

Bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas desde la mirada social

Neurological Bases of Psychoactive Substance Dependence from a Social Perspective

Flora Wille-González
Universidad de Puerto Rico

Resumen

Este artículo pretende analizar las bases neurobiológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas, desde la mirada social-comunitaria, al analizar los recursos psicoterapéuticos disponibles y con base en las estadísticas actuales más relevantes, puesto que las dependencias a sustancias psicoactivas podrían ser consideradas, dada su prevalencia en los últimos años, el más importante campo de estudio de la psicopatología del siglo XXI. Este ensayo se propone el abordaje de estas dependencias desde distintos ángulos. Los objetivos propuestos para ello son los siguientes: 1- analizar las bases neurobiológicas de las dependencias a sustancias psicoactivas y su relación con la genética. 2- Deconstrucción de lo que llamamos dependiente a sustancias psicoactivas, así como del imaginario social de este enfermo/a. 3- Presentar las alternativas terapéuticas y 4- finalmente las conclusiones sobre el tema.

Palabras clave: bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas, deconstrucción, imaginario social, alternativas terapéuticas

Abstract

This article aims to analyze the neurobiological bases of psychoactive substance dependence from the social-communitarian view by examining available psychotherapeutic resources based on the most relevant, up to date statistics. Since substance dependence and / or alcohol could be considered, given their prevalence in recent years, the most important field study of psychopathology in the twenty-first century, this study proposes addressing these dependencies from different angles. The proposed objectives are as follows: 1- to analyze the neurobiological bases for psychoactive substance dependence, and their relationship to genetics 2- deconstruction of what we call a psychoactive substance dependent individual, and the social illusions of said patient 3- to demonstrate therapeutic alternatives, 4- and, finally, to present conclusions on the subject.

Keywords: neurological basis of psychoactive substance dependence, deconstruction, social illusions, alternative therapies

Flora Wille-González, Departamento de Psicología Social-Comunitaria, Universidad de Puerto Rico.
Dirigir correspondencia a Flora Wille-González, Apartado Postal 525-2350 San Francisco de Dos Ríos. Dirección electrónica: florawillecr@yahoo.com

Según el periodista Aguilar (2010), la realidad en Costa Rica está enmarcada en asaltos callejeros, muertes, venta de drogas y narcotráfico. El autor reporta que en los seis meses, entre enero y junio del año 2010, el Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica (OIJ) registró más de 1800 asaltos y robos en el área metropolitana de Costa Rica y polemiza que unos 1500 adictos fueron los responsables de los asaltos. Según el autor, el fiscal de la república, Dall'Anese, opina que “son miles” los adictos en Costa Rica, debido a que el país se ha convertido en “destino de las drogas”. Aguilar cita que el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2010) de Costa Rica informó que “cada vez más costarricenses tienen acceso a la cocaína”, puesto que las personas que reportaron haberla usado en el año 1990 fueron 0,7% y pasaron a un 2,9% en el año 2006. Bejarano (citado por Aguilar, 2010), investigador y psicólogo del IAFA, manifiesta que muchos de ellos necesitan ayuda profesional para superar sus problemas de adicción. Sin embargo, Amador (2011) reitera que “la mayoría de las personas que son drogodependientes no son delincuentes; sin embargo, muchas de las personas que delinquen consumen drogas”.

El IAFA (2010) encontró que, en Costa Rica, la marihuana sigue siendo la droga más usada, seguida por crack y cocaína. Amador (2011), especialista médica en drogodependencia, indica sobre un estudio realizado por el IAFA en el Centro Juvenil Zurqui de Costa Rica, donde

El 70% de los adolescentes dijeron consumir drogas, principalmente marihuana y *crack* y un 33% de estos consideró que este fue un factor que influyó en el acto criminal. Otro estudio en población adulta privada de libertad informó de que un 25% de los delitos fueron cometidos bajo los efectos de la sustancia, un 22 % para conseguir la droga y un 50% por ser parte de un grupo de narcodistribución.

Una encuesta acerca de la inseguridad en Costa Rica realizada por UNIMER (*Research for Leadership*, reportado por Sánchez Fonseca, 2010) realizada en julio del 2010, con una muestra de 1210 costarricenses mayores de 18 años, encontró que lo que más preocupa al 46% de la población es la inseguridad, dato que aumenta desde el año 2004, en tercer lugar la drogadicción y en quinto lugar la pobreza. En la encuesta, 64% de las personas dijeron que ellos mismos o un pariente fueron víctimas de un delito y el 81% pide a la policía actuar en forma oportuna.

Otro problema surge cuando se detiene a personas drogadictas, debido a que no hay centros suficientes para enviarlos a tratamiento y no se sabe la suerte que corren los detenidos por la fuerza pública por tenencia de *crack*, marihuana y cocaína. Dentro de este panorama, la escasez de centros de tratamiento es una realidad que debe ser atendida. Al respecto, manifiesta la directora Orozco del IAFA “ellos no son viciosos, tienen una enfermedad crónica muy seria que se caracteriza por recaídas”, y que “hay falta de recursos para atender esta población, no se cuenta con toda la infraestructura necesaria”. La directora reporta que el IAFA tiene un centro para adolescentes y

ocho centros regionales, además de la Caja Costarricense de Seguro Social y algunas organizaciones no gubernamentales, “el reto es coordinar para optimizar recursos y aumentar los servicios”. (p. 1, Orozco, citado en Rodríguez, 2011).

Los datos estadísticos de prevalencia de uso de drogas y alcohol en Costa Rica no dejan duda de la necesidad de replantearse, desde donde se está mirando, desde donde se parte. Los datos estadísticos reflejan la necesidad de buscar soluciones a un problema de salud pública complejo, tanto por sus implicaciones médicas como sociales, además la delincuencia constituye el tema que más le preocupa a casi la mitad de la población costarricense, seguido en tercer lugar por la drogadicción.

Antes de continuar con lo planteado, es necesario a modo de introducción, destacar algunas definiciones sobre las conductas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, también conocida como adicción. Se parte de las muchas teorías, para explicar el tema, que para algunos teóricos se pueden encontrar hasta 43 explicaciones. La Psicología también ofrece teorías explicativas. Según Graña Gómez (1996) las más tradicionales son las siguientes: la teoría de la reducción de la tensión, la teoría de la personalidad y la teoría del aprendizaje.

Kramer y Cameron (en Graña Gómez, 1996) habían ofrecido en 1975 a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una serie de definiciones sobre la dependencia a drogas. Entre estas definiciones esta la que conceptualiza la palabra “droga”, se entiende por esta “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este” (p.47). Los autores definen “farmacodependencia” como el

Estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación (p.47).

Una definición bastante comprensiva de esta enfermedad es considerarla un acto voluntario, que no se puede controlar y que se repite con intervalos no muy largos y viene acompañada de consecuencias adversas sobre la vida personal y el entorno familiar y laboral. Visto de otra forma, es una conducta dependiente a una variable estimuladora independiente (Gómez-Jarabo y Alonso-Fernández, 2001).

Cervera et al. (2001) consideran a la adicción mas allá de una conducta relacionada con sustancias, puesto que existe la adicción comportamental, como al juego y sexo, entre otras y en ambas consideran el impulso como clave para entenderla.

Bases neurobiológicas de las dependencias

Según Álamo, López-Muñoz y Cuenca, (en Rubio, 2001) y desde su perspectiva médica, las sustancias psicoactivas producen alteraciones en las funciones cerebrales, lo que a su vez se traduce en cambios de humor. Los mecanismos que activan estos cambios se dan por la acción de las sustancias sobre los procesos neuroquímicos, los que a su vez modifican la acción de varios neurotransmisores. La dependencia se establece por la recompensa y refuerzo que producen las drogas, al intervenir sobre el sistema dopaminérgico-mesolímbico-cortical.

El núcleo de *accumbens* es la estructura neurológica clave para explicar las conductas adictivas (Gómez y Alonso, 2001; Cervera et al., 2001; Mucio, 2007; Young, Joseph y Gray, 1992) dado que allí llegan aferencias dopaminérgicas importantes, desde el tegmentum ventral. Sin embargo, ambas estructuras, núcleo accumbens y aferencias tegmentales, no son las únicas implicadas en las adicciones, pero sí las de mayor peso (Gómez y Alonso, 2001). El primer estudio sobre el papel reforzador del núcleo accumbens se le atribuye a Olds y Mildener en 1954, que de forma casual estimularon cerebros de ratas en el hipotálamo al observar que la rata experimental no se movía de la esquina en la cual era estimulada y si se alejaba, volvía rápidamente y de forma compulsiva a la esquina. Para comprobar el condicionamiento operante encontrado, pusieron una rata con electrodos en una caja Skinner, de manera que esta, al accionar una palanca, pudiera autoadministrarse la descarga eléctrica. Observaron como algunas abandonaban cualquier otra conducta, incluso la de alimentarse, por aplicarse la descarga (Gómez y Alonso, 2001).

En términos humanos la explicación es la siguiente: cuando se percibe un estímulo y este llega al córtex prefrontal se desencadena una acción exitatoria en el haz prosencefálico medial, conjunto de axones que conectan el mesencéfalo con el córtex y atraviesa el hipotálamo lateral. En este recorrido hay axones cortos que conectan con otras áreas, en las cuales hay otros neurotransmisores como acetilcolina y serotonina, pero sobretudo dopamina, usualmente relacionada con conductas adictivas. Las neuronas dopaminérgicas con cientos de botones terminales permiten activar gran cantidad de estructuras nerviosas, especialmente el tegmentum ventral mesencefálico y de allí al núcleo *accumbens*, que junto al sistema límbico, amígdala e hipocampo se encargan de reforzar la conducta, con gran carga emocional y afectiva.

El trabajo de investigación bibliográfica de Cervera et al. (2001) confirman los mecanismos de refuerzo resultado de la transmisión dopaminérgica del *mesoaccumbens* y otras áreas llamadas del circuito de recompensa.

Young, Joseph y Gray (1992), por su parte, trabajaron con ratas sedientas para observar los cambios en dopamina y probar la hipotética conexión entre gratificación y dopamina del sistema

límbico. Se trabajó con microdiálisis para demostrar que los sistemas de la dopamina, en ambos núcleos, *accumbens* y caudal, se activan cuando las ratas sedientas beben, pero encontraron que el sistema 5-hidroxitriptamina solo actúa en el núcleo caudal y no en el *accumbens*.

Ventura et al. (2004) diseñaron una investigación con animales para estudiar el rol de la dopamina en el núcleo *accumbens* en respuesta a los efectos de los psicoestimulantes. Los resultados aportan nueva evidencia sobre la importancia del rol de la dopamina prefrontal en los efectos de los psicoestimulantes en la región *mesoaccumbens*. Además, encontraron que las diferencias individuales en la susceptibilidad a las propiedades adictivas de las sustancias estaban ligadas al genotipo.

Ferrando et al. (2009) llegaron a comprobar el papel reforzador en conductas adictivas del núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal como principal aferente de las proyecciones dopaminérgicas procedentes del sistema mesolímbico. Estos trabajaron con un grupo experimental de 16 consumidores de pasta base de cocaína y 16 personas no consumidores como grupo control. El grupo fue examinado usando la técnica no invasiva de tomografía computarizada por emisión de fotones individuales (SPECT, por sus siglas en inglés de *Single Photon Emission Computed Tomography*) cerebral y el análisis estadístico paramétrico (SPM, por sus siglas en inglés de *Statistical Parametric Mapping*) con el objetivo de evaluar la disfunción cerebral que ocurre como resultado del uso de la droga, en este caso la cocaína. Para ello, se revaluaron aquellos participantes que lograron una abstinencia prolongada con el propósito de analizar el daño sufrido. El resultado de la investigación sugiere que se necesitan periodos prolongados de consumo para producir alteraciones funcionales evidentes.

Bonson (2003) logró captar imágenes del cerebro cuando ocurre el proceso de deseo de la cocaína. La técnica empleada fue la tomografía por emisión de positrones (TEP o PET, por sus siglas en inglés de *Positron Emission Tomography*) y el diseño de la investigación consistía en presentar videos a 11 usuarios de cocaína, en los que aparecía parafernalia asociada al uso de la droga. Mientras se presentaban los videos, se observaban las imágenes de la actividad cerebral de los individuos. Se analizaron tres zonas del cerebro: la izquierda de arriba hacia la derecha y la frontal. Las zonas activadas aparecen coloreadas en azul o amarillo. Las zonas amarillas corresponden al deseo de la droga (*craving*), según el reporte de los sujetos de estudio, al deseo por la droga. Las zonas azules, que corresponden a la amígdala y la ínsula, se activaron al observar objetos familiares y con algún valor para el individuo. La ínsula al activarse confirma la asociación entre percepción y memoria. Se activó también el cíngulo anterior relacionado con procesos de memoria emocional y la atención y la corteza orbitofrontal que se relaciona a la contextualización de información y el movimiento.

Robinson y Berridge (2003), de la Universidad de Michigan, utilizaron técnicas no invasivas como PET y la imagen por resonancia magnética funcional (IRMf o fMRI, por sus siglas en inglés de *functional Magnetic Resonance Imaging*), para investigar en seres humanos, cómo los factores biológicos se integran con otros y cómo estos afectan la conducta. Más específicamente, deseaban observar cómo las variables biológicas y las sociales o medioambientales interactúan en la adicción a las drogas. Ellos parten de la aceptación del papel de la dopamina como reforzador en el abuso de drogas y de la disminución de la dopamina con el uso crónico y también en el periodo o síndrome de retirada de la droga. Esta disminución se asocia con disfunciones en la región prefrontal incluida la orbitofrontal, córtex y giro cingulado, lo que da como resultado conductas impulsivas al afectarse la toma de decisiones.

Adinoff (2004) considera críticos los cambios que ocurren en el cerebro durante el uso de drogas adictivas. Para estudiarlos utilizó las neuroimágenes donde se pueden observar la relación entre el placer, la gratificación y la adicción con los mecanismos biológicos, específicamente el circuito dopaminérgico mesolímbico considerado el equivalente biológico del placer tal como investigaciones citadas anteriormente (Cervera et al., 2001; Nestler, 2005; Bonson, 2003; Robinson y Berridge, 2003). Estos hallazgos pueden ser útiles en futuros tratamientos farmacológicos.

Kalivas y Volkow (2005) utilizaron también neuroimágenes del cerebro y demostraron la utilidad de estos para comprender lo que ocurre en la adicción a drogas. Los estudios en neurobiología, consideran estos investigadores, son importantes para entender el circuito cerebral implicado en las adicciones, porque permite desarrollar fármacos apropiados para tratar esta condición.

Algunos autores como Gómez y Alonso (2001) y Klotchkov (2006) plantean la posibilidad de la base genética de las adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas como una forma de explicar el porqué algunos desarrollan la enfermedad y otros no. El gen A del cromosoma 11, que codifica la producción de receptores dopaminérgicos D, facilitaría el desarrollo de la adicción tal como lo planea Blue (1990, citado por Gómez y Alonso, 2001), quien encontró la relación entre la adicción y la presencia del alelo A1, por lo cual una gran parte de la susceptibilidad a desarrollar esta enfermedad podría ser explicada por la codificación genética para estos receptores. Cervera et al. (2001) admiten que es razonable pensar en la posibilidad de cierta vulnerabilidad genética y destaca la mayor presencia del alelo A1 del fragmento Taq I en la región 3' del gen que codifica al receptor dopaminérgico D2 (DRD2) y más recientemente otro alelo (B1) en el fragmento 5' Taq como los implicados en el alcoholismo, pero en el uso de otras sustancias psicoactivas. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la investigación de Klotchkov (2006) mediante los cuales permitió establecer una asociación entre los genes DRD2 y DRD4 y la susceptibilidad al alcoholismo.

Las investigaciones en la genética o la predisposición genética de las adicciones son importantes: Nestler (2005) y Klotchkov (2006) lo resumen al explicar que, por encontrada la vulnerabilidad genética, se podría identificar cuáles individuos estarían en mayor riesgo de convertirse en adictos y de tomar medidas preventivas como la educación e información para evitar la enfermedad.

Otro aspecto que este tipo de investigación contribuiría a entender es cómo otros factores influyen en la adicción. Por ejemplo, como un factor social conocido de todos como el estrés, puede incrementar el riesgo, lo que no se conoce es cómo se produce este efecto y por qué afecta a unos y no a otros.

Deconstrucción e imaginario social del dependiente a sustancias y/o alcohol

Como preámbulo, debe considerarse la teoría de la construcción social de la realidad, desarrollada por Berger y Luckmann en 1978, quienes se consideran pioneros en cuestionarse la definición de realidad. Su visión expresa que el mundo de la vida cotidiana se da o se percibe como realidad, cuando solo es una construcción que los sujetos forman en sus interacciones como en sus comunicaciones. Este conocimiento se construye y reconstruye con los demás, ya sea en relación directa con el grupo humano que le rodea, así como con quienes los antecedieron y se facilita la ilusión de una realidad ordenada y objetivada.

El lenguaje para estos teóricos reviste importancia, puesto que será la herramienta que posibilita la acumulación y transmisión del conocimiento. Las percepciones denominadas “representaciones sociales” son las que se transmiten de generación en generación. Las representaciones sociales, según Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001), constituyen un enfoque alternativo para explicar la construcción social de la realidad, puesto que agrupa visiones, cognitivas y sociales, al mismo tiempo y es una teoría que trasciende la hermenéutica al considerar que aunque el ser humano interpreta la realidad. La actividad hermenéutica se determina por factores independientes de esta.

Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001) se suma a la visión de Berger y Luckmann (1978) sobre la construcción social de la realidad y la importancia del lenguaje en esta construcción, porque al ser el lenguaje interpretativo, la realidad deja de ser objetiva para construirse en las interacciones que las personas efectúan en el diario vivir. La implicación más importante que se desprende de esto consiste en que todo conocimiento, incluido el científico, es producto de una construcción colectiva. Las prácticas cotidianas conforman no solo la concepción del mundo, sino

Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001) destacan los aspectos individuales que cada individuo aporta, según su adscripción a diversas categorías sociales y grupos a los cuales pertenece y cómo estas concepciones inciden en las interpretaciones que los individuos realizarán

al posibilitar que ellas mismas sean similares. Esto explicaría que se establezca un mundo común con significados compartidos y perspectivas similares sobre la realidad, aunque cada punto de vista es único. Según los autores, los individuos asumen que sus experiencias del mundo son similares y actúan como si lo fueran. Así, cada uno de los protagonistas construye la realidad en función de sus intereses particulares, posición social, experiencias concretas y sus influencias culturales. El aporte más significativo de esta mirada construccionista es el denunciar que las miradas objetivas sobre esa realidad no son tan objetivas, sino “son reconstruidas de forma incompleta y sesgada” en función de intereses particulares (Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez, 2001, p.157).

Paralelo a la construcción social de la realidad, se construye un imaginario social que la sostiene. Actualmente, el trastorno de abuso y dependencia de sustancias es considerado un fenómeno complejo y de peso social, por el considerable aumento en los últimos años del uso de sustancias. En el ámbito de las dependencias, el uso de sustancias psicoactivas es visto como generador de conductas no deseables. Probablemente, los enfoques sustentados en criterios morales, los cuales relacionan directamente el consumo de drogas con actitudes y las conductas delictivas o peligrosas pudieran explicar parte del imaginario social.

Esta visión negativa hace a las sustancias psicoactivas las protagonistas de estas conductas no aprobadas por el discurso político, y se dejan de lado las condiciones histórico-sociales del fenómeno. El lugar de lo prohibido, que ocupan las drogas en el imaginario social, posibilita que se mencione a las drogas como si fueran una sola, sin diferenciación entre ellas y, a la vez, se estigmatiza a quienes las usan.

A continuación, se recopila y se analizan algunas perspectivas sobre el uso de drogas, que podrían ofrecer una luz sobre la construcción de este imaginario social.

Carballeda (1991, en Graña Gómez, 1996) expresa que a partir de la preocupación mundial por el aumento de las conductas adictivas, se elaboraron, en la década de los años cincuenta, políticas y programas de prevención, que partían de diversos marcos teóricos tales como ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial, sociocultural y recientemente el modelo geopolítico estructural. El autor plantea una visión latinoamericana a partir de estos cinco modelos, los cuales se explican a continuación:

En los años 1950, el fenómeno de uso de drogas por la población estaba limitada casi exclusivamente a los marginados y delincuentes, época en que se ubica el inicio del modelo ético-jurídico, y se acentuó la criminalización del uso de drogas y se colocó el foco tanto en el individuo como en el revendedor y se olvidó la perspectiva social.

La década posterior generó el modelo médico-sanitario, y se iniciaron campañas de prevención generalmente dirigidas a los estudiantes y en las cuales no se distinguía entre drogas legales e ilegales, como sí ocurría en el modelo jurídico-legal. Carballeda (1991, en Graña Gómez, 1996) considera que esta separación surgió por el reciente auge de la industria farmacéutica. En esa época, se definió al adicto como alguien vulnerable a las sustancias psicoactivas y pasa a considerarse un enfermo: una concepción nuevamente individualista.

El modelo psicosocial hace una lectura diferente del fenómeno e incorpora el abordaje psicológico de la problemática, incorpora a la familia, así como a las diferencias propiamente individuales que llevaron al sujeto al uso de drogas. Igual que el modelo anterior, impulsa campañas de prevención, las cuales profundizan aún más el estereotipo del adicto como enfermo y se empieza a llamarlos “desviados sociales” al enfatizar sus conductas, valores y actitudes. En la misma época en que surgió el modelo anterior, años setentas, inició el modelo sociocultural, el cual acoge el discurso de la desviación social al destacar factores socioeconómicos y asociar el uso de drogas con poblaciones marginales. Incorporó un lenguaje diferente, el cual da base para replantearse abordajes distintos.

Finalmente, el modelo geopolítico proporciona una interpretación distinta del problema, incluye el problema del tráfico de drogas, y lo politiza en su dimensión social. Estos modelos con el tiempo se han influenciado recíprocamente de forma tal que sus discursos son bastante uniformes.

Después del análisis sobre el uso de drogas se puede concluir que el imaginario social del dependiente a sustancias psicoactivas se construye a partir de los entendidos sociales que los significan. En Costa Rica, la criminalización cumple la función de catalogarlos como criminales y el imaginario social alerta de lo que ocurre a quienes no cumplen con el encargo social del trabajo.

A continuación, es necesario referirse a la teoría sobre el surgimiento de las subjetividades, puesto que sin subjetividades no hay dependientes por analizar. En esto, la teoría de Foucault (1990) influenció, como Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001) lo declaran, en las concepciones teóricas previamente discutidas. Las subjetividades no son permanentes ni esenciales, son producidas y significadas dentro de una cultura, por lo que la comprensión de la relación sujeto-estructura social, sigue siendo difícil de comprender, como totalidad esencialista, así como lo es entender cómo se constituye la subjetividad social.

Desde la llamada “crisis de la Psicología” de los años 1970, el sujeto de la Psicología se ha ido transformando hasta llegar a la disolución de la separación sujeto-objeto desde la mirada construccionista (Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez, 2001). Foucault (1990), cuando argumenta sobre el surgimiento del “sí mismo”, lo hace reconstruyendo, a través de estudios históricos, la aparición de la subjetivación de los seres humanos en nuestra cultura. Él destaca tres modos

mediante los cuales se puede transformar a los seres humanos en sujetos. Una de ellas es en el campo de la investigación, es decir de la ciencia. Otra forma de hacerlo, es dividirlo en su interior y además dividirlo de los otros. Este modo de dividir o clasificar a los seres conlleva la tendencia a dividirlos en categorías, categorías, por ejemplo: sano-enfermo. El discurso social se vale de este recurso y los seres humanos pasan a ser sanos o enfermos. La tercera forma de dividirlo es con respecto a su sexualidad (Foucault, 1990).

Los cuestionamientos sobre la vinculación entre estructura social y su impacto en la subjetividad han estado ligadas a lo político, puesto que las categorías psicológicas se han convertido en políticas, entendido este aspecto político no como electoral o las acciones de personas ligadas a lo político, sino como el marco más amplio al implicar toda acción en la que intervenga cualesquiera toma de posición, por supuesto con la consiguiente fuente de poder que permita su implementación (Pérez, 1996, citado en Cordero, Dobles y Pérez, 1996).

Sampson (1993, en Cordero et al., 1996) con sus acercamientos a lo que llamó “individuo autocontenido”, llegó a la conclusión, a través de investigaciones históricas similares a las de Foucault, que este individuo autocontenido servía los intereses de un grupo particular y además que la psicología social validaba su carácter objetivo y real, cuando realmente era socialmente construido. Al desenmascarar este propósito, se evidenció que el apartar a los “desviados”, “inmaduros” o “patológicos”, se hacía porque no se ajustaban a los intereses de un grupo particular. Se culpabiliza al adicto de su situación económica y social para no señalar al estado y romper la ilusión de un estado perfecto (Purcell, 2003).

Se considera al adicto como enfermo, pero como sujeto individual e integrado y se mira bajo la concepción de una subjetividad unificada. Se percibe a ese “sí mismo”, como le llama Foucault (1990), sin tomar en consideración que esta categoría puede desmontarse e interpretarse en función de intereses particulares. Por lo tanto, los discursos sociales ligados a lo jurídico-estatal deben examinarse al partir de los supuestos construccionistas y, de esta forma, considerar los criterios de normalidad como construcciones y no como verdades.

Alternativas terapéuticas para esta enfermedad

Después del análisis anterior, es necesario referirse a la modificación de los hábitos de conducta adictivos, lo cual es posible, en su gran mayoría, a través de algún tipo de tratamiento. Pero para abordar el tema es necesario decir, como preámbulo, que existe gran variedad de otros modelos explicativos, según adjudiquen la responsabilidad para explicar los trastornos por abuso de sustancias y según la visión así se plantea la dirección en el proceso de tratamiento.

Center for Substance Abuse Treatment (1999) señala seis modelos de tratamiento a partir de la visión que se asuma, los cuales son los siguientes: moral, médico, espiritual, psicológico,

sociocultural y biopsicosocial. Estos podrían ser resumidos, según Brickman et al. (1982, citado por Graña Gómez, 1996), en cuatro categorías, que por su capacidad de síntesis resultan idóneas para organizar la presentación. Estos modelos son (a) el moral, (b) el médico, (c) el iluminativo y (d) el compensatorio. Todos estos modelos adjudican diversas responsabilidades a la persona que la sufre, ya sea en la generación propiamente de la enfermedad o en la responsabilidad de cambiar o solucionar el problema (Graña Gómez, 1996).

El mismo autor define el modelo moral y dice que mira al individuo como el responsable de haberse iniciado y es, por lo tanto, responsable de su recuperación. Esta categoría no cuenta actualmente con suficiente apoyo científico, puesto que considera al individuo como débil de carácter y sin fuerza de voluntad. El tratamiento en esta visión se dirige a fortalecer la voluntad a fin de vencer el pecado.

Para el modelo médico, el individuo no es en absoluto responsable de la génesis de su enfermedad, ni tampoco de su solución. Parte de considerar como elementos clave: la dependencia física que ocasiona este trastorno, la predisposición genética y la progresión de la enfermedad. Este modelo ha desarrollado en los últimos años bloqueadores farmacológicos para contrarrestar la enfermedad. Estos bloqueadores parten de la importancia de la dopamina tegmental en el reforzamiento de la conducta adictiva y se han desarrollado algunos tipos de bloqueadores farmacológicos de esta acción como una forma de romper con ese círculo. En esto, los neurolépticos, especialmente los antagonistas dopaminérgicos como haloperidol y pimozida, tienen especial afinidad sobre los receptores D de la dopamina y bloquean su acción reforzadora adictiva, lo cual se ha visto en sustancias sumamente adictivas como la cocaína y la anfetamina.

Identificar los mecanismos biológicos implicados en las dependencias es esencial para el desarrollo de tratamientos para la adicción, según el modelo en cuestión. De los tratamientos actuales, se puede decir, suprimen los efectos de las drogas, pero queda aún un reto para los investigadores. Por ejemplo, se podrían ofrecer otros medicamentos que interfieran en la transportación de la dopamina, que, como se señaló en la primera parte de este ensayo, este neurotransmisor está relacionado en esta enfermedad. Con lo expuesto, se reconoce la importancia de los tratamientos farmacológicos, producto del modelo biomédico, pero estos solo son viables para el uso de algunas sustancias como la heroína y alcohol, pero no de todas (Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2001).

El modelo iluminativo señalado por Graña Gómez (1996) responsabiliza al individuo, pero lo cree incapaz de recuperarse sin ayuda de un poder superior. Los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), son ejemplos de donde puede el individuo, según esta categoría, encontrar solución a su problema. En Costa Rica, además de los grupos señalados, es posible el abordaje terapéutico en centros u hogares denominados cristianos y en comunidades terapéuticas, como Hogares Crea.

Al respecto, Bateson (1998) considera AA como capaz de contrarrestar la adicción al alcohol, porque el alcohólico al cual él llama alcoholista, no está esclavizado al alcohol sino que el alcohol es un recurso para escapar a una esclavitud personal, que el autor explica más detalladamente; al decir que es una esclavitud personal puesto que no es rebelión contra los ideales de la sociedad sino de premisas insanas reforzadas por la sociedad que le rodea. La filosofía de AA y NA descansa sobre 12 pasos, el segundo de ellos alude a la espiritualidad y textualmente dice: “llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podía devolvernos la salud” (Bateson, 1998, p.343).

Finalmente, el modelo compensatorio, considera al individuo no responsable de su enfermedad, pero, sí, de su recuperación. Según este modelo, la adicción tiene una etiología biológica y de aprendizaje, también, que el individuo no domina. Considera que es una conducta adaptativa aprendida para enfrentar factores estresantes. A partir de esta posición, algunos han sugerido ver la adicción como problema biopsicosocial, por la concurrencia de varios factores en la génesis de la misma (Graña Gómez, 1996).

En los últimos años se ha venido hablando de reducción de daños y medicación, lo cual tiende a llevar la discusión sobre la visión salubrista en lugar de la punitiva. Este modelo de reducción de daños corresponde a un nuevo modelo de tratamiento para las dependencias y surgió en Inglaterra durante la segunda mitad del siglo XX, debido a la alta prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los usuarios de drogas inyectables. Se considera que los usuarios de drogas lo hacen para defenderse del dolor intolerable de las situaciones de vida (Newcombe y Parry, 1988, en Shernoff, 1991).

Estos acercamientos son revolucionarios al considerar que la gran mayoría de los programas asistenciales para usuarios de drogas se dirigen aún hoy a la abstinencia. La reducción de daños es un conjunto de estrategias dirigidas a reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias, que incorpora algunos métodos que van desde el uso con riesgos menores, uso controlado y, finalmente, la abstinencia.

Los modelos o las categorías de Brickman y otros (1982, mencionado en Graña Gómez, 1996) son moral, médico, iluminativo y compensatorio y tienen la particularidad de poner el foco de atención en alguno de los componentes de la adicción, y le concedieron un peso mayor en la producción de la subjetividad y de la psicopatología, según sea el modelo del cual se parta. El modelo médico, por ejemplo, busca conocer o comprender la psicopatología del hombre al ubicar en el organismo humano los desórdenes o enfermedades. Busca la enfermedad en órganos específicos y deja de lado aspectos psicológicos o sociales. Dicha postura a la cual se ha denominado organicista.

Al retomar los marcos referenciales de la adicción, dentro del modelo médico debe considerarse el abordaje clínico del psicólogo en el tratamiento. La mirada del psicólogo se dirige al aspecto psicológico, dejando de lado los otros componentes. En su abordaje, el psicólogo no hace diferencia entre las intervenciones a esta población y la que brinda para otras condiciones o enfermedades mentales (Matellanes Matellanes, 2000). Para la autora, sin embargo, hay tres diferencias en el tratamiento a esta condición mental y las otras. Una obedece a la complejidad de esta enfermedad que conlleva morbilidad y comorbilidad, la segunda a la variedad de tratamientos, como ambulatorios, residenciales de corta, media y larga duración, comunidades terapéuticas y medicación, y el tercer argumento se refiere a la complejidad de referidos y seguimientos a largo plazo.

Fernández-Hermida y Secades-Villa (2001) refieren algunas técnicas psicológicas cuya efectividad ha sido destacada por el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999), entre las cuales nombran técnicas conductistas operantes (para el manejo de contingencias) y el condicionamiento clásico, junto al abordaje cognoscitivo conductual. En ocasiones, puede ser efectiva una combinación de las tres técnicas. Existe un importante soporte científico que avala la eficacia de las técnicas mencionadas. Estas terapias de modificación de conducta son tratamientos empíricamente validados y se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999).

Las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias. Según Fernández-Hermida y Secades-Villa (2001), los tratamientos funcionan cuando se pasa un tiempo suficiente en ellos y hay diferencia significativa en cuanto a no tratamiento o solo desintoxicación comparado con un programa residencial de largo término. Hay una consistente correlación positiva entre el tiempo que lleva el sujeto en el tratamiento y las posibilidades de éxito (Simpson, 1993). Ambos se miden en los términos que define el propio programa terapéutico.

Conclusiones

Después de haber realizado un recuento de las bases neurobiológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas y partiendo de la mirada social, al considerar la deconstrucción de la misma y su imaginario social, es posible apreciar, por qué esta problemática de la dependencia a drogas o alcohol representa hoy un reto para todos aquellos profesionales relacionados directa o indirectamente a esta patología.

Primero, el aumento progresivo de uso de sustancias psicoactivas evidenciada en los siguientes datos: la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del 2002 declara que el 8,9% de

la morbilidad mundial se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas estas en un 4% al alcohol y 0,8% a drogas ilícitas, Robinson y Berridge (2003) dicen que entre los americanos 60% han probado alguna vez en la vida drogas ilícitas siendo la prevalencia de 32%. Si se incluyera el alcohol, el porcentaje subiría a más del 90% en esta población. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (*National Institute on Drug Abuse*, NIDA, por sus siglas en inglés, 2008), el 51,6% de los estadounidenses de 12 años en adelante usaron alcohol 30 días antes de la investigación, lo que contrasta fuertemente con el 76,8% de los puertorriqueños que dijeron haberlo utilizado (NIDA, 2008). En España, el alcohol es la sustancia tóxica más consumida: el 60,7% de la población declara haberlo consumido durante los 30 días previos a ser encuestados, el 12,9% lo hace diariamente y un 9,3% se había emborrachado alguna vez durante el último año, según encuesta domiciliaria sobre drogas de 1999. Segundo, su vinculación neurobiológica y social al mismo tiempo. El papel relevante del núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal, como reforzadores de las conductas adictivas, que las neuroimágenes no dejan duda alguna de la vinculación neurobiológica de estas, junto a la genética de las adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas, o por lo menos la vulnerabilidad genética. La construcción social de la realidad, el surgimiento del sujeto y la subjetividad como condiciones de la vida moderna, conducen a un cuestionamiento de todo el andamiaje terapéutico.

La psicología social ha ido incorporando abordajes psicosociales a los problemas de salud, incluida la dependencia a sustancias psicoactivas, sin embargo, este abordaje biopsicosocial no ha tenido mucho éxito palpable. El abordaje social comunitario podría contribuir a vincular la problemática a soluciones, puesto que parte de la premisa de que la comunidad posee recursos para solucionarlos. La intervención comunitaria es limitada en su campo de acción por su intervención básicamente con comunidades y, además, su práctica pretende mejorar las condiciones de vida, vista está desde lo económico, no menos que la problemática de la dependencia a sustancia psicoactivas afecta mucho más a las poblaciones de escasos recursos; al menos, estas no cuentan con el acceso a programas de tratamiento privados dentro y fuera del país y sus opciones terapéuticas se limitan al IAFA, que públicamente ha aceptado la escasez de centros de tratamiento, a Hogares Crea, con problemas evidentes de financiamiento y a centros cristianos.

Si los consumidores siguen siendo criminalizados en lugar de facilitarles un apropiado acceso a servicios de salud, si las trasgresiones a las leyes los convierten en criminales y, por ende, responsables, pero no de recuperarse de su enfermedad, sino de cumplir con una sentencia por no cumplir con el encargo social, es necesario dirigir los esfuerzos en una sola dirección y esta dirección se trata de la prevención y la comunidad. Tal vez, de esa forma, se empiecen a ver resultados positivos en abordaje y posterior tratamiento de esta compleja condición.

Referencias

- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic processes in drug reward and addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 305-320. doi: 10.1080/10673220490910844
- Aguilar, N. (5 de julio de 2010). 1500 adictos atacan y roban en calles de Área Metropolitana. *La Nación*, p. 14. Recuperado de <<http://www.nacion.com/2010-07-05/Sucesos/NotaPrincipal/Sucesos2432864.aspx?Page=3>>.
- Amador, G. (11 de marzo de 2011). Consumo de drogas en Costa Rica y su relación con la violencia. *La Nación*, p. 40. Recuperado de <<http://www.nacion.com/2011-03-11/Opinion/Relacionados/Opinion2710891.aspx>>.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Lohlé-Lumen. Recuperado de <<http://www.cesarescobar.cl/attachments/article/87/Bateson....pdf>>.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1978). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu, pp. 185-216. Recuperado de <<http://www.universitas.net.ve>>.
- Bonson, K. (ago, 2003). Brain activity during cue-induced craving. *Science & Practice Perspectives*, 2(1), 64.
- Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35*. (Department of Health and Human Services [DHHS] Publication No. (SMA) 99-3354). Rockville, MD: U.S. DHHS, Public Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., Vicente de, P. y Valderrama, J. C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y la neurociencia. *Trastornos Adictivos*, 3(3), 164-171.
- Cordero, T., Dobles, I. y Pérez, R. (Comp.) (1996). *Dominación social y subjetividad*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades-Villa (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.

- Ferrando, R., Bocchino, S., Barrachina, A., Ferro, A. L., Rodríguez, J. M., Silveira, A., Ventura, R., Gioia, A., López, A., Langhain, M., Cardoso, A., Zurmendi, P., Triaca, J. y Lago, G. (ago, 2009). Alteraciones de la perfusión cerebral en consumidores activos de pasta base de cocaína. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(1), 51-62. Recuperado de <http://www.spu.org.uy/revista/ago2009/02_TO_04.pdf>.
- Foucault, M. (1990). *Las tecnologías del yo. Y otros textos afines*. España: Paidós Ibérica. Recuperado de <<http://es.scribd.com/doc/19287117/Foucault-Michel-Tecnologias-Del-Yo-y-Otros-Textos-Afines>>.
- Gómez-Jarabo, G. y Alonso-Fernández, F. (abril, 2001). Consideraciones psicobiológicas sobre las adicciones alimentarias. *Salud Mental*, 24(2), 17-24.
- Graña Gómez, J. L. (1996). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Ibáñez Gracia, T. y Jiménez-Domínguez, B. (2001). *Psicología social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2010). Investigaciones sobre Alcoholismo y Farmacodependencia Costa Rica, 2006-2010. San José, Costa Rica: IAFA. Recuperado de <<http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Investigaciones%20Sobre%20Alcoholismo%20y%20Farmacodependencia%20Costa%20Rica%202006-2010.pdf>>.
- Kalivas, P. W. y Volkow, N. D. (ago, 2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413.
- Klotchkov, A. (2006) Análisis de los genes candidatos DRD2 y DRD4, como base de la predisposición genética para el alcoholismo, caso del Valle Central de Costa Rica, *Crisol, Revista de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Costa Rica*, 15, 34-36. Recuperado de <http://www.odi.ucr.ac.cr/medios/documentos/crisol/revista_crisol_15.pdf>.
- Matellanes Matellanes, M, (nov, 2000). Análisis de la evolución de la respuesta asistencial en drogodependencia durante la última década. *Papeles del Psicólogo*, 77, 13-17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=841>
- Mucio, J. M. (dic, 2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los pépticos opioides. *Revista de Educación Bioquímica*. 26(4), 121-128.

- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones*. (Número 1, Parte 4180, National Institute of Health [NIH] publication). Estados Unidos: NIH
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de <<http://www.oas.samhsa.gov/2k8/2k8Results.cfm#TOC>>.
- Nestler, E. J. (dic, 2005). The neurobiology of cocaine addiction. *Science & Practice Perspectives*, 3(1), 4-10.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <<http://www.who.int/whr/2002/es/>>.
- Rodríguez, I. (17 de abril de 2011). País tiene más adicción al tabaco y al alcohol. *La Nación*, p. 20A. Recuperado de <<http://www.nacion.com/2011-04-17/AldeaGlobal/Relacionados/AldeaGlobal2749961.aspx>>.
- Purcell, N. (2003). *El discurso periodístico como texto en la representación del deambulante*. (Tesis inédita). Universidad de Puerto Rico.
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Rubio, G. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. España: Médico Panamericano.
- Shernoff, M. (Ed.) (1991). *Counseling Chemically Dependent People with HIV Illness*. New York: Haworth Press. Recuperado de <<http://books.google.co.cr/books>>.
- Simpson, D. D. (junio, 1993). Drug treatment evaluation research in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 120-128. doi: 10.1037/0893-164X.7.2.120
- Sánchez Fonseca, I. (2010). *Estudio de UNIMER para La Nación, Costa Rica 2010*. San José, Costa Rica: UNIMER. Recuperado de <<http://www.unimercentroamerica.com/blog/percepcion-de-la-violencia-victimizacion/>>.

- Ventura, R., Alcaro, A., Cabib, S., Conversi, D., Mandolesi, L. y Puglisi-Allegra, S. (enero, 2004). Dopamine in the medial prefrontal cortex controls genotype-dependent effects of amphetamine on mesoaccumbens dopamine release and locomotion. *Neuropsychopharmacology*, 29(1), 72-80. doi: 10.1038/sj.npp.1300300
- Young, A. M. J., Joseph, M. H. y Gray, J. A. (june, 1992). Increased dopamine release *in vivo* in nucleus accumbens and caudate nucleus of the rat during drinking: A microdialysis study. *Neuroscience*, 48(4), 871-876. doi:10.1016/0306-4522(92)90275-7

Recibido 5 de agosto de 2011

Revisión recibida 26 de marzo de 2012

Aceptado 01 de junio de 2012

Reseña de la autora

Flora Wille-González obtuvo su Ph.D. en Psicología Social-Comunitaria en la Universidad de Puerto Rico, después de haber hecho su maestría en Psicología Clínica en la Universidad Autónoma de Santo Domingo y la licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica. Ha trabajado en la docencia a nivel universitario y ha trabajado en diversos ámbitos de la clínica y ha coordinado programas de tratamiento para dependencia de drogas en Centroamérica.