mañana. ¿Cómo se está garantizando que los hallazgos científicos lleguen realmente a la práctica clínica diaria, considerando la sobrecarga estructural de los equipos de la atención primaria?

Por otra parte, y lo ha mencionado al final, la investigación en red —cualquier investigación, pero sobre todo la investigación en red—, requiere una financiación que además sea estable, no de convocatoria puntual. Me gustaría que nos explicara cómo se financia, cómo se accede a la financiación y cómo consigue los recursos para poder hacer que estas líneas de investigación se sostengan en el tiempo. También quisiera que nos contara las dificultades. Si algo tenemos en esta comisión es la disposición a

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 9

abordar las problemáticas que nos traen los ponentes. ¿Cuáles son las dificultades reales que esta red tiene y de qué manera podemos nosotros ayudar desde aquí? Por ejemplo, ¿dando visibilidad y reconocimiento, como en el día de hoy? ¿Qué tipo de iniciativas, qué medidas deberíamos nosotros poner en marcha que puedan ayudar a sostener la red de investigación que sustenta el avance en el abordaje de las adicciones?

Y, por último, quiero preguntarle, ¿hay alguna línea de investigación específica sobre la desprescripción segura o alternativas no farmacológicas que esté basada en la evidencia? Y con esto lo dejo aquí porque, si no, voy a abordarla toda la mañana preguntándole cosas.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Vázquez.

A continuación, tiene la palabra la señora Torrens, para contestar las preguntas y observaciones que le han hecho los diferentes grupos parlamentarios.

La señora **TORRENS MELICH** (coordinadora general, responsable de la estrategia operativa de la Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones, RIAPAd): Primero, el futuro de las adicciones sin sustancias. Nosotros no estamos especialmente dedicados a esta cuestión porque las adicciones sin sustancia están en el CIBEROBN, en el cíber de obesidad. Ahora se está viendo que, probablemente, la obesidad, el consumo compulsivo tiene mecanismos muy parecidos a las propias adicciones. Las enfermedades metabólicas actúan de forma muy parecida en algunos aspectos a las adicciones a sustancias, pero se hacen adictos a comida. Este cíber, además, está estudiando también las adicciones sin sustancias. Entonces, no estamos nosotros, pero sí tenemos muy buena relación, una gran relación, con los equipos que están llevando la cuestión.

Luego podemos hablar, y empalmaríamos con el final, de los problemas que tenemos, de los problemas de la financiación porque esto influye mucho.

Las adicciones a psicofármacos. La gran diferencia entre hombres y mujeres a nivel de adicción es que las mujeres tendemos más a las adicciones a sustancias legales que los hombres. Los hombres más a las ilegales y las mujeres más a las legales. Son diferencias que tienen que ver con sexo y también con género. ¿Qué es lo que tiene que ver? Los hombres, por decirlo de manera rápida, son más impulsivos y con menor sensación de riesgo; mujeres somos más autoculpables. Son características de carácter que tenemos diferentes. Los hombres son más expulsivos, el problema, la culpa es del otro, y las mujeres somos más de nosotras somos... Esto nos lleva a muchas cosas en la vida. Nosotras tenemos más depresión que ellos. Es una enfermedad que también se da más en mujeres, y me salgo de las adicciones. La depresión se da más en las mujeres que en los hombres. Los hombres tienen más trastornos de personalidad antisocial que las mujeres porque tienen menos sensación de riesgo. O sea, que hay una serie de características que tienen que ver. Por eso, decíamos que es importante. Las mujeres tendemos más, mucho más, a las sustancias que son legales, y ahí están las benzodiacepinas, por descontado. En los últimos datos que tenemos del plan nacional sobre los adolescentes de los últimos diez años, por fin, se ha conseguido que haya bajado el consumo de tabaco —de alcohol, no tanto— y de cannabis en los adolescentes de 14 a 18 años. Estos son los últimos datos del plan nacional de la encuesta ESTUDES. Pero en las mujeres no, en las mujeres menos que en los chicos porque son drogas legales, son sustancias legales, sobre todo el tabaco y el alcohol. Entonces, las mujeres en general, ¿qué tenemos? Seguimos consumiendo más sustancias legales. ¿Qué consumimos más que los hombres? Tranquilizantes y los analgésicos opioides. Este es el otro punto que se da además en edades más tardías. A partir de los 35 años, incluso más, las mujeres tienen más riesgo de estar consumiendo opiáceos legales, o sea, por medicación. Este es uno de los puntos en los que estamos también trabajando con las clínicas del dolor. En este sentido, no nos tenemos que olvidar de lo que ha pasado en Estados Unidos con los fentanilos, pero tampoco vamos a ser opiofóbicos y vamos a dejar que la gente se muera de dolor, ni mucho menos. Lo que pasa es que hay que tratarlo y controlarlo adecuadamente. Y esto es lo que estamos haciendo también desde la red con los de paliativos. ¿Qué es lo que nos pasa? Incido totalmente en que a las mujeres se les suelen recetar muchos más ansiolíticos, muchos más tranquilizantes, por un mal diagnóstico. Lo más típico, el problema más gordo, ha sido el problema de los infartos de miocardio. Las mujeres se mueren más de infartos de miocardio que los hombres porque se diagnostican más tarde. Ahora ya estamos mejorando, pero durante mucho tiempo se diagnosticaba a las mujeres de crisis de ansiedad cuando eran infartos. ¿Por qué? Porque la sintomatología de las mujeres era más de peso, de me cuesta respirar..., y no la sintomatología de dolor. Como todo estaba muy orientado a los síntomas

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 10

masculinos se infradiagnosticaba el infarto en las mujeres y se las diagnosticaba mucho más de ansiedad. Y este es uno de los temas que, en este momento, en la universidad estamos estudiando mucho más: las diferencias de género no en adicciones en psiquiatría sino, en general, en medicina. Es uno de los puntos relevantes. En este sentido, muy pronto tenemos programada formación de perspectiva de género. Y vamos a hacer la formación aquí en Madrid, donde una gran experta en perspectiva de género va a hacer la formación para gente de todas partes de nuestra red, evidentemente, pero si alguien más se nos apunta se lo facilitaremos. Estamos intentando ver si podemos conseguir que, además, tenga el reconocimiento oficial de los créditos para que, ya que vienen y aprenden, se les reconozcan los créditos de haberlo aprendido. O sea, estamos en ello, claramente.

Señor Alcaraz, atención primaria. Hay que destinar más inversión, seguro. Más inversión en salud mental y más inversión en atención primaria. ¿Cuál es el problema? Lo que no tenemos que hacer, y voy a ser un poco brusca diciéndolo, es volver a hacer más champiñones. El problema es grave y es de todos. Vamos a empezar a hacerlo desde la primaria, que es donde más se encuentra. Ahora bien, la primaria está colapsada. Tenemos tres redes asistenciales. Tenemos la red de salud general, la red de atención de salud mental y la red de atención a las adicciones en la mayoría de las comunidades autónomas. El País Vasco es la única que no. Ahora, por ejemplo, en Galicia se están intentando unir, y también en Cataluña. En Andalucía ya venían no solamente de esta diferencia, sino que además la red de salud mental estaba dentro de Sanidad y la red de adicciones dentro de Servicios Sociales, o sea, más complicado todavía. Se está intentando, pero ¿cuál es el problema? El estigma mucho mayor todavía de las adicciones respecto a las otras enfermedades. Según datos de las memorias del plan nacional, en casi el 80 % de las primeras visitas a centros de tratamiento de adicciones el paciente viene *motu proprio*, sin ser derivado por el médico de cabecera. ¿Qué pasa? Que muchos de ellos no quieren ir al de cabecera, porque, muchas veces, es el médico de toda la familia y eso lo complica. Pero no vamos a dejar de hacer la red porque los de salud mental sí que necesitan pasar por el de cabecera. No es fácil. No es fácil porque el reto es importante. En el caso de las adicciones, si tardamos más de dos semanas —como mucho tres— en dar una primera cita no vienen. Hay que pillarlos cuando la piden. Es un problema, porque ¿qué pasa con los de salud mental? ¿Qué pasa con ellos? Aquí tenemos un problema, pero estamos trabajando en ello. Nosotros somos una red de investigación y lo que queremos es trasladar la importancia de darse cuenta de que no es fácil agruparlo todo, las cosas que se están haciendo en diferentes sitios.

Ahora voy a hacer un paréntesis. Esto mismo lo estoy llevando como investigadora principal desde el Observatorio Europeo de Drogas a nivel de diferentes países europeos. ¿Qué es lo que hay que hacer? Pues no hay que duplicar servicios porque es caro y, además, inefectivo. Hay que facilitar una sola, pero dentro de cada sitio. Y aquí ya puedo contestar a la pregunta que me hacía de las 17 comunidades. Son 17 sitios diferentes. Las enfermedades mentales no adictivas, por ejemplo, son muy parecidas en todas partes, pero las adicciones dependen de lo que hay. No es lo mismo en las zonas urbanas que en las zonas fronterizas que en las zonas no urbanas. El abordaje es diferente. No es lo mismo en una ciudad ir al centro de tratamiento donde no te conoce nadie que ir en un pueblo más pequeño al centro de adicciones. ¡Fíjate dónde va! Todo esto hay que adaptarlo adecuadamente. ¿Cuál tiene que ser el objetivo? Que nadie se quede sin tratamiento. Este es el objetivo, pero hay que adaptarlo adecuadamente. Esto es lo que estamos investigando y estamos viendo cómo en algunos sitios puede ser un solo equipo y en otros sitios pueden ser dos equipos diferentes, pero que se coordinan a la vez. Una de las ventajas que nos trajo la COVID fue que nos facilitó la comunicación *online*. Podemos comunicarnos con los médicos de cabecera. Nosotros lo estamos haciendo. En nuestros centros de referencia podemos tener reuniones semanales con ellos si hace falta para ver las diferencias con los pacientes que ellos están llevando y cómo ayudar. Es decir, que hay que coger todas estas tecnologías.

Evidentemente, hay que invertir en las adicciones, está claro, pero hay que salir un poco de la visión más hospitalaria. Hay que facilitar la comunidad para que nos lleguen lo antes posible porque cuanto antes lleguen, menos mal estarán. Lo que no puede ser —como nos hemos encontrado y aún ahora todavía pasa— es que la primera vez que tenemos un paciente para tratamiento de adicciones entre a través de urgencias del hospital general, ingresado en la unidad de infecciosos o ingresado en la unidad de cardiología. Esto es lo que no debe ser y lo que tenemos que facilitar. Hay que formar a los médicos de cabecera, evidentemente, a los médicos de familia, pero también ayudarlos con más personal formado. Hay que formar de dos maneras. Y eso sí que también está clarísimo: técnicamente y hay que formar para dejar de ser moralistas. Hay que formar en que la adicción es una enfermedad y que, como tal, hay que tratarla, porque esta moral todavía existe demasiado en los propios profesionales y es lo que hay que

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 11

evitar porque aumenta el estigma del paciente que no se atreve a decirlo. Es verdad que en este caso también tenemos una ley que nos favorece, porque hay países donde por el hecho de ser consumidor ya eres un delincuente; aquí no, si eres consumidor eres un paciente, solamente si traficas o haces otras historias serás delincuente. Esto nos favorece para poder hacer un abordaje más sanitario.

El cannabis. El problema está aquí, pero es que está en todo el mundo en este momento. O sea, es un problema global y lo único que hay que hacer es enseñar, enseñar y enseñar. A mí me gustaría más que se hablase de cannabinoides terapéuticos, porque haberlos, haylos. Y es verdad que hay una serie de indicaciones terapéuticas. Por tanto, es un cambio muy global el que hay que hacer y hay que insistir en la necesidad de dar la medicación solamente cuando toca. Y, en este sentido, la ley sí que me parece más oportuna, pues se va a dar solamente a través de productos farmacéuticos. Y esto es lo que me parece adecuado, es lo que hay que hacer. No podemos decir que no damos morfina porque engancha. Hay que dar morfina cuando toca, pero hay que darla adecuadamente. Pues si hay una serie de alteraciones, de enfermedades que responden a cannabinoides, hay que darla adecuadamente y que se fabrique adecuadamente. Con esto creo que le he contestado.

En cuanto a la cuestión biopsicosocial, el modelo moral, yo lo he resumido con lo de vicio en la primera diapositiva. No es un vicio, es una enfermedad. Dura demasiado el modelo moral. Hay que hacer el esfuerzo de intentar que no se vea como un vicio, que no se vea como un problema moral. Cuesta, pero es hacia donde tenemos que ir para adecuarlo bien. Es verdad que hay asociaciones que son moralistas y contra estas tenemos que batallar. Lo hacemos desde el punto de vista científico y hay que ir traduciéndolo. Y hay otra cuestión, y es que se trata de una enfermedad muy reciente, porque estamos hablando de los años ochenta cuando debuta todo el tema de la heroína. Entonces no tiene tantos antecedentes como otras. Y ello, a pesar de que en aquella época teníamos la tuberculosis y la gente no te hablaba de tuberculosis, de antecedentes de tuberculosis, sino de la pleura. Eso es lo que te decían los pacientes en aquella época. Yo era estudiante, pero me acuerdo de que te decían esto. O lo del mal mayor para referirse al cáncer. Y ahora las cosas han cambiado. Espero, confío y deseo que lo podamos ir cambiando a base de hacer esto. Por eso nos importa mucho la web que hemos hecho, para que la gente lo pueda ver. A mí me ha parecido maravilloso que haya pacientes que quieran salir, porque muchas veces te viene la prensa preguntando si no tienes un paciente que quiera salir. Y le dices: quieto parado, porque lo que no quiero es estigmatizar más al paciente, ni mucho menos. En los últimos cinco o seis años es cuando están saliendo personas conocidas que han tenido problemas. Yo recuerdo la primera vez que escuché a una expaciente, en Naciones Unidas, en Viena, con un Kennedy a mi lado, contar su problema. Yo pensé que eso era fantástico, pero que se necesitaba ser Kennedy para poder decirlo con toda la tranquilidad. Os estoy hablando del año 1998 o 1999. Falta mucho todavía para que la gente pueda reconocer su problema, porque todavía hay mucho estigma. Nosotros, cuando nos vienen los pacientes que están trabajando, tenemos que darles el justificante de que han venido a visita, pero pone visita a hospital, no pone para nada visita al centro de atención a adicciones para que no les afecte el estigma en el trabajo. Y lo que ha mejorado mucho esto es poder hacer las visitas *online*, porque el paciente no hace falta ni que pida visita. Sale a la hora del desayuno y con el vídeo puedes tener la visita con él. Es decir, esto nos está mejorando mucho. Y empalmo para señalar cosas que estamos mejorando en relación con el cannabis. Hemos puesto en marcha un proyecto, el CANreduce, que es un tratamiento *online*. El paciente puede preguntar y se le contesta. Estamos trabajando en ello mucho últimamente, porque el modelo que pillamos fue un modelo suizo que había demostrado su eficacia, pero había que adaptarlo. Para ello, nos hemos reunido con pacientes para ver cómo lo veían ellos y nos han ayudado a hacer cambios para que sea más factible para nuestros pacientes. Estamos haciendo tratamientos no farmacológicos para facilitar el abordaje y, si en un momento determinado se necesita un fármaco, pues se le puede administrar. Se trata también de que el paciente pueda reconocer que tiene problemas. El modelo del autocontrol encaja perfectamente en lo que hacemos en este proyecto CANreduce, porque algunos pacientes dicen: yo controlo. Pero luego se dan cuenta de que no controlaban nada. Y en cuanto a lo que decíamos de la prevención de recaídas, los PROM, estamos trabajando con los pacientes cada vez más para ver no lo que a nosotros nos parece, sino cómo se encuentran ellos, que sean ellos los que nos den información. Es un trabajo de dos: de un equipo y el paciente. Es decir, no es: hágase, como ha sido durante muchos años en medicina y, en concreto, en adicciones, sino: tú puedes. Y, sobre todo, hay dos mensajes fundamentales: si recaes, ven inmediatamente, que volveremos a empezar. Porque, si no, el paciente tiene la sensación de que ya no hay nada que hacer. No. Si recaes, ven inmediatamente. Y,

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 12

segundo, lo más importante, que vuelvan a la segunda visita vivos. Y, a partir de ahí, trabajaremos, pero esto es lo más importante porque la evidencia nos dice que necesitamos tiempo.

¿Y qué pasa con muchos de los fármacos? Por ejemplo, para la cocaína no tenemos tratamientos y estamos en ello. ¿Qué es lo que pasa? Que, por ejemplo, la EMEA —no hablo ya de los americanos— nos dice que el paciente solamente tome cocaína. Y no hay nadie que solamente tome cocaína. La mayoría toma, además, alcohol, con los riesgos que esto conlleva y que hemos estudiado muy bien, pues somos punteros en haber estudiado la interacción cocaína y alcohol desde hace mucho tiempo. En cambio, todavía les cuesta porque a la industria farmacéutica no le interesan los pacientes complejos. Y este es un problema que tenemos. Precisamente, el lunes que viene hay una reunión en Naciones Unidas y lo que estamos batallando es el reconocimiento del policonsumo. Esta es la realidad. ¿Y qué nos haría falta? Pues más dinero para poder trabajar y para poder seguir estudiando.

¿Cuáles son los problemas que tenemos de financiación? Tenemos varios problemas. Uno de ellos es el traslado al paciente. Estamos integrando mucho a los pacientes en la toma de decisiones, algo que es muy importante. Y esto es una cosa diferente que no se había hecho hasta ahora. En la toma de decisiones desde una perspectiva absoluta, no moral, sino científica. Esta sería la diferencia. No los grupos de autoayuda morales o moralistas. En una de las reuniones que tuvimos, los grupos de autoayuda de alcohol no querían saber nada de los grupos de pacientes de otras drogas, cuando todo es la misma enfermedad. Así que nos queda mucho trayecto en este sentido. ¿Cuáles son las dificultades reales? Que nos imponen criterios muy parecidos a otras enfermedades que son muy diferentes. Así, no tenemos una biopsia para poder decir que este paciente tiene esto. Es algo que pasa en todas las enfermedades mentales. Además, nos exigen que haya, por lo menos, diez comunidades autónomas incluidas en la red. Y son muy diferentes las sustancias que hay en las ciudades a las que hay en zonas rurales. Entonces, nos cuesta también mucho encontrar gente distinta. Además, no todo el mundo quiere investigar en adicciones. Hay investigaciones en otras áreas temáticas de la medicina que aportan mucho más. Pero en adicciones es diferente.

¿Quién nos financia? Por un lado, el Instituto Carlos III con las RICORS, pero nos financia poco y solamente para crear el núcleo. Y, a partir de aquí, tenemos que buscar financiación externa para los proyectos. Hay proyectos que nos financia el Plan Nacional sobre Drogas, pero que no son exclusivos de nuestra red, que pueden financiar a otros. Hay otros proyectos desde el FIS y hay otros proyectos europeos. Y, dentro de los proyectos europeos, tenemos proyectos que vienen del ERC, otros que vienen del Horizon, y también del social. Vamos buscando financiación donde la haya y siempre nos quedamos cortos. Todo lo que sea tener claro que hay que financiar de forma más estable, mucho mejor.

Desprescripción segura, la hay, pero son sustancias que no se consideran drogas, en principio, sino que los psicofármacos se consideran fármacos habituales para el médico de familia, sobre todo, los tranquilizantes. En cuanto a los opiáceos, yo diría que hay que facilitar que se indiquen cuando toca. Porque no puede ser que en las clínicas del dolor se den opiáceos para dolores para los que no están indicados. Y no solamente en las clínicas del dolor, sino en otros sitios. Hay que dar opiáceos cuando están indicados. ¿Llega un momento en que se pueden desprescribir? Sí, yo tengo pacientes en metadona con dosis brutales y recuerdo un paciente que llegó a tomar 1200 miligramos de metadona al día. ¿Por qué? Porque era un ciclador rápido y le tenías que dar cada seis horas. Y progresivamente conseguimos que tomara cada vez menos. Pero tienes que ver cómo es el paciente. Hay que hacerlo personalizado. Hay pacientes que continúan y pacientes a los que les vas bajando el tratamiento y al final lo dejan porque ya están estabilizados. Es personalizado. La desprescripción tiene que ser personalizada, cuando toca, a quien toca y como toca, pero basada en la evidencia. Hay que ver cómo estaba, cómo está y si ha servido. Por tanto, personalizamos el tratamiento. Y esto es lo que hay que recomendar siempre.

En cuanto a las dificultades reales, pues eso, que necesitamos más dinero y estabilizar la red. Y ahora lo necesitamos aún más por un motivo, por algo que nos está pasando no solamente a nosotros, sino en toda la sanidad, que es el recambio generacional. Tenemos que facilitar el recambio generacional, que no piensen que se meten en un lío y que tendrán que trabajar muchísimo. Tenemos que facilitarlo para que sientan que pueden hacerlo.

Creo que he contestado a todo.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 145

3 de marzo de 2026

Pág. 13

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora Torrens, por sus prolijas, detalladas, exhaustivas y sabias explicaciones sobre este desafío que tienen la sociedad española y las sociedades avanzadas. Nos ha ilustrado de un modo minucioso y creo que esta comisión sale muy satisfecha tanto de sus explicaciones como también de los deberes que nos ha puesto, en especial, en materia de financiación.

Y sin más, levanto la sesión.

Muchas gracias.

Eran las doce horas y trece minutos.

cve: DSCG-15-CM-145