

# EL AUTOCONTROL

Y LAS

# Adicciones

Dulce María C. **Flores Olvera**

Se considera que millones de personas a nivel mundial tienen un problema debido al consumo de drogas. La Organización Mundial de la Salud considera al síndrome de dependencia<sup>1</sup> como la pérdida del control consciente sobre los propios actos y del control voluntario que se tiene sobre el uso de una droga. Actualmente, se reconoce que el cerebro tiene una alta sensibilidad a sustancias, de tal forma que favorece la adicción o produce un efecto neurotóxico, provocando una falta de protección natural.

Tras repetidas exposiciones a drogas psicoactivas, el cerebro humano desarrolla una neuroadaptación que lleva a la aparición de la tolerancia y la dependencia. Los modelos experimentales en animales indican la relevancia del sistema dopaminérgico en la instauración y mantenimiento de las adicciones. Se considera que las vías neuronales de conexión dopaminérgica con el córtex prefrontal son las principales en afectarse debido a la adicción. Sin embargo, los modelos en animales, en los cuales el lóbulo frontal, como área cerebral diferencialmente humana no existe, no resultan adecuados restándole justamente a esta área prefrontal la importancia que probablemente tiene en el papel mediador en las adicciones en humanos. De ahí la importancia reciente que han adquirido las investigaciones que usan técnicas de imagenología cerebral en humanos.

Paralelamente a la adaptación bioquímica y neuronal, desde un punto de vista neuropsicológico, el hombre adquiere una adaptación funcional o psicológica.



El objetivo de este trabajo es analizar algunos de los términos que son básicos para entender las adicciones desde la neuropsicología, por lo que se hará énfasis en conceptos tales como voluntad, voluntariedad, autocontrol, regulación, y funciones ejecutivas, así como sus posibles alteraciones en personas que presentan el síndrome de dependencia.

#### **VOLUNTAD Y VOLUNTARIEDAD**

La actividad voluntaria constituye un elemento básico del desarrollo de la personalidad. No obstante, el término de actividad voluntaria (voluntariedad) y actividad volitiva (voluntad) suelen confundirse o no se realiza una clara diferenciación de dichos términos. Aun cuando ambas se desarrollan en la infancia temprana, existen características diferenciales y particulares para cada una de ellas. De acuerdo con E.O. Smirnova,<sup>2</sup> el desarrollo de la voluntad se debe considerar en relación con la formación de la esfera de los motivos, mientras que el desarrollo de la voluntariedad, en el contexto del desarrollo de los medios de dominio de sí mismo.

El desarrollo de la voluntad, en la edad temprana, se puede considerar como la formación de las aspiraciones propias, deseos o "voluntades" del niño, su determinación

y estabilidad. Desde este punto de vista, las etapas del desarrollo de la voluntad se pueden determinar de acuerdo al contenido de los motivos que impulsan la actividad del niño, a su estabilidad y jerarquía.

El desarrollo de la voluntariedad o de la capacidad para dominar su propia conducta, se puede considerar como la regulación de la actividad propia. La premisa necesaria es la concientización de las consecuencias de las acciones del sujeto. Las etapas del desarrollo de la voluntariedad se pueden determinar de acuerdo al nivel de la concientización del comportamiento y por los medios de su organización.

Ante esta consideración, la voluntad y la voluntariedad, poseen un contenido diferente y no coinciden en sus manifestaciones. Es por ello que en el adulto, al igual que en el niño, la voluntad y la voluntariedad pueden no coincidir. El hombre volitivo, quien posee una jerarquía estable de motivos y de las cualidades respectivas (persistencia, carácter decisivo, dirigido hacia los objetivos), no necesariamente es capaz de organizar su comportamiento voluntariamente, es decir, no se domina a sí mismo, no regula sus reacciones, no se controla a sí mismo. Por lo contrario, podemos señalar que un hombre con una voluntariedad adecuadamente desarrollada es quien domina adecuadamente su comportamiento, lo organiza, es capaz de dirigir conscientemente su comportamiento y sus procesos internos (entre ellos la motivación), aunque no necesariamente muestre el sistema estable de sus propios motivos y valores y, consecuentemente, puede tener una voluntad "débil".

Además, podemos considerar que la función general de ambas en la vida psíquica del individuo es la superación de los estereotipos conformados y la inhibición de la actividad espontánea.

La voluntad y la voluntariedad se desarrollan en una unidad inseparable: cada etapa del desarrollo de la voluntariedad presupone la formación de motivos nuevos, los cuales no solo someten a los motivos viejos, sino también impulsan a dominar la conducta propia. Por eso, el estudio del desarrollo de la voluntariedad, como del dominio del comportamiento propio con ayuda de los medios proporcionados por la cultura, es imposible sin el análisis del desarrollo de la voluntad, así como de la formación de la motivación nueva y la superación de la motivación anterior. De esta forma surgirá la cualidad de superar los estereotipos

conformados y la inhibición de la actividad espontánea, por lo que se requiere el trabajo intenso de la conciencia.

Finalmente, podemos señalar que la acción volitiva se dirige hacia afuera, hacia el objeto del mundo externo (sensorial o ideal), hacia su logro o transformación y, por eso, presupone la participación de la propia conciencia. Por otra parte, la acción voluntaria se dirige a sí misma, hacia los medios y métodos de la actividad externa e interna y requiere de la conscientización de las acciones propias, es decir, del análisis reflexivo de la conciencia.

## EL AUTOCONTROL Y LA AUTORREGULACIÓN

Uno de los elementos básicos de la clínica de las adicciones es la pérdida del control sobre el uso de la sustancia que genera la dependencia. En tal sentido, uno de los objetivos terapéuticos es el restablecimiento del autocontrol en la vida del paciente, tanto en lo referente al uso de drogas, como a la normalización de su estilo de vida. El objetivo principal es irremediamente la abstinencia de todas las sustancias psicoactivas que puedan alterar la capacidad de decisión del paciente a lo largo de su recuperación, así como la actitud vigilante imprescindible para poder reconocer las situaciones de riesgo que puedan, por mecanismos de aprendizaje asociativo, desencadenar un deseo intenso irrefrenable, urgente por la droga (*craving*) o motivar la reaparición del hábito adictivo. Un problema relacionado es que el paciente adicto presenta dificultades en tomar las decisiones adecuadas<sup>3</sup> para alejarse de los estímulos o contextos que le puedan generar ese *craving*. Particularmente, los miembros del equipo terapéutico deben tomar en cuenta estos problemas en la toma de decisiones, además de los problemas relacionados con la voluntariedad y la volición analizados en el apartado anterior. En este caso, la adecuada toma de decisiones también formaría parte de la capacidad para controlar el ambiente, las situaciones de riesgo, etc., por parte del paciente.

Examinando el término de autocontrol de forma particular, podemos señalar que W.R. Miller y J. Brown<sup>4</sup> consideran a la capacidad de autorregulación como la posibilidad de llevar a cabo conductas controladoras específicas a fin de alterar la probabilidad de conductas posteriores, habitualmente disminuyendo o desplazando una conducta previa de mayor probabilidad, que es una



© Valeria Schwarz, de la serie *Nobody's places*, Beelitz, 2008.

capacidad adquirida para poder formular un plan de acción y para poder adaptar las propias conductas a dicho plan a pesar de unas circunstancias ambientales siempre cambiantes. Esta consideración derivada de la psicología cognitiva, señala una serie de subcomponentes dentro del concepto de autocontrol: búsqueda y selección de información, autoevaluación, motivación para cambiar, búsqueda, planificación, implementación y evaluación del plan de acción.

Por otra parte, para A.R. Luria<sup>5</sup> el autocontrol constituye una capacidad aprendida y su origen se encuentra desde las primeras etapas de la vida del ser humano.

## FUNCIONES EJECUTIVAS, AUTOCONTROL Y SÍNDROME DISEJECUTIVO

El concepto de funciones ejecutivas fue esbozado por A.R. Luria, pero fue J. M. Fuster quien lo designó como tal. Aun cuando no existe una definición reconocida y aceptada por todos los especialistas, podemos señalar que se considera al sistema ejecutivo como el encargado de los distintos subsistemas que permiten al pensamiento actuar coordinadamente, activando o desactivando los circuitos cerebrales funcionales necesarios para facilitar dicho proceso. La función ejecutiva es la última instancia cerebral en



el control, regulación y dirección de la conducta humana. Para M.D. Lezack, las funciones ejecutivas consisten en aquellas capacidades que permiten a una persona funcionar con independencia, con un propósito determinado, con conductas autosuficientes y de una manera satisfactoria.<sup>6</sup> Esta misma autora destaca la diferencia que existe entre las funciones ejecutivas y las funciones cognitivas, resaltando que mientras que las funciones ejecutivas permanezcan intactas, una persona puede sufrir pérdidas cognitivas considerables y continuar siendo independiente, constructivamente autosuficiente y productiva. Cuando se alteran las funciones ejecutivas, el sujeto ya no es capaz de cuidarse, de realizar trabajos para sí o para otros, ni de mantener relaciones sociales estables, independientemente de cómo conserve sus capacidades cognitivas. Como principio básico, los déficits cognoscitivos usualmente atañen a funciones específicas o áreas funcionales, mientras que la atención ejecutiva se manifiesta de una manera más general, afectando a todos los aspectos de la conducta.

Entre los problemas conductuales que muestran los sujetos con alteración de las funciones ejecutivas se encuentran: una capacidad deficitaria de autocontrol, autodirección, labilidad emocional o afecto “aplanado”, tendencia a la irritabilidad y excitabilidad, impulsividad, o indiferencia, rigidez y dificultad en cambiar la atención,

así como para la conducta dirigida a una meta. Aspectos que muy a menudo vemos en sujetos adictos y que rápidamente atribuimos como exclusivos de la adicción, pero que sin duda se pueden considerar como más primarios, ya que son los efectos que tienen las drogas de abuso sobre el cerebro y concretamente sobre el lóbulo frontal y, en consecuencia, sobre las funciones ejecutivas.

Autores como Robbins y Everitt<sup>7</sup> proponen la inclusión de un nuevo concepto en el campo de la clínica neuropsicológica de las adicciones: el síndrome disejecutivo. Este síndrome se produce de forma secundaria a un daño de las regiones frontales del cerebro. Tiene como sintomatología clínica una dificultad en el control de impulsos, perseveración en patrones de comportamiento desadaptativos, dificultades para cambiar estos patrones desadaptativos a través de nuevas experiencias de aprendizaje, un humor expansivo, así como una carencia de censura, entre otros síntomas. En cualquier caso, este nuevo síndrome se presenta como un reto en el ya difícil diagnóstico diferencial con toda la serie de rasgos y conductas desadaptativas de los trastornos de la personalidad que son tan prevalentes dentro de los pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

#### LOS LÓBULOS FRONTALES Y EL AUTOCONTROL

Estas consideraciones son importantes debido a que los múltiples fracasos en materia de rehabilitación son debidos a la alta resistencia al cambio de los pacientes que son atendidos por un problema de adicción. Se considera que son muchas las variables que han sido utilizadas para explicar estas dificultades terapéuticas, siendo el trastorno dual y las alteraciones psiquiátricas relacionadas, hasta la fecha, las variables de mayor repercusión sobre el pronóstico y evolución del trastorno adictivo. Estas dificultades son lo suficientemente importantes como para hacer que los profesionales se replanteen el umbral de los criterios y de las exigencias terapéuticas que proponen a sus pacientes y se proponen a sí mismos.

Sin embargo, la sintomatología neuropsicológica también puede aportar valiosa información señalando las afectaciones funcionales debidas al consumo de sustancias.

Los estudios neuropsicológicos señalan que el papel del córtex orbitofrontal es relevante en el control e inhibición de los impulsos y de las conductas. El síndrome



© Valeria Schwarz, de la serie *Nobody's places*, Beelitz, 2008.

orbitofrontal se caracteriza por una desinhibición conductual e hiperactividad, acompañadas de inestabilidad afectiva y cognitiva. Es este síndrome el que ha sido más comúnmente asociado al uso crónico de drogas.

En tal sentido, y considerando que el concepto de autocontrol o autorregulación es fundamental, la organización del proceso integral terapéutico y la rehabilitación neuropsicológica se debe dirigir hacia el re-aprendizaje o reorganización del autocontrol en el tratamiento de los pacientes adictos. El sujeto adicto deberá organizar nuevamente su sistema estable y jerárquico de motivos y valores. Igualmente, se debe garantizar que el sujeto recupere nuevamente su esfera voluntaria para poder organizar y dirigir conscientemente su comportamiento y sus procesos internos y externos.

## CONCLUSIONES

La identificación de las alteraciones neuropsicológicas aportará nuevas ideas al tratamiento de las adicciones y podrá, sobre todo, ayudar a los profesionales que atienden a personas con síndrome de dependencia a comprender la resistencia al tratamiento y su tendencia a perseverar en comportamientos desadaptados. Así, el tratamiento deberá incluir una evaluación neuropsicológica general y específica del funcionamiento frontal y

un posterior proceso de rehabilitación neuropsicológica basado en la reorganización del autocontrol y, por lo tanto, del control sobre conductas repetitivas, en este caso riesgosas y nocivas.

## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D. C. Estados Unidos: Banco Mundial (2005).
- <sup>2</sup> Smirnova E.O. El desarrollo de la voluntad en la ontogenia temprana. En Burmenskaya G.V. *Crestomatía de psicología infantil*. Moscú, Instituto de Psicología Práctica (1996) 213-228.
- <sup>3</sup> Verdejo-García, A., Becara, A., Recknor, E. C. & Pérez-García, M. Decision-making and the Iowa Gambling Task: Ecological validity in individuals with substance dependence. *Psychologica Belgica*, 45, (2006) 55-78.
- <sup>4</sup> Miller W. R. and Brown J. M. Self regulation as a conceptual basis for the prevention of addictive behaviours. In Heather N., Miller W.R. Greeley J. (Eds.) *Self-control and the Addictive Behaviours*. Australia: Maxwell Macmillan Publishing (1991).
- <sup>5</sup> Luria A.R. *Atención y Memoria*. México: Ed. Roca (1980).
- <sup>6</sup> Lezack M. D. *Neuropsychological Assessment*. 3a Ed. New York Oxford: University Press (1995).
- <sup>7</sup> Robins, T.W. y Everitt, B. J. Interaction of the dopaminergic system with mechanisms of associative learning and cognition: implication for drug abuse. *Psychol Sci*; 10 (1999) 199-202.

**Dulce María C. Flores Olvera**  
**Facultad de Psicología, BUAP**  
**email: dulce.flores@fsilc.buap.mx**