

Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro.

Antonio Jesús Molina Fernández.

Psicólogo Clínico. Antropólogo. Tutor externo de la Universidad de Granada. Email de contacto: amolina@adiccionyciencia.info

“Si cada deseo fuera satisfecho tan pronto como surgiese, ¿cómo ocuparían los hombres su vida, cómo pasarían el tiempo? Imagínese nuestra raza transportada a Utopía, donde todo crece por sí solo y los pavos vuelan ya asados, donde los enamorados se encuentran sin retraso y se mantienen unidos sin dificultad. En semejante lugar, unos hombres morirían de aburrimiento o se ahorcarían, otros pelearían y se matarían entre ellos. Al final, estos hombres se infligirían unos a otros incluso más sufrimiento del que la Naturaleza les inflige en este mundo” Arthur Schopenhauer.

Cuando nos acercamos a las explicaciones sobre drogodependencias y adicciones, habitualmente nos encontramos con posturas enfrentadas: se han generado corrientes de opinión y discusión basadas en diferentes enfoques que han chocado con mucha fuerza. En ocasiones, estos choques se han convertido en posturas dogmáticas cuya rigidez transforma los debates en luchas de poder. Estas opciones “límite” se traducen en una confrontación que se presenta, en ocasiones, de forma muy artificial: legalización VS penalización, programas libres de droga VS programas de sustitución, marginalización VS normalización... además, dichas opciones se exponen en formato Todo/Nada, con lo que no se puede estar de acuerdo con una parte del discurso y criticar (para mejorar) otra parte.

El objetivo de los tratamientos de rehabilitación se ha limitado, en muchas ocasiones, a conseguir la abstinencia de la sustancia principal y tolerar consumos “controlados” de otras drogas, procurando llegar a esa “abstinencia” mediante fármacos agonistas y antagonistas y algunas sesiones de psicoterapia mediante la eliminación de la sintomatología asociada utilizando ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivos...Soluciones a corto plazo basadas en tratamiento sintomatológico. De manera que el adicto es un mero transmisor de la información “Consume-No consume” y el objetivo final se limita al mantenimiento en unos estándares de “sobriedad”.

“No todas las adicciones son iguales. De hecho, existen importantes diferencias entre ellas. Las adicciones a sustancias químicas, por ejemplo, alteran el funcionamiento del cerebro, a diferencia de la mayoría de las demás adicciones. Sin embargo, consideramos de sumo valor identificar los puntos en común entre tipos de adicciones aparentemente distintos. Las adicciones pueden parecer muy diferentes en la superficie pero ser provocadas por las mismas causas profundas. Hemos decidido, por lo tanto, eludir el debate teórico actualmente en boga acerca de si ciertos tipos de conducta habitual constituyen verdaderas adicciones o si es más acertado clasificarlos como conductas no controladas. Consideramos que las similitudes entre distintas formas de adicción son más importantes que las diferencias, al menos en lo que respecta a la causa de las adicciones y cómo tratarlas eficazmente.”¹.

El conflicto epistemológico con estos tratamientos no es su validez científica (si están basadas en evidencia 2 o no), sino en el enfoque reduccionista con el que aborda el problema: la persona adicta es mucho más, debe ser mucho más que las sustancias que consume, que los efectos que tienen esas drogas, que los motivos por los que las toma. Si creemos en la recuperación de las personas, sin excluir el uso de fármacos cuando sea necesario, tenemos que dotar a las personas con problemas de drogodependencias

de recursos personales, habilidades emocionales, entrenamiento en toma de decisiones, resolución de problemas, saber decir No, análisis de sus fortalezas y habilidades, prevención de recaídas. Habrá que empoderarlos. Las nuevas investigaciones en drogodependencias y cerebro indican los efectos de las drogas en la planificación de comportamientos y decisiones/control ejecutivo, en el análisis y expresión emocional, en la toma de decisiones y los juicios morales...Para conseguir que una persona reequilibre su estilo de vida, hace falta algo más que medicación. Al menos, Farmacoterapia y Psicoterapia. Soluciones a largo plazo para personas con problemas complejos.

¿En qué parte de la Farmacoterapia entra el “ambiente terapéutico” (“milieu”) que es uno de los principales predictores de éxito en cualquier tratamiento? Mejor dicho, qué lugar ocupa el ambiente y el entorno físico y emocional de los centros de tratamiento dentro de las prioridades terapéuticas de los responsables de dichos centros y de la elaboración de políticas relacionadas con dichos planes de tratamiento.

Además, existe un “culto a la personalidad” de los principales “gurús” en la investigación, el tratamiento y la rehabilitación de drogodependencias, desde la “superioridad técnica” de algunos “líderes del conocimiento” a la aplastante personalidad de los “líderes históricos”. Este “personalismo” en las acciones ha provocado una imagen de validez de dichas investigaciones que no está directamente basada en los procesos y los resultados, sino en la credibilidad de las personas que plantean dichas propuestas.

“No le hables a su razón, háblale a sus corazones” Nelson Mandela.

Debo hablar ahora de un fenómeno extendido, profundo y muy difícil de resolver: en nuestra cultura hemos vivido una era profundamente marcada por el racionalismo, desde la herencia socrática de “Todo se puede razonar” y someter a juicio y cuestión (el famoso “cuestionamiento socrático”) hasta la creencia de Descartes de “Pienso, luego existo”, en su analogía de las “máquinas vivientes”. La epidemia cognitivo-conductual en la Psicología, incluyendo la analogía “cerebro-ordenador” y las falacias sobre creencias-ideas-pensamientos irracionales, ha provocado la utilización casi exclusiva de terapias y técnicas de entrenamiento cognitivo, especialmente válidas para “cambiar el pensamiento”. Ese “leit-motiv” ha condenado al mundo emocional a un rol secundario dentro de nuestro desarrollo personal, condicionando este crecimiento emocional a la acumulación de conocimientos y habilidades del razonamiento. El problema que ha tenido esta implantación del racionalismo ha sido la construcción de sucesivas generaciones de pacientes que intentaban (normalmente sin éxito) ocultar, limitar o esconder sus emociones. La falacia del control emocional, ya sea por exceso o por defecto. Un error cognitivo, por cierto.

Como dijo Aristóteles: “Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo”.

La Teoría del Marcador Somático de Damasio hace mención a la supremacía de los aspectos emocionales sobre los racionales en las huellas que los recuerdos trazan en nuestra memoria. Hay un ejemplo muy sencillo que cualquier persona puede hacer: elija un recuerdo de carácter más racional y otro fundamentalmente emocional. Habitualmente, el recuerdo emocional contará con más detalles y más diversos (olores, colores, sonidos, gestos...) que el racional. Será más que una situación, tendrá un contexto, creará lazos entre recuerdos, de una imagen, un olor...saldrá otra huella de la memoria que creará otro lazo emocional.

A partir del año 2000, la doctora Nora Volkow (directora del anteriormente mencionado National Institute on Drug Abuse/NIDA) realizó una serie de investigaciones sobre la aplicación de las teorías de Damasio para las personas con problemas de drogas. Descubrió que las sustancias alteran determinadas áreas del cerebro, especialmente las vinculadas a análisis, expresión y control emocional, planificación del comportamiento/control ejecutivo, toma de decisiones y condicionamiento del miedo. En concreto, hablamos de áreas como el córtex prefrontal, el córtex cingulado anterior, la amígdala, el sistema límbico... No estamos hablando de un área específica, sino de circuitos muy complejos que interactúan entre sí y modifican sus conexiones, en un ejemplo de "plasticidad sináptica" o de ausencia de dicha plasticidad por el abuso de drogas.

¿Son las drogas una enfermedad fundamentalmente cerebral? Como he explicado antes, para la doctora Nora Volkow, el máximo referente mundial en investigación sobre drogodependencias, la respuesta es clara: "Como resultado de las investigaciones científicas, sabemos que la adicción es una enfermedad que afecta tanto al cerebro como al comportamiento. A pesar de estos avances, todavía hay mucha gente que no comprende por qué algunas personas se vuelven adictas a las drogas ni cómo las drogas cambian al cerebro para fomentar el abuso compulsivo de drogas." De hecho, este mismo Instituto define la adicción como "una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. Si bien es cierto que la decisión inicial de tomar drogas es voluntaria en el caso de la mayoría de personas, con el tiempo los cambios que ocurren en el cerebro pueden afectar el autocontrol y la habilidad del usuario para resistir los impulsos intensos de consumir drogas."

Actualmente, una de las líneas prioritarias de actuación en la investigación, la prevención y el tratamiento es la que relaciona el consumo de sustancias y las deficiencias en toma de decisiones y control emocional, el denominado "control ejecutivo". Como dice el profesor de Psicología e investigador de la Universidad de Granada, Antonio Verdejo: "El consumo prolongado y la adicción a diversas drogas se ha asociado consistentemente al deterioro de distintas funciones neuropsicológicas, entre las que destacan, por su crucial relevancia clínica, las funciones ejecutivas".

Siguiendo en esta misma línea, la Sociedad Médica Estadounidense de Adicciones/ ASAM ha elaborado un informe que señala la siguiente postura: "La adicción, ya sea al alcohol, juego, drogas, o sexo, es una enfermedad crónica del cerebro, no solo un mal comportamiento o mal criterio". En palabras del doctor Michael Miller, coordinador de la ASAM para este informe "Fundamentalmente, la adicción no es tan sólo un problema social, moral o criminal. Es un problema del cerebro, cuyo comportamiento se manifiesta en otras áreas".

Es real el espectacular avance que ha experimentado la Neurociencia para comprender la Fisiología del sistema nervioso central, ese punto de partida no se puede discutir. Sí que hay discusión en las consecuencias que este planteamiento tiene para los tratamientos de rehabilitación y recuperación, especialmente por el devorador "apetito faústico" que han demostrado la Neuroimagen y la Fisiología del cerebro, con éxitos en los laboratorios que han fagocitado los estudios sobre tratamientos. Hay varios problemas que se generan a partir de dicha consideración.

El primero de los conflictos está en la consideración, de nuevo más filosófica que empírica, de esa postura de las adicciones como una enfermedad del cerebro sin que resulte reduccionista y nos haga perder de vista las repercusiones personales, familiares, laborales, económicas que conlleva el problema de las adicciones mirado desde una perspectiva integral. También hacer hincapié en la evidencia o no de

disposiciones genéticas y cerebrales parece una forma de relativizar el problema y convertir la adicción en una “profecía autocumplida”, en la cual la recaída tiene una explicación únicamente biológica. ¿Cómo se contemplaría la plena recuperación, incluso de manera espontánea en ocasiones, de personas con consumos problemáticos en diferentes fases de sus vidas? ¿Dónde encaja en esta creencia la prevención de drogodependencias? ¿Sería tan simple esa prevención como un examen genético o una Tomografía por Emisión de Positrones?

Además, nos encontramos con un enorme retraso de las estrategias de tratamiento e intervención en relación con la expansión de la investigación: ese espectacular avance anteriormente mencionado no se corresponde con la evolución en los métodos de tratamiento. No es que dichos métodos no hayan cambiado, es que ni lo han hecho en paralelo con la Neurociencia ni esa evolución se ha producido a la misma velocidad. En realidad, hoy en día se trabaja dentro de los tratamientos con herramientas y metodologías muy similares a los últimos 15 años, intentando adaptar estas metodologías a los nuevos perfiles y grupos sociales. Con este panorama, la crítica puede ser que estamos trabajando con 10 años de retraso, o que la Neurociencia nos lleva una década de adelanto. El resultado del “apetito faústico” es la habilidad de devorarlo todo, sin medir las consecuencias a largo plazo.

Existe un aspecto muy conflictivo en este análisis de las adicciones como problema cerebral, y es precisamente la posición secundaria que ocupan en esta consideración los aspectos sociales y culturales de los fenómenos adictivos. Corremos un gran riesgo si minimizamos factores como la facilidad de acceso a las sustancias, la cultura existente de determinadas sustancias (como ocurre con el alcohol y el cannabis en España), los problemas familiares, el fracaso escolar, la situación laboral y económica actual...a la hora de explicar la evolución de los problemas adictivos en la actualidad. Cerebro sí, por supuesto. Cerebro y más cosas.

Esta “medicalización” de las adicciones, así como su sucedáneo de la “psicologización” de los problemas con las drogas, no deja de ser una muestra de ese reduccionismo que presenta el modelo sanitario de atención. Se contemplan fundamentalmente las opiniones médicas y (a veces) de psicología clínica. Los conceptos multidisciplinar e integral se quedan un tanto limitados para definir la composición de los equipos de atención y el modelo de atención dominante.

Huyamos de los conceptos vacíos, evitemos los estereotipos, los síntomas convertidos en trastornos ad hoc. Escapemos de las respuestas simples, de las etiquetas, de los prejuicios. Defiendo la necesidad de un eclecticismo práctico en los profesionales de la terapia, la importancia de no rechazar ninguna técnica, corriente o terapia, ya que todas pueden servir como fuente de aprendizaje. Defiendo la identidad de cada persona, ya que cada una merece ser atendida lo mejor posible, escuchando y respetando sus particularidades y diferencias. Defiendo también un espíritu más autocrítico por parte de todos los agentes implicados en los programas y políticas, recordando a todos ellos la necesidad de aprendizaje continuo y de reciclaje profesional, al menos de adaptación y conocimiento de las nuevas realidades. Defiendo la humildad del que se debe a los demás en su ejercicio profesional. Quiero creer que podemos hablar de respeto, de compromiso, de confianza, de preocupación, de seriedad, de profesionalidad, de implicación, de interés. En resumen, de ser humanos.

Aunque, a veces, corramos el riesgo de conectar emocionalmente con la otra persona y podamos resultar demasiado humanos, incluso situarnos fuera de los manuales del “perfecto profesional”. Pero siempre vivos. Vivos para nosotros mismos y para los demás.

Notas.

1. Fragmento de “Querer no es Poder”, de A.M.Washton y Donna Boundy Volver a Texto
2. “Evidence-Based treatments”, según la terminología del National Institute on Drug Abuse/NIDA de los Estados Unidos de América Volver a Texto

Bibliografía.

- Cañas, J.L (2004) Antropología de las adicciones; Psicoterapia y rehumanización. Ed. Dykinson.
- Rivera, J A (2003) Lo que Sócrates le diría a Woody Allen. Madrid, Ed. Espasa.
- Verdejo, A. (2007) Neuropsicología en el tratamiento de la dependencia a la cocaína. Madrid, Revista Proyecto, Diciembre 2007.
- Volkow, N. (2006) Conferencia inaugural Congreso CPDD/2006. Washington, NIDA
- Washton, A.M. y Boundy, D (2005) Querer no es Poder. Ed. Paidós Ibérica.