POR QUÉ LA ADICCIÓN
NO ES UNA ENFERMEDAD

BIO-LOGÍA DEL DESEO



Marc Lewis

YONKI BOOKS

Traducción de Javier Quevedo Puchal

BIOLOGÍA

DEL DESEO

BIOLOGÍA

DEL DESEO

POR QUÉ LA ADICCIÓN NO ES UNA

ENFERMEDAD

MARC LEWIS

Traducción de JAVIER QUEVEDO PUCHAL

Título original: The Biology of Desire. Why Addiction is not a Disease

Primera edición publicada por Doubleday Canada.

Derechos de traducción gestionados por Westwood Creative Artists LTD y Sandra

Bruna Agencia Literaria, SL

© Del texto

Marc Lewis, 2015

© De la traducción

Javier Quevedo Puchal

© Yonki Books, SL

Primera edición: febrero 2026

Editor: Oihan Iturbide

Diseño: Ex.Estudi

Corrección y composición: NEMO Edición y Comunicación, SL

Portada: Horixe Diseño

www.yonkibooks.com

ISBN: 979-13-990744-2-0

ISBN eBook: 979-13-990595-9-5

DEPÓSITO LEGAL: NA 18-2026

Gráficas Alzate

El papel utilizado tiene certificado FSC y PEFC que garantizan la gestión sostenible de las materias primas y una trazabilidad completa desde los bosques de origen.

Reservados todos los derechos. No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea mecánico, electrónico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Para los miembros de mi comunidad bloguera, que con tanta generosidad han compartido sus experiencias y puntos de vista. Y para los cinco que depositaron en mí su confianza y me permitieron que contara aquí sus historias

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN?

Guerra de opiniones

El modelo predilecto

Auge (y caída) del modelo de enfermedad .

El cerebro bajo una nueva óptica

2. UN CEREBRO DISEÑADO PARA LA ADICCIÓN

La plasticidad y la permanencia en los cambios cerebrales

Aviso: puede causar dependencia

Todo se reduce a la retroalimentación

Neuronas en red

No es tan inusual

3. CUANDO EL DESEO SE HACE CON EL CONTROL

La historia de Natalie

4. EL TÚNEL DE LA ADICCIÓN

El romance de Brian con la metanfetamina

5. LA IDENTIDAD SECRETA DE DONNA

6. JOHNNY NECESITA UN TRAGO

7. NADA PARA ALICE

Las dos caras del autocontrol

8. BIOLOGÍA, BIOGRAFÍA Y ADICCIÓN

Por qué la adicción no es una enfermedad

La adicción sin sustancias de por medio

Pero, si no es una enfermedad, ¿qué es?

¿Por qué el deseo?

Un mal origen

Lo que el cambio cerebral significa para los propios adictos

Pérdida de control

Y por último

9. EL DESARROLLO UNA VEZ SUPERADA LA ADICCIÓN

La neuroplasticidad

Caminos experienciales y neurales para superar una adicción

Crear una narrativa desde el pasado hasta el presente y el futuro

Encontrar un futuro: autonarrativa y autoconfianza

Realinear el deseo

Cómo ayudar a superar una adicción

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

El daño que los adictos se provocan a sí mismos y a quienes los rodean ha acaparado la atención pública, sobre todo en los últimos años. Además, nuestra manera de ver la adicción está cambiando, y tal vez también evolucionando. Hemos comenzado a entender que lo que creemos sobre ella no debería basarse en teorías acerca de debilidades morales. Cada vez es menos probable que tachemos a una persona adicta de autocomplaciente, débil y sin fuerza de voluntad. Cada vez es más difícil que veamos la adicción como algo que afecta solo a indigentes o jóvenes demacrados que arrastran los pies hacia nuestro coche cuando nos detenemos ante un semáforo. Ya sabemos que puede surgir en cualquier hogar. Ataca a nuestros políticos, a nuestros artistas, a nuestros familiares y, a menudo, a nosotros mismos. Se ha vuelto omnipresente, algo que puede aparecer en cualquier momento, como el cáncer o la contaminación atmosférica.

Con todo esto, urge más que nunca aclarar en qué consiste la adicción, y la primera explicación que suele venir a la mente es que se trata de una enfermedad. ¿Qué otra cosa podría golpear a alguien en el momento menos pensado, para arrebatarle su bienestar, su autocontrol e incluso su vida? Un gran número de médicos y organismos de salud pública muy prestigiosos la consideran, efectivamente, una enfermedad. Hay personas rehabilitadas, consejeros sobre adicciones y padrinos de programas de los Doce Pasos que la consideran también una enfermedad. Durante los últimos veinte años, se han encontrado pruebas científicas irrefutables que demuestran que el abuso de sustancias produce cambios en el funcionamiento y las estructuras cerebrales. Y algunos estudios genéticos han revelado rasgos hereditarios que predisponen a las personas a convertirse en adictas. Todo esto parece confirmar la idea de que la adicción es una enfermedad: en concreto, una

enfermedad física. Y eso nos da esperanza, o al menos paciencia, ya que se trata de una idea sensata, reconfortante a su manera y que forma parte de nuestra realidad compartida. Si la adicción es una enfermedad, entonces debería tener una causa, un curso evolutivo y, tal vez, una cura (o, al menos, métodos de tratamiento consensuados). Eso significa que podemos ponernos en manos de profesionales y seguir sus instrucciones.

Pero ¿de verdad la adicción es una enfermedad?

Este libro defiende la teoría de que no. Es más bien el resultado de repetir de forma motivada los mismos pensamientos y conductas hasta que se vuelven habituales. Por lo tanto, la adicción se desarrolla, se aprende, pero ese aprendizaje se produce a un nivel más profundo y, a menudo, con mayor rapidez que casi todos los demás hábitos, debido a un túnel de atención y atracción que se va estrechando. Si observamos con atención el cerebro, descubriremos el evidente papel que el deseo desempeña en este proceso. Su circuito neuronal rige la anticipación, en qué centramos nuestra atención y cómo nos comportamos. Por tanto, las metas más atractivas se perseguirán una y otra vez, mientras que otras perderán su atractivo. Será dicha «repetición» (no las drogas, el alcohol o los juegos de azar) lo que cambiará el cableado del cerebro. Como ocurre con el desarrollo de otros hábitos, este proceso se basa en un ciclo de retroalimentación neuroquímica que está presente en cualquier cerebro normal. Sin embargo, los ciclos son más persistentes debido a la frecuente recurrencia del deseo y a que la variedad de las cosas que se desean es cada vez menor. La adicción surge de los mismos sentimientos que crean vínculos entre dos enamorados o entre padres e hijos. Se basa en los mismos mecanismos cognitivos que hacen que las recompensas a corto plazo parezcan más valiosas que los beneficios a largo plazo. No cabe duda de que la adicción es destructiva, pero también es asombrosamente normal: una característica inevitable del diseño humano. Eso es lo que hace que nos resulte tan difícil comprenderla (desde el punto de vista social, científico y médico).

Bajo mi punto de vista, nos equivocamos al considerar la adicción como una enfermedad. Un error que se ve agravado no solo por cierta visión sesgada de los datos neuronales, sino por la costumbre de médicos y científicos de hacer caso omiso de la esfera personal. Pero podemos reemplazar esta idea. No eludiendo la biología de la adicción, sino estudiándola más de cerca y conectándola con las experiencias vividas. Los investigadores médicos están en lo cierto cuando afirman que el cerebro cambia debido a la adicción. No obstante, el modo en que lo hace tiene más que ver con el aprendizaje y el desarrollo que con la enfermedad. Por lo tanto, podemos ver la adicción como un torrente evolutivo, a menudo presagiado por dificultades en la infancia, pero siempre impulsado por el estrechamiento de la perspectiva con ciclos recurrentes de adquisición y pérdida. Al igual que sucede con otros resultados evolutivos, la adicción no es fácil de revertir porque depende de la reestructuración del cerebro. Además, también surge de la plasticidad neuronal, solo que su efecto neto es una reducción de la plasticidad, al menos durante un tiempo. La adicción es un hábito que, como muchos otros, se arraiga cuando el autocontrol disminuye, y no hay duda de que es un drama para el adicto y su entorno. Sin embargo, sus graves consecuencias no la convierten en una enfermedad, como tampoco ocurre con la violencia, el racismo o la temeridad de acostarte con la pareja de tu prójimo. Lo que hacen de ella es, si acaso, una pésima costumbre.

En este libro recurro a datos científicos para elaborar mi tesis, pero a la vez examino los testimonios de personas normales y corrientes. Recurro a la minuciosa exposición de relatos biográficos de cinco personas muy diferentes, cada una en plena lucha contra la adicción, y a partir de ahí vertebro el armazón sobre el cual introducir e interpretar la ciencia del cerebro. He escrito estas narraciones con un estilo literario, incluyendo técnicas como el flujo de conciencia o el diálogo, pero sin perder de vista la precisión en cuanto a la objetividad (excepto por el uso de seudónimos y la adaptación de algunos diálogos). A través de estas historias, muestro cómo es la adicción y qué sensaciones provoca cuando se arraiga, a la vez que

explico los cambios neuronales subyacentes. No cabe duda de que estos cambios interponen obstáculos en el desarrollo de la personalidad, pero, aun así, concluyo cada capítulo con una nota positiva, acompañando a mis colaboradores a través de sus adicciones y hacia el crecimiento personal que hay más allá (una fase a menudo denominada «recuperación»). Además, brindo los datos y conceptos neurocientíficos necesarios para ayudar a comprender cómo dichas personas llegaron a aquel punto. Hay muchos adictos que logran dejar de consumir, y lo hacen de manera única e imaginativa, a base de esfuerzo e introspección. Por lo tanto, dejar de consumir debería considerarse como otra fase evolutiva, más que como la «recuperación» tras una enfermedad.

***

Soy neurocientífico y catedrático universitario. Mi labor consiste en enseñar a los estudiantes todo lo que sé sobre el cerebro. He enseñado e investigado acerca del desarrollo emocional y el cerebro durante casi toda mi carrera. Pero, tras mis primeros diez años dando clases, comencé a sonar pesado y aburrido, incluso para mí mismo. ¿Qué se me estaba pasando por alto? El cerebro es la piedra angular de nuestras necesidades, nuestros deseos, nuestras alegrías y nuestros sufrimientos, nuestros momentos más oscuros y nuestra capacidad para superarlos. Así pues, ¿por qué parecía un rompecabezas anatómico, el plano de una placa de circuito, una maraña de etiquetas, cajitas y flechas? Necesitaba transmitir la desgarradora realidad del cerebro de tal modo que avivara la curiosidad de mis alumnos. Porque, incluso en los cursos de posgrado, mis esfuerzos se saldaban con estudiantes de miradas vidriosas tomando apuntes como si les fuera la vida en ello. «¡Pero miradme!», deseaba gritarles. Levantad la vista de vuestros apuntes y fijaos en lo que está haciendo vuestro cerebro. Podéis aprender directamente de lo que ocurre en vuestro interior. No os hace falta

tomar apuntes. Basta con que os observéis a vosotros mismos para descubrir que vuestro cerebro está ocupado en ampliar y revisar todo un mundo de pensamientos que revolotean, asociaciones impactantes e impulsos pueriles. No es solo un órgano de racionalidad, como sin duda os han enseñado: también es el motor biológico de nuestra sorprendente irracionalidad, presenta un lado oscuro.

Pero ¿cómo podía hacerlo? ¿Cómo podía lograr que lo entendieran?

Seis o siete años atrás, comencé a hablar con más franqueza sobre el caos de mis propias emociones. Escogí algunos ejemplos de mi pasado para exponerles el lado oscuro de mi propio cerebro. Y aquello captó su atención.

Sobre todo cuando les revelé que, siendo un veinteañero, me había vuelto drogodependiente hasta cumplir casi los treinta (algo que había mantenido en privado durante otros treinta años más). Nadie se plantea que su profesor ha sido, es o acabe siendo drogadicto, así que resultó interesante. A la par, comencé a hojear los diarios que había escrito desde mi adolescencia hasta los treinta y cinco años, más o menos. Reviví cientos de experiencias traumáticas, terribles y, a menudo, desconcertantes en las que había perdido el control con las drogas hasta el punto de perderme yo mismo. Empecé a leer y a reflexionar sobre los procesos cerebrales que subyacen tras la adicción, y comencé a escribir el libro que esperaba que lo reuniera todo: Cerebro adicto.

A la edad de treinta años, dejé de consumir drogas ilegales y de consumir drogas ilegalmente. En la actualidad, como neurocientífico y profesor, necesitaba averiguar qué me había ocurrido tantos años atrás. ¿Cómo es posible que mi cerebro hubiera estado tan confuso durante tanto tiempo? ¿Cómo logré dejarlo por fin? Mientras navegaba por un mar de artículos sobre la neurociencia de la adicción, aprendí el modo en que los circuitos cuya finalidad es la búsqueda de objetivos quedan cautivados por el atractivo de una

sola meta. Una droga, una bebida, los juegos de azar, la pornografía…, lo que sea que satisfaga (al menos parcialmente) un poderoso deseo, al tiempo que aumenta su propio atractivo. Comencé a entender el lado oscuro del cerebro no solo como científico, sino como «usuario final»; y todo lo que estaba aprendiendo se lo empecé a transmitir a mis alumnos con pasión, precisión y, espero, perspicacia.

Este libro representa mi intento actual de convertirme en aquel maestro. Pero, si bien tengo un mensaje que transmitir, una tesis que defender sobre la adicción, la tarea más titánica a la que me enfrento consiste en bascular entre dos perspectivas: la vida tal y como la experimentamos (incluidas sus cimas y sus peligros) y el funcionamiento cerebral específico que hace que esa experiencia sea posible. Si deseamos comprender algo tan complejo y preocupante como la adicción, debemos mirar directamente al punto de intersección entre la experiencia y la biología. Porque ese es el cuello de botella, el punto central donde se funden y cristalizan las cuestiones relacionadas con la naturaleza humana. Ahí es donde el cerebro moldea nuestras vidas y donde nuestras vidas moldean el cerebro.

GUERRA DE OPINIONES

En las últimas décadas, la sociedad ha acabado viendo la adicción como algo específico y definible, más que como una carencia moral o una caída personal en desgracia. Sin embargo, apenas hay consenso sobre cómo conceptualizar este fenómeno. En nuestro intento por estudiar la naturaleza de la adicción, delimitar sus causas y explorar posibles tratamientos, hemos desembocado en diversas definiciones (casi todas incompatibles) que se pueden aunar en tres grandes categorías: enfermedad, decisión propia y automedicación.

Según la primera de ellas, la adicción es una enfermedad que se caracteriza por cambios en sistemas cerebrales específicos, sobre todo aquellos que procesan recompensas (es decir, resultados valiosos). Estos sistemas, que se encargan de anticipar dichas recompensas, motivarnos a perseguirlas y evaluar o reevaluar el valor de estas, se remodelan a través del consumo reiterado de drogas, incluido el alcohol. Los investigadores han descubierto cambios cerebrales adicionales en los sistemas que subyacen tras el control cognitivo, la gratificación aplazada y las habilidades abstractas, como comparar y predecir resultados o seleccionar las mejores opciones. Según el modelo de enfermedad, todos estos cambios se deben a la exposición a drogas de abuso, y revertirlos resulta muy difícil (si no imposible). Por supuesto, el modelo de enfermedad se basa en un marco biológico y sirve muy bien para explicar por qué algunas personas se muestran más vulnerables a la adicción que otras, según las diferencias genéticas y otros factores de predisposición. ¿Y qué ocurre con la cura? Bueno, no parece que la haya. Hoy por hoy, la adicción se ve como una enfermedad crónica. Pero eso no le plantea ningún problema a este modelo, porque lo mismo ocurre con muchas enfermedades por todos

conocidas, como las cardíacas, la diabetes y algunos tipos de cáncer. También en esos casos hay tratamientos, pero no curas.

Por otro lado, la idea de que la gente es adicta porque quiere surge de una perspectiva cognitiva (que no biológica) que enfatiza los cambios en los procesos mentales. Los investigadores de la economía conductual (campo que combina la psicología social con el pensamiento económico) intentan comprender por qué tomamos las decisiones que tomamos, incluida la de consumir sustancias adictivas. Pocas personas sospechan que la adicción es una opción que a menudo se considera de forma bastante racional, al menos a corto plazo (como cuando el placer o el alivio que se derivan de ella tienen más peso que otras opciones). Por desgracia, el modelo de decisión propia brinda una plataforma que les viene de perlas a aquellos que consideran que los adictos son personas autocomplacientes y egoístas. Según ellos, si la adicción es una decisión propia, entonces los adictos se están autoinfligiendo daño deliberadamente y, lo que es peor, se lo están infligiendo a los demás. No obstante, otros defensores de este modelo apuntan a condiciones ambientales o económicas que el adicto no puede controlar, como la pobreza o el aislamiento social. El modelo de decisión propia justifica más fácilmente que el de enfermedad por qué los adictos dejan de consumir. Si las condiciones y las circunstancias cambian con el tiempo, también lo hacen las decisiones que tomamos. Así pues, no debería sorprender que alguien decida dejar de consumir cuando sus circunstancias vitales mejoran, o cuando los costes económicos o sociales de seguir siendo adicto superan los beneficios de estar drogado. Cualquiera de ambas explicaciones podría justificar el hecho de que la mayoría de los veteranos de guerra adictos a la heroína dejaron de consumirla cuando regresaron de Vietnam.

Por último, el modelo de automedicación es un batiburrillo. En parte se deriva de la psicología; en parte, de la medicina; y en parte, de la sociología, a la vez que se basa en el pensamiento evolutivo. Conforme los niños y los adolescentes se desarrollan, los problemas

emocionales pueden erosionar su sensación de bienestar. Prueban con diversas estrategias para lidiar con dichos problemas, hasta que encuentran algo que funciona. El trauma (ya sea social, psicológico o sexual) es una expresión en boga para la adversidad temprana, y a menudo se descubre que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) subyace tras la ansiedad y la depresión. El abuso de sustancias entre personas con TEPT oscila entre el 60 y el 80%, y la tasa de TEPT entre quienes abusan de sustancias es del 40 al 60%, razón suficiente para creer que las personas consumen drogas para aliviar el estrés[1]. De hecho, se sabe de sobra que las sustancias psicoactivas suelen usarse para aliviar la ansiedad, calmar la mente o mejorar el estado de ánimo. Da igual si la automedicación se considera una decisión propia o un feliz (al menos al principio) accidente. La cuestión es que drogarse y beber te hacen sentir mejor. Hasta que dejan de hacerlo. Un efecto secundario desagradable de las drogas es que la propia adicción se convierte en una fuente de estrés (a menudo, la principal fuente de estrés), sobre todo cuando la tolerancia aumenta, el saldo bancario disminuye y aparece el síndrome de abstinencia. Pero eso no significa que el modelo de automedicación esté mal. Casi todos los tratamientos médicos presentan efectos secundarios desagradables.

Estos tres modelos de adicción se superponen hasta cierto punto, pero cada uno presenta singulares implicaciones para la investigación, la financiación y la atención, desde el nivel de la política gubernamental hasta el de las opciones de tratamiento para cada persona. En pocas palabras, el modelo de enfermedad requiere tratamiento a manos de expertos (por lo general, médicos, incluidos psiquiatras, pero también un número cada vez mayor de personal de tratamiento que les informa, al menos en teoría); el modelo de decisión propia aboga por replantearse convicciones personales y cambiar el punto de vista, a menudo utilizando técnicas psicoterapéuticas estándares, como la terapia cognitiva conductual y la entrevista motivacional; y, por último, el modelo de automedicación hace hincapié en la necesidad de proteger a niños y adolescentes de las presiones psicosociales extremas y de

diagnosticar y tratar los problemas de desarrollo subyacentes que pueden haber predispuesto a una persona a la adicción.

Todos estos modelos tienen cierto sentido, pero ninguno de ellos (ni solo, ni combinado con alguno de los otros) ha explicado de forma definitiva cómo funciona la adicción o cómo se puede tratar de manera efectiva. Las investigaciones en torno a las causas y el tratamiento de la adicción absorben miles de millones de dólares cada año, sin arrojar grandes resultados. Necesitamos entender mucho mejor la adicción si queremos que ese dinero esté bien invertido. Necesitamos abordar las preguntas fundamentales que cualquier persona afectada por la adicción quiere que se respondan: ¿qué es?, ¿cómo funciona?, ¿por qué resulta tan difícil parar? Pero para ello debemos dejar atrás la guerra de definiciones y llegar a un modelo coherente e integral.

EL MODELO PREDILECTO

Tras tantos años de hablar, escribir y bloguear sobre la adicción, recibo muchos correos electrónicos de personas adictas: algunas siguen en el punto álgido de su adicción, otras se están recuperando y las hay que ya lo han superado. De vez en cuando, uno de esos correos me conmueve profundamente. A continuación, transcribo un pasaje de uno que recibí tan solo dos semanas antes de que comenzara a escribir este libro. Me lo envió una mujer a quien nunca conocí (y dudo que llegue a conocerla), adicta a la metanfetamina:

No estoy segura de qué hacer ni a dónde acudir. Una vez probé la rehabilitación durante varios días, antes de que mi cuerpo enfermara y tuvieran que acabar ingresándome en el hospital durante una semana. No fue hasta que intenté dejar de consumir que caí enferma y casi me muero, aquejada de una fiebre altísima, insuficiencia renal y toxemia. Hoy, tres años después, mi adicción se ha disparado y tengo miedo de que sea esto lo que me mate (es más, de que no tarde mucho en hacerlo). No sé a qué le temo más, si a enfermar físicamente y morir o a quedarme drogada, sufrir un colapso mental y que nada cambie jamás. ¿Quizás este era mi destino? En tal caso, la vida no vale la pena y tal vez mis hijos estarían mejor sin mí. Ojalá hubiera un antídoto.

Aquella mujer no solo estaba padeciendo un sufrimiento terrible, sino que este parecía carecer de propósito alguno y estar completamente fuera de su control. Ese es el aspecto que puede tener la adicción y así es como puede hacer que te sientas. Y por eso la mayoría de la gente ve la adicción como una enfermedad. No

cabe duda de que el modelo de enfermedad es el predilecto entre todos los intentos actuales de definir la adicción[2]. La idea de que es una enfermedad se acepta en casi todas partes, así que los adictos suelen limitarse a asumir dicha definición y someterse a los tratamientos que se derivan de ella. Sin embargo, la pérdida de control que experimentan tanto ellos como sus familias no es más que una de las razones para tratar la adicción como una enfermedad. Otras provienen de los propios investigadores y médicos.

Conforme la ciencia médica se vuelve más sofisticada, sus doctrinas y políticas también se tornan más persuasivas, más difíciles de ignorar. Los médicos, los investigadores médicos y los responsables de crear políticas sanitarias asumen que la adicción es una enfermedad por diversos motivos. En primer lugar, porque así es como la medicina define los problemas humanos. En segundo lugar, porque los costes multimillonarios de los sofisticados programas de investigación son financiados por las principales instituciones médicas, como los institutos nacionales de salud de Estados Unidos. Así pues, no es casualidad que las investigaciones más espectaculares siempre se encuentren muy ligadas a la principal corriente médica. Esto no significa que los resultados de dichas investigaciones no hayan sido impresionantes. Claro que lo han sido. Lo que ocurre es que, a menudo, resulta más fácil realizar una investigación impresionante sobre el funcionamiento de las células que sobre el de las familias o las ciudades, porque el dinero viene de donde viene y porque las células son más fáciles de observar. Pero hay una tercera razón que explica ese respaldo generalizado al modelo de enfermedad: porque resulta muy útil a la hora de englobar los otros dos modelos. Puedes decir que has tomado una decisión por voluntad propia, pero si se trata de una decisión realmente mala, ilógica, estúpida y autodestructiva, entonces siempre se puede argumentar que tu mecanismo de toma de decisiones está…, en fin, defectuoso, «enfermo». Y tal vez, en la línea del modelo de automedicación, se puede afirmar que has llegado a ese estado tratando de apagar los fuegos emocionales que

se prendieron cuando tenías catorce años. No obstante, se sabe que introducir sustancias perjudiciales en tu cuerpo, sea por el motivo que sea, desencadena consecuencias fisiológicas a largo plazo (como enfermedades).

La cuestión es que en Occidente adoptamos la lógica de encasillar los problemas, dándoles nombres especiales y encontrando, para aliviarlos, soluciones técnicas (cuanto más específicas, mejor). Esa es, ni más ni menos, la lógica de la medicina occidental.

Veámoslo con información más detallada. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas estadounidense (NIDA, que forma parte de los institutos nacionales de salud), «definimos la adicción como una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, pese a las consecuencias dañinas»[3]. En concreto, se ve alterado el metabolismo de la dopamina, un neurotransmisor crucial para motivar y dirigir la conducta relativa a la búsqueda de objetivos. Así pues, con el tiempo, esa sustancia que la persona consume es lo único que logra desencadenar la liberación (o recepción) de dopamina en las regiones del cerebro que se encargan de la motivación y el significado. Esta es la posición aceptada (y que, de hecho, casi ni se rebate) que adoptan las comunidades médica,psiquiátrica y de investigación de adicciones, como queda reflejado en la avalancha de artículos y publicaciones del NIDA, los institutos nacionales de salud, la Asociación Médica Estadounidense (AMA) y la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (ASAM). Según el doctor Steven Hyman, exdirector del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), la adicción es una enfermedad que altera el funcionamiento del cerebro, al igual que la diabetes altera el funcionamiento del páncreas. Hyman sigue argumentando que, «en los individuos vulnerables, la enfermedad de la adicción se produce debido a la administración crónica de las propias drogas». En otras palabras: cuando tomas drogas, te estás enfermando.

Nora Volkow, actual directora del NIDA, prestigiosa neurocientífica y oradora incendiaria, parece mostrar una enorme confianza en el carácter científico que subyace tras el modelo de enfermedad. En una publicación del NIDA declaró lo siguiente:

Como resultado de la investigación científica, hemos averiguado que la adicción es una enfermedad que afecta tanto al cerebro como a la conducta. Hemos identificado muchos factores biológicos y ambientales, y hemos empezado a buscar las variaciones genéticas que contribuyen al desarrollo y la progresión de la enfermedad[4].

Hace poco, el NIDA elaboró aún más su propia postura: «Los estudios de imágenes cerebrales de personas con adicción revelan cambios físicos en regiones del cerebro que resultan fundamentales para el discernimiento, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento»[5].

De hecho, como apoyo indiscutible al modelo de enfermedad, Volkow apunta a cambios en la estructura y las funciones cerebrales. Según Volkow, lo que queda físicamente dañado por las drogas y deja de funcionar con normalidad no son solo las regiones cerebrales que subyacen tras la búsqueda impulsiva de objetivos, sino también las responsables del autocontrol. La acción motivada (el deseo de hacer, de ir, de adquirir) se ve influida por las drogas o el alcohol, y los placeres cotidianos de la vida dejan de registrarse. Mientras, las protecciones corticales diseñadas por la evolución para controlar tales preocupaciones quedan reubicadas tres pisos más arriba, en la planta de cuidados intensivos.

El modelo de enfermedad cerebral se sostiene sobre dos pilares que han resultado bastante difíciles de derribar. El primero es el corpus de pruebas que demuestran que, sin duda alguna, el cerebro se ve modificado debido a la adicción. Esto les supone un quebradero de

cabeza a los defensores del modelo de decisión propia. En cuanto aprendemos que la adicción modifica el cerebro, nos parece razonable definirla como una enfermedad cerebral. No en vano, la diabetes modifica el páncreas y las enfermedades cardíacas modifican el corazón. La hepatitis modifica el hígado y el cáncer de pulmón modifica los pulmones. Si una condición modifica la forma o las funciones de nuestros órganos, y dicho cambio resulta difícil o imposible de revertir, automáticamente etiquetamos esa condición como una enfermedad. El otro pilar es el asunto del control, que los adictos parecen haber perdido. Al menos, eso es lo que ellos afirman, y así es como se ve desde fuera. La pérdida de control es tal vez lo peor que le puede ocurrir a cualquiera. Desde que se es un bebé hasta que se es un anciano, mantener el control equivale a estar bien. De hecho, las palabras «enfermedad» y «trastorno», ambas muy vinculadas, evocan imágenes de un sistema disfuncional que se comporta de manera errática, que está esencialmente fuera de control, como un automóvil con la dirección defectuosa. Y las enfermedades biológicas se pueden caracterizar como fallos estructurales o funcionales que hacen que el cuerpo se tambalee, al igual que un giroscopio que pierde el equilibrio, amenazando con derrumbarse en cualquier momento.

Hace poco conocí a Nora Volkow en una semana de «conversaciones» con el dalái lama, una iniciativa organizada por el Mind and Life Institute, organización sin ánimo de lucro que trata de construir una comprensión de la mente desde el punto de vista científico. Volkow y yo formamos parte de los ocho presentadores del tema «Anhelo, deseo y adicción». Yo ya estaba familiarizado con las iniciativas de investigación y políticas de la doctora Volkow, pero quería asegurarme de estar al tanto de todo. Y, por lo visto, lo estaba. Tuvimos un pequeño toma y daca verbal durante la hora del almuerzo. Recientemente, yo había puesto en duda el modelo de enfermedad, subrayando que el cambio cerebral podría interpretarse como una consecuencia del aprendizaje más que como una enfermedad en sí. ¿Qué opinaba ella sobre aquel razonamiento? Me respondió sin medias tintas que yo estaba equivocado. Se ha

demostrado que la cocaína daña los cerebros de las ratas, dijo, al igual que el alcohol (en dosis suficientes) daña nuestros propios cerebros. Además, cuando algo no funciona como debiera, lo llamamos «enfermedad». Así es como se usa esa palabra, insistió. Sin embargo, su principal objetivo no era enzarzarse en una guerra de definiciones, sino más bien facilitarles el tratamiento a las personas que lo necesitaran. Llamar «enfermedad» a la adicción no solo aligera el enorme peso del estigma y la culpa, sino que también busca proporcionar vías accesibles para que los adictos obtengan ayuda. Por lo visto, aquella era su conclusión. Las enfermedades requieren intervención, e incluso el imperfecto sistema de salud de los Estados Unidos intenta combatir la enfermedad de la adicción.

Desde el momento en que la conocí, me cayó bien aquella mujer entusiasta y enérgica. Habla con aplomo, con una inquebrantable seguridad en sí misma, fruto de su fe en la metodología científica. Defiende su postura con la montaña de datos que guarda en la cabeza. ¡Y es de lo más persuasiva! Pero no me convenció. Su conclusión parecía ser que, si no tratamos la adicción como una enfermedad, jamás encontraremos un tratamiento. En un país como Estados Unidos, donde la red de seguridad social es en sí misma un concepto frágil, y que ocupa el segundo puesto en la lista de países desarrollados con mayor pobreza infantil[6], quizá el modelo de enfermedad sea un medio útil para ofrecer atención a quienes la necesitan o, más bien, la necesitaban hace una década. Pero eso no convierte a este modelo en buena ciencia. Y la mala ciencia crea tratamientos distorsionados e ineficaces.

Volkow y otros expertos ven el modelo de enfermedad como una mejora respecto a la antigua tendencia de denigrar a los adictos por su falta de fuerza de voluntad y su decrepitud moral. Y, sin duda, supone un paso en la dirección correcta. Pese a los actos deleznables en que a veces incurren los adictos, es probable que la intensidad de la vergüenza y la culpa frustre la recuperación en vez de facilitarla. Después de todo, se trata de emociones dolorosas, y casi todas las adicciones brindan cierto alivio del dolor. El modelo de

enfermedad también ha servido para estimular muchas investigaciones nuevas, promover el desarrollo de medicamentos útiles y afianzar nuestra comprensión de que existen factores biológicos que influyen en la adicción.

Sin embargo, tras haber leído miles de comentarios y correos electrónicos de exadictos y adictos en recuperación, tras haber entrevistado a docenas de ellos durante horas, estoy convencido de que llamar «enfermedad» a la adicción no solo resulta inexacto, sino a menudo dañino, sobre todo para los propios adictos. Si bien la definición de enfermedad puede suavizar las sensaciones de vergüenza y culpa, muchos adictos no se autoperciben como enfermos, así que obligarlos a admitir que tienen una enfermedad puede socavar otros aspectos (a veces muy valiosos) de su autopercepción y su autoestima. Muchos adictos en recuperación no quieren verse como víctimas indefensas de una enfermedad, y los informes objetivos de rehabilitación y recaída sugieren que podrían tener razón. A menudo, los expertos en tratamiento y los terapeutas de adicciones identifican el empoderamiento o la autoeficacia como recursos necesarios para una recuperación duradera. En un estudio estadísticamente riguroso, pero también muy polémico, Miller y sus colegas hallaron que la única característica previa que predecía la recaída, seis meses después de concluir el tratamiento ambulatorio por dependencia del alcohol, era «la medida en que los pacientes, antes de iniciar el tratamiento, también creían en el modelo de enfermedad»[7]. Además, una vez que han superado sus adicciones, muchos deciden no pasar el resto de sus días yendo con pies de plomo para que la enfermedad no regrese. Si bien la recaída en la adicción supone un claro peligro para algunos, otros logran la confianza auténtica y duradera de que la han superado y ya va siendo hora de pasar página. De hecho, las investigaciones que se desprenden de encuestas publicadas durante los últimos treinta años indican que casi todos los adictos acaban por recuperarse de forma permanente[8]. Para ellos, la etiqueta de «enfermedad» puede convertirse en una carga no solo innecesaria, sino incluso perjudicial.

Casi todos los exadictos con los que he hablado prefieren verse como personas libres (no como curadas o en vías de recuperación). Han logrado superar sus adicciones a base de trabajo duro, autoexamen intenso, valentía y la capacidad de regenerar sus perspectivas (y sus sinapsis), y optan por autopercibirse como personas que, durante su época de adicción, han logrado un desarrollo personal y, como resultado, se han fortalecido. Y, a decir verdad, los hallazgos neurocientíficos respaldan esta intuición, cuando la neurociencia logra alejarse de las prioridades de financiación establecidas por la ortodoxia médica (por ejemplo, el NIDA). Esa es otra razón por la que escribo este libro: para ofrecerles a los adictos aquello que necesitan y merecen, interpretando los datos científicos de un modo que verdaderamente se corresponda con su experiencia personal y su autopercepción actual. Querida ciencia, le presento a la experiencia subjetiva. Querida experiencia subjetiva, le presento a la ciencia. Me gustaría que ustedes dos trataran de llevarse bien.

AUGE (Y CAÍDA) DEL MODELO DE ENFERMEDAD

La idea de la adicción como un tipo de enfermedad es, sin duda, la opinión predominante en los Gobiernos y las comunidades médicas y científicas de todo el mundo. De hecho, en los países occidentales está tan considerada que, por ejemplo, el 28 de marzo de 2007, Joe Biden, vicepresidente de Estados Unidos, presentó a debate en el Senado estadounidense una ley a favor de reconocer la adicción como una enfermedad.

S. 1011: Ley de 2007 de reconocimiento de la adicción como una enfermedad

1) La adicción es una enfermedad cerebral crónica con recaídas que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, pese a sus consecuencias perjudiciales. Se considera una enfermedad cerebral porque las drogas modifican la estructura y el funcionamiento del cerebro. Dichos cambios cerebrales pueden ser duraderos y derivar en las conductas dañinas que se observan en las personas que abusan de las drogas. La enfermedad de la adicción afecta tanto al cerebro como al comportamiento, y los científicos han identificado muchos de los factores biológicos y ambientales que contribuyen al desarrollo y la progresión de dicha enfermedad[9].

Sin embargo, el concepto de la adicción como enfermedad no es nuevo, ni mucho menos. En realidad, se ha visto secundado y

refutado desde la época de Aristóteles (y otros eruditos griegos y egipcios), y ha crecido exponencialmente en autoridad y popularidad desde principios del siglo xx[10]. La siguiente cita, que se remonta a cien años atrás, capta la esencia del concepto de enfermedad cuando este empezó a proliferar en Occidente:

El autor considera muy lamentable que los términos «hábito de la morfina» y «hábito del opio» se hayan empleado y sigan empleándose de forma global para referirse a la adicción a los narcóticos (es decir, a una enfermedad). Son engañosos y de ninguna manera describen con exactitud la condición que subyace... Un hábito implica algo que puede corregirse mediante la fuerza de voluntad... Pero eso no es lo que ocurre en el caso de la enfermedad narcótica; por lo tanto, no se trata de un mero hábito, ni debemos referirnos a ella en tales términos… El hombre adicto a una droga narcótica es un enfermo tan real como quien sufre fiebre tifoidea o neumonía[11].

¿Cómo surgió esta definición y cómo ha evolucionado en nuestro tiempo?

La conceptualización de la adicción por parte de la sociedad siempre ha reflejado las políticas que dicha sociedad ha aplicado para abordar el problema. Si bien Shakespeare mencionó la adicción en Enrique V, por aquel entonces nadie abogaba por los centros de tratamiento para la nobleza disoluta. La alarma pública empezó a cundir con el «demonio del ron» y otros licores a principios del siglo XIX. Y, a finales de aquel siglo, los movimientos por la templanza ya exigían a gritos la abstinencia total. A principios del siglo xx, se consideraba que los alcohólicos y los adictos que no podían o no querían dejar de consumir estaban malditos y condenados. Y cuando tales advertencias no surtieron efecto, Estados Unidos encontró una nueva solución perfecta: la ley seca. Los activistas por la templanza

veían el propio alcohol como la causa del alcoholismo, al igual que los teóricos contemporáneos del modelo de enfermedad ven las drogas (en vez de los entornos) como la causa de la adicción a las drogas. Cuando se derogó la ley seca para permitir que se bebiera de forma social, los alcohólicos empedernidos siguieron siendo vilipendiados como depravados morales que no merecían recibir ayuda.

Fue así como las políticas públicas mantuvieron su sesgo moralista y puritano hasta bien entrada la década de 1930. Pero, a partir de entonces, la opinión de los médicos (o sea, que la adicción era una enfermedad más que un fracaso personal) obtuvo un apoyo inesperado. Bill Wilson y Robert Smith fundaron Alcohólicos Anónimos (AA) en 1935, iniciando una nueva era en el modo en que la sociedad percibía a los adictos y su tratamiento. La premisa de AA consistía en que los alcohólicos son seres humanos que sufren y que tienen el derecho y la obligación de intentar aliviar su sufrimiento. A través de los principios de apoyo mutuo, comparecencia constante en el grupo, honestidad y transformación espiritual, AA ayudó a millones de alcohólicos a superar sus adicciones, como sigue haciéndolo hoy. También lideró la aceptación social de que los adictos necesitan ayuda, no rechazo, y que pueden recuperarse.

Los fundadores de AA no veían la adicción como una enfermedad propiamente dicha, sino más bien como un «problema» mental y espiritual. La sensibilidad física al alcohol se concebía inicialmente como una «alergia», mientras que los problemas espirituales se entendían como una perpetua incomodidad en términos vitales, una incapacidad para estar en calma en el momento presente. Al principio, el alcohol parecía suavizar este malestar, pero acababa exacerbando la sensibilidad física. El resultado era un trastorno de por vida que seguía siendo tratable, aunque en realidad nunca curable. AA aconsejaba a sus miembros que no subestimaran su propia vulnerabilidad, que no bajaran la guardia, para lo cual les proponía recitar metáforas, cantar eslóganes y compartir una y otra vez sus historias personales de fracaso y éxito. Un momento crucial

en el camino hacia la sobriedad consistía en darse cuenta de que el alcohol tenía poder sobre uno mismo, es decir, que uno era incapaz de beber con moderación o de forma esporádica. Todavía hoy, los Doce Pasos de AA aseveran esa impotencia y el compromiso de confiar en una autoridad superior. Pero resulta que no importa si esa autoridad es Dios, el propio grupo, tu padrino o la comunidad médica. Lo que importa de verdad es reconocer una carencia grave, que, no por casualidad, es el estado en el que te encuentras cuando el médico te comunica que tienes cáncer o neumonía. Ahí es cuando comprendes que necesitas ayuda.

Si bien AA enfatizaba los aspectos mentales y espirituales de la adicción, la idea de una sensibilidad biológica al alcohol abrió la puerta a una definición más específica (y ampliamente aceptada) de la adicción como enfermedad. A principios de la década de 1950, cuando despegaron Narcóticos Anónimos (NA) y el modelo de Minnesota de Hazelden, comenzó a surgir la nomenclatura de enfermedad. NA, que había aparecido a raíz de AA, se creó para tratar a los adictos a drogas como la heroína, y consideró obvio que la droga era la que causaba la enfermedad de la adicción. El modelo de Minnesota, que combinaba la filosofía de los Doce Pasos con los principios de la educación y el cuidado residencial, se convirtió en el criterio de referencia para los centros de tratamiento en la década de 1960. Este modelo etiquetó al alcoholismo como una enfermedad que domina a las personas a nivel físico, mental y espiritual. Al mismo tiempo, un influyente libro de E. M. Jellinek, The Disease Concept of Alcoholism («El concepto del alcoholismo como enfermedad»), articuló un modelo médico que rastreaba la progresión del alcoholismo a través de una serie de fases que conducían a la pérdida de control, la locura y la muerte. Fue entonces cuando el término «enfermedad» comenzó a aparecer en la literatura de los programas de Doce Pasos en toda Norteamérica. En cuanto a la Asociación Médica Estadounidense, clasificó el alcoholismo como «enfermedad» en 1967, lo cual marcó el discurso oficial. En retrospectiva, el concepto de «déficit biológico», asumido por AA, ayudó a allanar el terreno para el concepto de «enfermedad

de la adicción», de modo que un término médico se convirtió en el lenguaje estándar en el mundo del tratamiento de la adicción.

Hoy en día, los programas de Doce Pasos de todo el mundo recurren a la definición de «enfermedad», aunque su significado sigue transformándose y variando de un grupo a otro. Además, estos programas se han vuelto cruciales en el ámbito del tratamiento institucional, donde la definición de «enfermedad» se ha importado a gran escala. Existe una incompatibilidad fundamental entre la filosofía de AA y el carácter impersonal del cuidado institucional, y la etiqueta de «enfermedad» no hace sino reforzar los efectos resultantes. Los adictos que buscan tratamiento, o aquellos a quienes el sistema judicial obliga a recibirlo, se ven empujados a seguir una fórmula de recuperación dirigida a lo que se considera su enfermedad, sin que se tengan en cuenta sus convicciones personales, que a menudo se consideran irrelevantes. Así pues, si no se adhieren a dicha fórmula, se les puede negar cualquier tratamiento, en una política que básicamente se opone a la literatura oficial de los Doce Pasos (si bien algunos grupos de los Doce Pasos adoptan esos mismos métodos represivos). Para muchos adictos, esta táctica de presión supone un factor decisivo, lo cual ayuda a explicar el tono mordaz de las críticas que vierten quienes han superado su adicción o quienes se han visto excluidos de la asistencia basada en los Doce Pasos.

Hay otras formas en las que la práctica de los Doce Pasos ha ayudado a erigir barreras, cuando en realidad su intención era aliviar el sufrimiento. En primer lugar, el marco de AA y la noción médica de «enfermedad» comparten el supuesto central de que la adicción es un trastorno de por vida y que para frenarlo se requiere de abstinencia total. El consumo gradual (por ejemplo, el esporádico o social) de cualquier sustancia se considera autodestructivo y conduce inevitablemente a una recaída. Esta postura les suele parecer exagerada e insostenible a los exadictos y, de hecho, la investigación epidemiológica ha revelado que muchos alcohólicos ya recuperados logran ser tan solo bebedores sociales. (El debate en

torno a la moderación versus la abstinencia total es controvertido y volátil, así que ni siquiera intentaré abordarlo aquí. Baste decir que muchas fuentes apuntan a resultados altamente individualistas y a puntos de descanso en el camino hacia la recuperación. En todo caso, la necesidad o no de la abstinencia total guarda escasa relación con el concepto de enfermedad). En segundo lugar, la cooperación entre el movimiento de los Doce Pasos y la línea de pensamiento institucional reivindica la necesidad de tratamiento a través de programas reconocidos. Esta política dificulta que los adictos encuentren su propio camino hacia la recuperación, así como su acceso a prestaciones sociales que podrían ayudarlos a costearse recursos alternativos. Por otro lado, desestima datos convincentes, recopilados por diversas organizaciones independientes (la más famosa en Estados Unidos es la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas, NESARC), que demuestran que la mayoría de los adictos y alcohólicos sí se recuperan, y que casi todos ellos (hasta tres cuartas partes, dependiendo de la estadística) lo consiguen sin tratamiento alguno. En tercer lugar, la literatura de los Doce Pasos sostiene que la enfermedad de la adicción está integrada en la personalidad de cada cual. Expertos como Stanton Peele han demostrado lo destructiva que puede resultar dicha afirmación, sobre todo para jóvenes cuyas identidades aún no se han desarrollado por completo.

Por último, lo más problemático: la desconcertante importancia que AA le da a admitir la «impotencia» de uno como condición para superar la adicción. Quienes recurren al método de los Doce Pasos suelen ver su incapacidad como un punto de inflexión a la hora de renunciar a estrategias inviables y admitir que han de empezar de nuevo y renovar sus estrategias para dejar de consumir. No obstante, otros interpretan que ese énfasis en la impotencia sugiere otra cosa: que siempre se sentirán incapaces ante su adicción. Y tal vez lo interpretan así porque su forma de pensar se ha visto distorsionada tras haberse sometido a un conjunto de reglas impersonales impuestas por tribunales, políticas institucionales o líderes de grupos demasiado estrictos. Como ya he señalado,

muchos expertos destacan el valor que el empoderamiento tiene a la hora de superar la adicción. De hecho, casi todos los exadictos hablan de lo esencial que les resultó dicha fortaleza (no la impotencia), sobre todo en las últimas etapas de su recuperación. La sensibilidad al significado del empoderamiento durante la recuperación puede acentuarse en quienes siempre se han visto desempoderados en su entorno social, incluidas mujeres, minorías y gente de bajos recursos o con terribles antecedentes familiares.

Sigue sin estar muy claro si la nomenclatura de «enfermedad», parcialmente absorbida por la ortodoxia de AA, ha alienado a más miembros de los que ha ayudado. A continuación, transcribo un comentario que recibí hace aproximadamente un año, en respuesta a una publicación en mi blog sobre la etiqueta de «enfermedad»:

Soy un consejero profesional titulado que ha luchado contra su propia adicción al alcohol. Tras los últimos tres años de intensa psicoterapia y trabajo grupal orientados a sanar heridas personales de nuestra infancia y lidiar con nuestros traumas, he logrado salir de mi adicción. Muchos amigos míos mantienen una gran confianza en el programa de AA y, con el debido respeto a dicho programa, puedo ver en qué medida les funciona a ellos, pero a mí no me funcionó.

He meditado largo y tendido sobre lo que opino respecto a la adicción. No siento que tenga o que haya tenido una enfermedad. Mi antigua adicción a la bebida me parece un problema conductual, una respuesta aprendida mediante la que lidiar (o no) con el dolor emocional y el estrés. En cuanto logré ahondar en mis heridas, dejé de vivir con la misma ansiedad o sensación de temor/culpa y vergüenza... He completado los Doce Pasos, pero los veo como peldaños, más que como «la solución».

El concepto de enfermedad pasó de ser una descripción a convertirse en un modelo en la década de 1990, conocida como la «década del cerebro»[12]. Los neurocientíficos observaron un nuevo crecimiento sináptico en ratas de laboratorio adictas a la morfina y nuevas redes neuronales en humanos adictos a la cocaína (es decir, pruebas inequívocas de modificaciones cerebrales). Con otras drogas, a veces el asunto se complicaba, pero el mensaje básico era el mismo: el consumo de drogas altera las conexiones cerebrales, y ese caos no desaparece en cuanto dejas de consumir. Muchas de las variaciones estructurales estaban relacionadas con cambios en la liberación y absorción de dopamina, un neuroquímico asociado con la recompensa en los sistemas subcorticales pero con el control cognitivo en los tramos más elevados de la corteza. Estudio tras estudio, los niveles de dopamina aumentaban y descendían dependiendo de la disponibilidad de drogas, y poco más. La liberación de dopamina aumentaba cada vez que alguien se drogaba, o con cada indicio de que estaba a punto de drogarse, o con cada señal que predecía un indicio de que estaba a punto de drogarse; y disminuía en relación con actividades que en otros tiempos le habían resultado placenteras, como el sexo, la comida o ver crecer a sus hijos. También se descubrió que los receptores cerebrales que absorben y usan la dopamina cambian su estructura o eficiencia tras meses y años de consumo.

Dado que la acción de la dopamina potencia la formación de nuevas sinapsis (y la correspondiente pérdida de las más antiguas), los cambios en el sistema de dopamina provocan cambios estructurales en las redes sinápticas, es decir, en el diagrama de conexiones básicas del cerebro. Y lo hacen, de manera especialmente significativa, en una región cerebral llamada «cuerpo estriado», que es la que se encarga de buscar recompensas. Estos cambios cerebrales se interpretaron como la prueba directa de que una fuerza malévola (en concreto, las drogas) había «secuestrado el cerebro», expresión que pronunció por primera vez Bill Moyers en una famosa serie de televisión de la PBS, pero que no tardó en popularizarse en todos los debates sobre adicciones. En próximos

capítulos profundizaré un poco más en el asunto del cambio cerebral. De momento, lo que urge subrayar es el impacto de tales hallazgos en la conceptualización de la adicción, definida facilonamente como una «enfermedad cerebral crónica» desde finales de la década de 1990 hasta la actualidad.

Tiene su lógica que los médicos (y otros colegas de profesiones vinculadas) se subieran al carro sin pensárselo mucho. En primer lugar, porque encajaba muy bien con los consabidos esfuerzos de los psiquiatras para observar la enfermedad mental desde una perspectiva biológica y «medicalizarla», de tal modo que los médicos (en especial, los psiquiatras) siguieran siendo los mayores expertos en asuntos relacionados con la mente. En segundo lugar, porque, al encasillar la adicción dentro de una categoría médica, el modelo de enfermedad le proporcionaba coherencia a un campo habitualmente sembrado de discordia y, de este modo, zanjaba el debate. Los médicos se basan en categorías para comprender los problemas de las personas, incluso los mentales. Usan etiquetas médicas para identificar cada problema mental y emocional, desde el trastorno límite de la personalidad hasta el autismo, la depresión, la ansiedad y la adicción. Estas condiciones se describen de forma precisa y se enumeran en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y en la Clasificación internacional de enfermedades (ICD). No en vano, el DSM es bien conocido por categorizar cada matiz de los trastornos personales como un tipo o subtipo de enfermedad, y se puede considerar que la última reescritura del DSM (que lleva el «original» título de DSM-5) conduce a una mayor medicalización porque incluye aún más síntomas. Sería realmente extraño que no invitaran a la adicción a que se uniera a tan selecto club.

Dado que nuestras opiniones y convicciones están tan firmemente regidas por los dictámenes de la medicina, el concepto de enfermedad se ha convertido en una especie de fuerza de la naturaleza, capaz de permear diversos ámbitos de la opinión y la salud públicas. Miles de libros de autoayuda, páginas webs y vídeos

de YouTube se han encargado de hacer correr la voz: «La adicción no es algo de lo que avergonzarse, pues se trata de una enfermedad cerebral».

Como ya he comentado antes, es probable que el modelo de enfermedad haya hecho más mal que bien a la mayoría de los adictos. Sin embargo, no cabe duda de que a otros los ha beneficiado. Además, este modelo les viene de perlas a los propietarios y directores de los más de quince mil centros de rehabilitación de drogas y alcohol que operan en Estados Unidos y Canadá, pues transmite un mensaje muy concreto: «Sabemos bien cuál es tu problema y somos las personas adecuadas para solucionarlo». El tratamiento y la rehabilitación de drogas y alcohol representan una industria multimillonaria en el mundo occidental (los costes varían de un país a otro, pero suelen superar los dos mil quinientos dólares semanales en los Estados Unidos y Canadá, y quedan ligeramente por debajo en el continente europeo, incluida Gran Bretaña). Y, aunque las dimensiones del problema pueden justificar el enorme tamaño de esta red, hay que admitir que dicha industria tiene un interés especial: hay mucho que ganar y mucho que perder.

La definición de la adicción como enfermedad, avalada por las comunidades médica y científica y por casi todos los Gobiernos occidentales, puede ser la herramienta de marketing más poderosa con la que cuenta la industria de la rehabilitación. No solo supone un estupendo modo de atraer gente (nadie duda de que las personas con una enfermedad necesitan tratamiento, y los jueces estadounidenses han respaldado esta lógica), sino también una forma de explicar lo que sale mal cuando el tratamiento no funciona. Porque ningún médico, personal de enfermería o psiquiatra te asegurará jamás que puede curarte. Como mucho, te dirá que va a intentarlo. Y si al final no lo logra, bueno, te dirá que así son las cosas con las enfermedades. Y que probablemente no seguiste a rajatabla la pauta médica que te había indicado que siguieras. El dedo acusador no se anda con sutilezas. El concepto de enfermedad

también brinda una herramienta útil para la industria de los seguros, pues define y delimita el tipo de tratamiento que se cubrirá o no se cubrirá, por cuánto tiempo y a qué precio. Y ya si nos vamos al ámbito doméstico, casi todas las familias de adictos (el 76%, según una encuesta reciente de Gallup)[13] también consideran la adicción como una enfermedad, pues está claro que eso las ayuda a que la bochornosa conducta de sus seres queridos les resulte comprensible e incluso perdonable. Por lo tanto, el modelo de enfermedad se convierte en un marco convincente para entender desde fuera la adicción,incluso cuando tal definición se revela ineficaz, inexacta o dañina para los propios adictos.

No perdamos de vista que este modelo se ve reforzado sobre todo por estadísticas que a menudo se malinterpretan o incluso se distorsionan deliberadamente. En 2014 David Sack, psiquiatra y presidente/director general de la cadena de centros de recuperación Elements Behavioral Health, afirmó lo siguiente en un debate digital de The New York Times:

Un reciente estudio con adictos a la heroína reveló que, al final de un año, aproximadamente el 50% seguía en tratamiento y más del 80% había consumido heroína, independientemente del tipo de tratamiento recibido. Al cabo de tres años, tan solo el 8% alcanzó la abstinencia continua... Estos resultados no difieren de los observados en la diabetes de tipo 2, la hipertensión o el asma, donde solo una minoría de los pacientes logra el control clínico tras un tratamiento prolongado[14].

Sin embargo, basta con echarle un vistazo rápido al artículo del que extrae sus estadísticas para arrojar una luz bien distinta sobre el asunto. Eso de que el «8% alcanzó la abstinencia continua» es una gran manipulación. Aquí extraigo una cita del resumen del artículo de donde Sack obtuvo sus cifras: «Sin embargo, la proporción que

reportó abstinencia durante los doce meses anteriores aumentó significativamente del 14% a los doce meses al 40% a los treinta y seis»[15]. En otras palabras, tres años después de que los investigadores los hubieran entrevistado por primera vez, el 40 % de los adictos a la heroína habían logrado dejar de consumir, sin una sola recaída, durante un año entero. Y la heroína es quizá la droga más adictiva que conocemos. ¿Por qué Sack no incluyó este hallazgo en su sinopsis? A fin de cuentas, si bien los médicos no son los únicos que hacen un mal uso de las estadísticas, es de suponer que se mostrarán más concienzudos que la mayoría.

***

No soy el primero ni seré el último en argumentar en contra de la definición de enfermedad. Recientemente, las autoras Sally Satel y Maia Szalavitz, expertas en adicciones, han refutado de forma elocuente la idea de que un cambio cerebral equivale a una enfermedad cerebral. Ivan Oransky, editor ejecutivo de Reuters Health, habla en contra de la «obsesión con medicalizar», como ya lo hizo Stanton Peele, de la generación anterior, en su libro Diseasing of America (1989). Oransky afirma que esos centros de tratamiento tan bucólicos, que he observado que tienen nombres como Clearview («Visión despejada»), Clarity Way («Camino hacia la claridad») y Promises («Promesas»), «te venden que necesitas tratamiento»[16]. En la actualidad, expertos en rehabilitación, como el controvertido William White, han abierto grietas en la base científica del modelo de enfermedad, a menudo citando un hallazgo que contradice la lógica: casi todas las adicciones terminan «de forma espontánea», es decir, sin tratamiento, como he señalado anteriormente. Gene Heyman, investigador de Harvard, reformuló la adicción como un «trastorno elegido a voluntad» en su libro Addiction: A Disorder of Choice (2009)[17].

Más recientemente, Heyman trazó un marco de tiempo «natural» (es decir, evolutivo) relativo a la recuperación para cada una de las cuatro drogas adictivas: marihuana, alcohol, cocaína y tabaco[18]. Ese tipo de cronograma no encaja tan fácilmente con la noción de una enfermedad que requiere tratamiento. Según diversos expertos, la prueba que mejor refuta el modelo de enfermedad proviene del estudio de los veteranos de la guerra de Vietnam adictos a la heroína, pues en torno al 75% dejaron de consumirla en cuanto regresaron a casa. Muchos consideramos que esta estadística tan alentadora viene a ser la versión humana de lo que Bruce Alexander demostró en sus famosos estudios con el «parque de ratas»[19]. Alexander y sus colegas dejaban que las ratas eligieran entre agua o una solución de morfina. Las que se habían criado en jaulas de acero aisladas escogieron la morfina. Pero, tras reubicarlas en un gran recinto de madera con otras ratas y permitirles que socializaran, se pasaron al agua corriente, incluso siendo adictas. En otras palabras, «renunciaron» por voluntad propia.

El argumento de que, en realidad, la conducta adictiva es una opción obtuvo otro apoyo reciente gracias al trabajo de Carl Hart en la Universidad de Columbia. Este apuesto profesor asociado, con el pelo lleno de rastas, brindó la posibilidad de elegir a unos adictos al crack entre drogas y dinero, tras hacer que ingresaran en un entorno residencial. En un experimento controlado, les ofreció que escogieran entre un subidón de crack y un pagaré por una cantidad monetaria que recibirían una o dos semanas después. Al contrario de lo que cabría esperar, a menudo optaban por el dinero (la cantidad ridícula de cinco dólares) en lugar de por la pipa. Hart sostiene que los jóvenes desposeídos del gueto de Miami donde creció tenían muy pocas alternativas atractivas, razón por la cual eligieron las drogas, y que por eso su consumo es endémico en el centro de la ciudad[20]. Un mensaje similar se desprende del apasionante documental The House I Live In (2012), que expone la guerra contra las drogas como una batalla cultural cuyas víctimas son, principalmente, estadounidenses negros y con bajos recursos.

Sin embargo, no me creo esa dicotomía. No me creo que, si la adicción no es una enfermedad, eso la convierta, automáticamente, en una decisión deliberada. El periodista británico Peter Hitchens, hermano del difunto Christopher Hitchens, es un mordaz comentarista que, como muchos otros que apoyan el modelo de decisión propia, muestra escasa empatía hacia la complicada situación de los adictos. En un reciente debate en el espacio televisivo Newsnight de la BBC, afirmó lo siguiente: «La gente tiene problemas con las drogas y la bebida. Les gusta tomarlas y se niegan a parar. Eso no significa que tengan una enfermedad». (Véase también el libro de elocuente título Addiction Is a Choice [«La adicción es una decisión»], de Jeffrey Schaler, quien parece albergar un desprecio latente hacia los adictos por escoger sus propios problemas). El debate puede girar en torno al asunto del control. Si no eres capaz de controlar el consumo de sustancias, entonces tienes una enfermedad; y si eres capaz de controlarlo (pero no lo haces), entonces eres adicto porque quieres. Sin embargo, esta regla de tres es errónea, ya que da por sentado que el hecho de elegir es una función deliberada y racional que podemos aplicar a voluntad. De hecho, las decisiones que tomamos son casi siempre irracionales, lo que significa que las ejecuta el mismo cerebro que da lugar a la esperanza, la necesidad, el miedo y la incertidumbre; un cerebro que se muestra muy sensible a las asociaciones aprendidas y a las señales contextuales; un cerebro que forja nuevas conexiones basadas en la activación de las ya existentes y en las intensas emociones que estas generan. Por lo tanto, cuando esgrimo argumentos en contra del modelo de enfermedad, no estoy defendiendo que los comportamientos adictivos se vean alimentados por una decisión voluntaria. De hecho, no entiendo cómo alguien que haya hablado con personas adictas o haya leído sus dolorosas memorias puede afirmar que la conducta de estas se ve guiada por la mera voluntad.

Sin embargo... y pese a todo…, un amigo, colega y adicto recuperado desde hace mucho tiempo me envió hace poco la siguiente anécdota:

El otro día me puse en contacto con un viejo amigo. Yo estaba convencido de que se había muerto, pues no nos veíamos desde 1998. Solíamos consumir juntos las mismas sustancias de la misma manera y con los mismos resultados desastrosos. Al igual que yo, consumió durante más de treinta años, principalmente inyectándose heroína y cocaína a un ritmo de más de mil libras esterlinas por semana. Hace seis años decidió que hasta aquí hemos llegado y lo dejó, sin más. Nunca le habían prescrito drogas médicas, ni había estado en programas de desintoxicación o rehabilitación, ni por asomo había solicitado un servicio de tratamiento. Durante más de seis años se ha mantenido abstinente por su cuenta, ha abierto una pequeña frutería y verdulería y repara motocicletas.

Por último, una de las grietas que más rápido se ha abierto en la coraza del modelo de enfermedad es el reconocimiento de que las adicciones conductuales asumen las mismas características, la misma trayectoria y, a menudo, los mismos resultados que las adicciones a sustancias. Los juegos de azar, la adicción al sexo, el consumo obsesivo de pornografía, los trastornos alimentarios e incluso el uso excesivo de internet han acaparado el foco de atención junto con las drogas y el alcohol, ya que también acaban teniendo graves consecuencias, desde relaciones rotas hasta problemas de salud y, a veces, incluso la muerte. Lo más ilustrativo de todo es que las consecuencias neuronales de las adicciones conductuales denotan los mismos mecanismos celulares y las mismas alteraciones biológicas que subyacen tras la adicción a las drogas. La tendencia actual consiste en clasificar estas adicciones como «trastornos», etiqueta imprecisa que se superpone bastante con la de «enfermedad». Pero, entonces, ¿dónde marcamos el límite? ¿Deberían clasificarse también como enfermedades o trastornos la navegación por internet, el acaparamiento de objetos o de material digital, las compras compulsivas y el amor no

correspondido? Parece que, cuanto más observamos esa pendiente, más resbaladiza se vuelve.

EL CEREBRO BAJO UNA NUEVA ÓPTICA

Por su parte, ninguno de quienes se oponen al modelo de enfermedad ha combatido el fuego con fuego, es decir, ninguno ha abordado los fundamentos neurocientíficos de dicho modelo. Al igual que el público en general, casi todos los que se oponen al modelo de enfermedad asumen que la «modificación cerebral» implica automáticamente un proceso de enfermedad, así que acaban cambiando de tema. Otros se desconectan (o se enfadan) si, al hablar de adicción, sale a relucir el tema del cerebro, ya que dan por hecho que cualquier descripción neurocientífica reemplazará, en cierto modo, una perspectiva más psicológica o humanista, en lugar de complementarla. Es como si los estudiosos de la adicción tuvieran que elegir: o bien admiten que el cerebro es un órgano realmente importante, en cuyo caso la adicción sería una enfermedad cerebral; o bien prescinden de tener en cuenta el cerebro como variable, en cuyo caso se puede seguir hablando de decisiones propias, factores ambientales, antropología social y todo lo demás. En una de sus obras, Stanton Peele, un antiguo detractor del modelo de enfermedad, pone a sus lectores en una difícil situación: o aceptan que la adicción es una enfermedad cerebral, en cuyo caso los adictos se ven impotentes a la hora de combatirla; o admiten que es un hábito personal y autodestructivo[21]. Peele quiere rechazar el fatalismo inherente tanto en el modelo de enfermedad como en cierta retórica de AA. Coincido con él, pero no considero necesario que rechacemos la neurociencia o AA para llegar a eso. De hecho, observar el cerebro bajo una nueva óptica podría resultarnos útil.

Pero, antes de nada, deberíamos alejar la ciencia cerebral del campo de batalla de la política médica para volver a conectarla con sus aliados naturales: la psicología y la experiencia personal. Una tarea que no resultará fácil. En un artículo publicado en 2013, Satel y

Lilienfeld se hicieron eco del desafío de Peele: «El modelo de enfermedad cerebral se equivoca al sugerir que el cerebro es necesariamente el nivel de análisis más importante y útil para comprender y tratar la adicción»[22]. De forma muy acertada, dichos autores alientan múltiples niveles de análisis en nuestros intentos por comprender la adicción. Pero ¿deberíamos alejarnos del cerebro para aceptar que es un problema humano complejo? ¿Deberíamos echar nuestros sesos al inodoro y tirar de la cadena? Como neurocientífico, lo encuentro imposible. El cerebro me parece un factor clave no solo de nuestra humanidad, sino también de la adicción. Tanto si esta última nos parece una enfermedad como si la consideramos una decisión propia, un proceso sociocultural complejo, un resultado de la automedicación o una sucesión de malos días, el hecho es que solo tenemos un cerebro, y este resulta fundamental para todo lo que hacemos y todo lo que somos. Así pues, hay que hacerse una pregunta muy sencilla pero crucial: ¿cómo influye el cerebro en la adicción?

Antes de intentar responder a esa pregunta, hay que entender cómo este suele mutar, ya que se supone que los cerebros van cambiando. Este cambio cerebral, o neuroplasticidad, es el mecanismo fundamental por el cual los bebés se convierten en niños de corta edad, quienes, a su vez, se convierten en niños más mayores, y después en adultos, que siguen creciendo. El cambio cerebral subyace tras las transformaciones en el pensamiento y los sentimientos que caracterizan la adolescencia temprana. De hecho, los neurocientíficos conductuales estiman que «se pueden perder hasta treinta mil sinapsis por segundo en toda la corteza cerebral durante el período de la pubertad/adolescencia»[23]. Los cambios cerebrales son necesarios para la adquisición del lenguaje y el control de los impulsos en la infancia temprana, de igual modo que para aprender a conducir un coche, tocar un instrumento musical o apreciar la ópera más adelante en la vida. Los cambios cerebrales son lo que subyace tras una conversión religiosa, tras el hecho de convertirse en padre o madre y, como era de esperar, tras un enamoramiento. Los cerebros deben cambiar para que se produzca

el aprendizaje. Si no se originan cambios físicos en la materia cerebral, este resulta imposible. Durante el aprendizaje cotidiano, lo que ocurre con las sinapsis es que, o bien aparecen y se autoperpetúan, o bien se debilitan y desaparecen. El aprendizaje altera los patrones de comunicación entre las regiones cerebrales y crea configuraciones únicas de sinapsis (redes sinápticas) que albergan el conocimiento, la habilidad y la propia memoria. La conexión entre el aprendizaje y los cambios cerebrales se ha estudiado durante más de cien años: en la década de 1940 se entendía más o menos bien, y la búsqueda de mecanismos celulares específicos prosigue en la actualidad. La neuroplasticidad es un elemento fundamental de las características cerebrales, ya sea a la hora de reparar el daño causado por un leve accidente cerebrovascular o de alterar los procesos emocionales que se producen tras un trauma.

Recapitulemos: los defensores del modelo de enfermedad argumentan que la adicción cambia el cerebro. Y tienen razón, lo cambia. Pero el cerebro cambia igualmente en otras situaciones, a todos los niveles: la expresión génica, la densidad celular, la concentración y ubicación de las sinapsis y sus fibras o incluso el tamaño y la forma de la propia corteza. Por supuesto, los neurocientíficos que suscriben el modelo de enfermedad saben que los cerebros cambian con el aprendizaje y el desarrollo. Así pues, supongo que el cambio cerebral que acompaña a la adicción les parece algo extremo o patológico. De hecho, deberían hacen hincapié en este último aspecto para resultar convincentes. Deberían demostrar que el tipo (o el alcance, o la ubicación) de los cambios cerebrales característicos de la adicción no se parece en nada a lo que observamos en el aprendizaje y el desarrollo normales, o incluso en las transiciones más extremas que vivimos cuando nos enamoramos o nos convertimos en padres. No obstante, se trataría de un argumento muy endeble, ya que ese tipo de cambios cerebrales que se observan en la adicción también surgen cuando comenzamos a practicar un deporte, nos unimos a un movimiento político o nos obsesionamos con nuestra pareja o nuestros hijos. El

cerebro contiene tan solo unas pocas rutas de tráfico importantes para la búsqueda de objetivos. Al igual que ocurre con las calles principales de una ciudad muy concurrida, lo que se desgasta y se pavimenta una y otra vez son las mismas rutas, sin importar quién esté al mando.

Quizá la enfermedad cerebral brinda una metáfora útil sobre el aspecto que presenta la adicción, pero no ofrece una explicación sensata acerca de cómo funciona la adicción.

---

1. K. T. Brady y R. Sinha, «Co-occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress», American Journal of Psychiatry 162, n.º 8 (2005): pp. 1483-1493; Mustafa al'Absi, Stress in Addiction: Biological and Psychological Mechanisms (Ámsterdam: Academic Press, 2006).

2. La importancia del modelo de enfermedad se comenta y debate en: Matt Field, «Addiction Is a Brain Disease… but Does It Matter?», 7e Mental Elf, 6 de febrero de 2015, www.thementalelf.net/mental-health-conditions/substance-misuse/addiction-is-a-brain-diseasebut-does-it-matter

3. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), «The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics», septiembre de 2014.

4. Nora D. Volkow, «Preface: How Science Has Revolutionized the Understanding of Drug Addiction», en Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), Drugs, Brains, and Behavior: 7e Science of Addiction (Washington D. C.: NIDA, 2014).

5. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), Drugs, Brains, and Behavior: 7e Science of Addiction (Washington, D. C.: NIDA, 2014), 5.

6. Datos sobre la pobreza infantil, extraídos de Max Fisher, «Map: How 35 Countries Compare on Child Poverty (the U.S. Is Ranked 34th)», blog WorldViews, Washington Post, 15 de abril de 2013.

7. William R. Miller, Verner S. Westerberg, Richard J. Harris y J. Scott Tonigan, «What Predicts Relapse? Prospective Testing of Antecedent Models», Addiction, 91, sup. (diciembre de 1996): S155-171.

8. Véanse algunos ejemplos en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas, resumida en: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Alcohol Alert, 70 (octubre de 2006), así como en la revisión y análisis que realiza de forma exhaustiva Gene Heyman en «Quitting Drugs: Quantitative and Qualitative Features», Annual Review of Clinical Psychology, 9 (2013): pp. 29-59.

9. Obsérvese cómo este enunciado refleja el contenido y el tono del NIDA. Y gracias a Stanton Peele y a su blog para Psychology Today (www.psychologytoday.com/blog/addiction-in-society) por hacer que nos fijáramos en este increíble momento de la política estadounidense.

10. Véase el exhaustivo artículo «Combined Addiction Disease Chronologies», escrito por William White, Ernest Kurtz y Caroline Acker.

11. Extraído de George E. Pettey, 7e Narcotic Drug Diseases and Allied Ailments (Philadelphia: F. A. Davis, 1913), pp. 5-6, 192; gracias a White, Kurtz y Acker, «Combined Addiction Disease Chronologies».

12. Alan I. Leshner resumió el modelo de enfermedad cerebral para la comunidad científica en un artículo de referencia: «Addiction Is a Brain Disease, and It Matters», Science 278, n.º 5335 (1997): pp. 45-47.

13. Jeffrey M. Jones, «Americans with Addiction in Their Family Believe It Is a Disease», Gallup News Service, 11 de Agosto de 2006, www.gallup.com/poll/24097/americans-addiction-their-family-believe-disease.aspx

14. David Sack, «Addiction Is a Disease and Needs to Be Treated as Such», blog Room for Debate, 7e New York Times, 11 de febrero de 2014. La web personal de Sack está en www.drdavidsack.com

15. S. Darke, et al., «Patterns of Sustained Heroin Abstinence Amongst Long-Term, Dependent Heroin Users: 36 Months Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS)», Addictive Behavior 32, n.º 9 (2007): pp. 1897-1906.

16. Dirk Hanson, «Ivan Oransky on the Disease Model at TEDMED 2012», Addiction Inbox: 7e Science of Substance Abuse, 15 de abril de 2012.

17. Gene Heyman, Addiction: A Disorder of Choice (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2009).

18. Heyman, «Quitting Drugs».

19. Puede encontrarse con facilidad un análisis de estos estudios en: Bruce K. Alexander, «Addiction: The View from Rat Park», www.brucekalexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park

20. Carl Hart, High Price: Drugs, Neuroscience, and Discovering Myself (New York: Harper, 2013).

21. Stanton Peele e Ilse Thompson, Recover! Stop 7inking Like an Addict and Reclaim Your Life with 7e PERFECT Program (Nueva York: Da Capo Press, 2014).

22. S. Satel y S. O. Lilienfeld, «Addiction and the Brain-Disease Fallacy», Frontiers in Psychiatry, 4 (2013): p. 141.

23. P. Rakic, J.-P. Bourgeois y P. S. Goldman-Rakic, «Synaptic Development of the Cerebral Cortex: Implications for Learning, Memory, and Mental Illness», en J. van Pelt, M. A. Corner, H. B. M. Uylings y F. H. Lopes da Silva (eds.), 7e Self-Organizing Brain: From Growth Cones to Functional Networks, Progress in Brain Research, vol. 102 (Ámsterdam: Elsevier, 1994), pp. 227-243.

¿En qué consiste la existencia de un cerebro? Lo cierto es que no se parece en nada a la existencia de una persona. Lógicamente, estaríamos perdidos sin ellos, pero los cerebros son solo un componente más de las personas. Y albergamos muchos otros componentes con funciones muy diversas. Así pues, cuando decimos que mi cerebro me obligó a hacerlo, o que me duele el cerebro, o que a mi cerebro realmente le gusta el alcohol, estamos mezclando metáforas, confundiendo niveles de análisis. De forma parecida, afirmar que el deseo intenso o el placer se originan en cierta región cerebral es tan solo una forma de hablar. En realidad, el denominado «centro de recompensas» conforma un conglomerado de ensamblajes celulares muy diferenciados. El hecho de que se activen ante la perspectiva de un atracón inminente no significa que en dicha zona resuene un agradable tañido de recompensa. Los cerebros no reciben señales de aprobación o de desaprobación, ni premios ni castigos, no alcanzan objetivos ni sienten antojos. Esas cosas le ocurren a la gente. Las células cerebrales no albergan pensamientos ni sentimientos, sino membranas, moléculas, proteínas, sangre y niveles de electricidad en constante fluctuación. Somos nosotros quienes experimentamos deseos intensos, somos nosotros quienes tenemos sentimientos y somos nosotros quienes nos volvemos adictos.

Los cerebros se limitan a hacer lo que cientos de millones de años de evolución han determinado que resulta útil, y eso incluye identificar cosas que nos parecen sabrosas o que nos hacen sentir bien. Nuestro cerebro las diferencia de entre todo lo demás (logra que las percibamos por encima de esa música de fondo que inunda la monotonía del mundo) y nos impulsa a ir tras ellas. A esas cosas los psicólogos las llaman «recompensas», como, por ejemplo, una

fruta madura, pan recién horneado, orgasmos e incluso abrazos y, por asociación, dinero, poder y buena apariencia. ¡Ah, y drogas, claro! La adicción puede ser el inesperado resultado de que un cerebro haga nada más y nada menos que lo que se supone que debe hacer.

Además, el cerebro no funciona para nada como un ordenador. A menudo los comparamos porque a ambos se les da bastante bien resolver problemas lógicos. Pero el modelo informático del cerebro falleció de muerte natural en la ciencia cognitiva hace al menos veinte años. Desde principios de la década de 1990 en adelante, los científicos cognitivos y los neurocientíficos comenzaron a describir el cerebro como «algo corporal» y a observar sus funciones en términos biológicos. Casi al mismo tiempo, los científicos informáticos empezaron a reemplazar sus máquinas de «inteligencia artificial» por «redes neuronales», que funcionan de manera totalmente distinta. Al menos, estos modelos se aproximan a la calidad de los cerebros reales, semejante a la de una red cuyas células están conectadas más como hojas de hiedra que como cajitas y flechas, lo cual es bastante más realista, ya que ¡estos modelos cometen errores!

Recuerdo la primera vez que aprendí la facilidad con que las redes neuronales cometen errores. En el modelo de red se introdujeron tres términos descriptivos bajo el nombre de «entrada». Nuestra tarea como estudiantes de posgrado consistía en hallar una respuesta rápida a la pregunta «¿De quién estamos hablando?», y después comparar esa respuesta con la «salida» proporcionada por la red. Los tres términos eran «estrella de cine», «político» e «inteligente» y la respuesta que a todos nos vino a la mente fue «Ronald Reagan». La red ofreció la misma respuesta. Nuestro profesor esbozó su famosa sonrisa ladeada y dijo: «Pues veréis… ¡Un tercio de la información es falsa!». Vale la pena recordar que los cerebros toman decisiones basadas en información sesgada, intrincada y, a menudo, simplemente errónea.

En su libro superventas Pensar rápido, pensar despacio, Daniel Kahneman resume treinta años de progreso a través de los cuales los psicólogos (y los estudiantes de economía conductual) han llegado a reconocer lo sesgado e irracional que puede ser nuestro pensamiento. Pero nada de esto debería asombrarnos demasiado. Al fin y al cabo, el cerebro forma parte del cuerpo, y su trabajo consiste en saciar los deseos y evitar el riesgo (objetivos que alcanzamos con las manos, la lengua, los dientes, los pies y los genitales). La racionalidad es una herramienta útil para planificar la ruta que tomaremos en hora punta, para debatir y para sacar sobresalientes en los estudios. Pero no es lo más recomendable en cuanto a la comida, el sexo, el alivio del dolor, la autorrealización, vestir bien o las elecciones generales.

Así pues, negar que la adicción sea racional es poco más que una obviedad. La irracionalidad (incluida la autodestrucción) de la adicción no indica que el cerebro esté funcionando mal, como sucedería si se encontrara enfermo, sino que tan solo muestra que se trata de un cerebro humano. Diversos pensadores (desde Homero hasta Dennett) y escritores (desde Shakespeare hasta Nabokov) han dejado clarísimo que la irracionalidad es una característica fundamental del ser humano.

LA PLASTICIDAD Y LA PERMANENCIA EN LOS CAMBIOS CEREBRALES

Los cerebros humanos y los de los reptiles tienen muchas partes idénticas. Son más sofisticados los cerebros humanos, pero conservan casi las mismas funciones. Las regiones subcorticales como el hipotálamo y el tronco encefálico nos hacen actuar con rapidez (luchar, agarrar, huir o comer) en respuesta directa a la información que nos llega a través de nuestros sentidos y sin reflexionarlo mucho. Lo que distingue a los cerebros de los mamíferos, y sobre todo a los humanos, es que viven en entornos mucho más complicados que los terrenos que pisan los lagartos. Los mamíferos nos adaptamos muy rápido a esas complicaciones. No morimos si hace demasiado frío fuera, sino que nos metemos bajo tierra o ponemos la calefacción. Y cuando nos hemos quedado sin algún tipo de comida, nos preparamos un bocadillo o vamos al McDonald's, en vez de morirnos de hambre. La razón por la que los mamíferos cuentan con dicha destreza y adaptabilidad es que sus cerebros están diseñados para aprender (para cambiar), en sintonía con su entorno. Los lagartos no aprenden mucho, su repertorio de habilidades es más bien innato. Sin embargo, casi todo lo que sabemos o lo que somos capaces de hacer los humanos es algo aprendido. Por eso los bebés están completamente indefensos, porque no pueden hacer nada; aún no han aprendido cómo hacerlo.

Así pues, los cerebros de los reptiles están prefabricados casi por completo. En cambio, para que los de los humanos puedan funcionar, requieren grandes cambios celulares, desde antes del nacimiento hasta el final de nuestras vidas. Casi todos estos cambios se producen en dos regiones bien definidas. La primera es la corteza cerebral, esa enorme superficie de materia marrón grisácea trenzada

que cubre las entrañas del cerebro con redes de células «programables». La segunda es la conocida como «sistema límbico», que incluye la amígdala, el hipocampo y el cuerpo estriado, áreas que desempeñan un papel muy importante en las emociones, la memoria y la persecución de objetivos. En estas regiones, las celdas también son programables en su mayor parte. Cuando nos encontramos en el útero, los más de veinte mil millones de neuronas de la corteza y el sistema límbico no reciben órdenes sobre las otras células con las que deben conectarse. Aunque la ubicación inicial de las neuronas es similar para todos los cerebros humanos, las conexiones entre ellas (las sinapsis, que se cuentan por billones) se han diseñado para cambiar de forma radical a lo largo de la vida, en respuesta a nuestras experiencias. Y, con cada ola de cambio sináptico, queda alterado el modo en que experimentamos las cosas.

Es como la pescadilla que se muerde la cola: la manera en la que experimentamos las cosas da forma a nuestra materia biológica; y, a su vez, esos cambios biológicos modifican el modo en que acabamos experimentando las cosas. En otras palabras, los cambios en la estructura cerebral hacen que, en el futuro, esa forma de experimentar las cosas se produzca con mayor probabilidad. Esto puede producirse a imagen de una percepción que se autorrefuerza, una expectativa, una interpretación incipiente, un deseo recurrente, una reacción emocional familiar, un convencimiento que se consolida o un recuerdo consciente. Todas son formas distintas de «permanencia» (o sea, del modo en que los patrones cerebrales se asientan, hasta tal punto que las huellas del pasado pueden dar forma al presente). Lo que estoy describiendo es un bucle de retroalimentación entre la forma de ver, recordar o actuar sobre el mundo y el cambio estructural que perpetúa esa forma de ver, recordar o actuar. Así, la mente y el cerebro se moldean mutuamente. Y el aprendizaje cotidiano en el aula no es sino una versión de este fenómeno más general: un cerebro que se cambia a sí mismo (expresión que Norman Doidge usó en el título de su libro de 2007).

Hay algo importante que añadir a este panorama general, y que resulta fundamental para comprender la adicción. Cuando nuestra experiencia del mundo está plagada de sentimientos intensos (ya sean de atracción, amenaza, placer o alivio), el cambio cerebral obtiene un impulso adicional. ¿Y qué es lo que da empuje a este impulso? Las emociones centran nuestra atención y nuestro pensamiento, y las que son particulares (en respuesta a algo) provocan reflexiones y comportamientos específicos, alimentando así el mismo ciclo de retroalimentación cada vez que nos topamos con algo. Cuando esas emociones se repiten una y otra vez, lo que ocurre es que, con cada repetición del ciclo de retroalimentación, nuestros cerebros excesivamente enfocados cambian de forma inevitable en una dirección particular, afianzando una determinada experiencia emocional un poco más cada vez. Y, de forma especialmente relevante para la adicción, el sentimiento de deseo hacia algo específico moldea al cerebro con mayor intensidad de lo que lo hacen otros sentimientos. Como se verá, las experiencias ligadas al deseo moldean el cerebro hasta transformarlo en un vehículo para crear experiencias similares, también enraizadas en dicho deseo, durante mucho tiempo.

El cerebro resultaría inútil si no fuese altamente modificable y sensible a lo que ocurre en el mundo. Pero, dado que necesitamos estabilidad en nuestras percepciones, conceptos y acciones para ir tirando en el día a día, así como adoptar medidas para el mañana, los cambios cerebrales casi siempre se convierten en hábitos. Y, una vez formados esos hábitos (incluso en el caso de los menores), ahí se quedan, a veces para toda nuestra vida. Los ejemplos abarcan desde patrones idiosincráticos, como morderse las uñas o mostrarse suspicaz, hasta normas culturales, como la cortesía o los estereotipos de género. Las nuevas vías neuronales y sus correspondientes patrones de pensamiento y conducta empiezan de manera titubeante e irregular. Pero, una vez se han activado repetidamente, esos senderos incipientes se afianzan más, se concretan más y, por fin, acaban tallados en piedra (o, al menos, en carne). Así, los cambios cerebrales tienden de forma natural a

estabilizarse y cristalizar. Y, si se producen otros nuevos, también se consolidan. No nos serviría de mucho un cerebro que fluctuara de manera impredecible con cada cosa que ocurre. Por tanto, el cambio y la estabilización van de la mano. Resumiendo: en eso consiste el aprendizaje. Pero también es un segundo punto crítico a la hora de entender la adicción.

Hace más de un siglo, William James, uno de los primeros y más brillantes psicólogos modernos, afirmó lo siguiente respecto a los «bucles de hábitos»:

Lo que es tan indudablemente cierto del aparato nervioso de la vida animal difícilmente puede ser sino cierto de... la actividad automática de la mente... Cualquier secuencia de acción mental que con frecuencia se ha repetido tiende a perpetuarse; por lo tanto, nos encontramos impulsados automáticamente a pensar, sentir o hacer lo que antes, en circunstancias similares, estábamos acostumbrados a pensar, sentir o hacer sin ningún propósito concebido de manera consciente o sin anticipar resultados[24].

AVISO: PUEDE CAUSAR DEPENDENCIA

Últimamente, la palabra «neuroplasticidad» está en boca de todos. Este término se limita a describir la mutabilidad del cerebro y lo eleva a un principio básico. Esto tiene sentido, pues no hay nada más fundamental para el cerebro humano que su maleabilidad. Sin embargo, los neurocientíficos que estudian la adicción parecen haber olvidado este aspecto. Someten a personas a una serie de escáneres cerebrales y, cuando detectan cambios después de que alguien haya consumido mucha cocaína o bebido mucho alcohol, dicen: «¡Fíjense! ¡El cerebro ha cambiado!». Si la neuroplasticidad es la regla, en vez de la excepción, entonces lo cierto es que dichos científicos no han hecho ningún gran hallazgo. Se supone que el cerebro cambia con cada nueva experiencia. De hecho, cuanto más nuevo, atractivo y motivador es algo, con mayor probabilidad cambiará el cerebro, y con mayor probabilidad esos cambios se sintetizarán en hábitos, resultantes de repeticiones cada vez más frecuentes.

A lo largo de la historia reciente, la gente se ha referido a la adicción como un hábito y, de hecho, en eso consiste, nada más y nada menos. Es un mal hábito, a menudo implacable. Un hábito terrible. Un hábito caro. Pero ¿qué lo vuelve tan duradero, tan implacable, tan difícil de corregir? ¿Qué hace que sea tan distinto de lo que podríamos considerar hábitos más benignos? Pues tres cosas. En primer lugar, no se limita a ser un hábito conductual, sino que más bien se trata de uno mental, que involucra los actos de pensar y de sentir. Cuesta menos dejar de cantar en la ducha que dejar de ver el mundo como un sitio violento o injusto. En segundo lugar, la parte de la adicción que involucra los sentimientos siempre incluye el de deseo (que es, por supuesto, el tema de este libro). Y, en tercer lugar, se trata de un hábito que se vuelve compulsivo, como exploraremos en mayor detalle más adelante. Quizá todos los

hábitos, una vez formados, son compulsivos hasta cierto punto. No cabe duda de que el cerebro está diseñado para que cualquier acción, repetida las suficientes veces, se convierta en una compulsión. Pero el corazón emocional de la adicción (en una palabra, el deseo) hace que la compulsión resulte inevitable, porque el deseo no saciado alimenta la repetición, y la repetición es la clave de la compulsión.

Como cualquier otro hábito, la adicción no hace sino crecer y estabilizarse en el tejido cerebral, diseñado (por evolución) precisamente para cambiar y estabilizarse. Sin embargo, esta pertenece a un subconjunto de hábitos: aquellos que más cuesta extinguir. Para comprender la adicción, debemos verla como el resultado de un cerebro que funciona con normalidad, no como el de uno enfermo. Y, aun así, tenemos que admitir que se trata de un resultado extremo, que es lo que hay que explicar.

No todos los hábitos surgen del deseo o la atracción. La ansiedad y otras emociones negativas también pueden generarlos; por ejemplo, morderse las uñas o la tendencia a apartar la mirada, mecanismos de defensa típicos como la racionalización y el perfeccionismo, o el hecho de evitar habitualmente a ciertas personas, lugares, sexos o razas. Los patrones de personalidad basados en la ansiedad surgen de un circuito de retroalimentación un poco más complicado, que incluye ansiedad (o vergüenza, o miedo absoluto) y evasión, que es una especie de recompensa (o un estado continuo de vigilancia, que no resulta gratificante en absoluto). Evitar posibles amenazas no tiene nada de divertido, pero la emoción de la ansiedad puede fortalecer los hábitos de evitación hasta lograr que estos permeen todas las parcelas de su personalidad. Y tal vez eso se imponga a la abrumadora ansiedad. Como veremos, los hábitos de deseo que caracterizan a la adicción se entremezclan a menudo con los surgidos de la ansiedad o la vergüenza.

TODO SE REDUCE A LA RETROALIMENTACIÓN

¿Cómo se desarrollan los cerebros exactamente? ¿Y cómo logran estos crear hábitos? El desarrollo no es un concepto sencillo. Las plantas crecen, al igual que los cerebros, los ecosistemas, las empresas y los patrones climáticos. Pero las plantas crecen siguiendo los caminos dictados por sus genes. Las células se dividen y siguen instrucciones, razón por la cual los robles y los tulipanes se parecen tanto a sus «progenitores». En contraposición, los cerebros humanos, los ecosistemas, las empresas y los patrones climáticos crecen de manera impredecible, inundando el mundo con una enorme diversidad. Crean su propio destino, más que ajustarse a uno predefinido. Crecen no solo siguiendo pautas preestablecidas, sino mediante un proceso conocido como «autoorganización», cambiando su propia estructura a medida que avanzan. Como ya he descrito en este mismo capítulo, los patrones que hallamos en los cerebros (y en las comunidades, y en el clima) se autoperpetúan y se autoconstruyen con el paso del tiempo. Cambian de rumbo sin previo aviso (aunque podríamos argumentar que el cambio climático está avisándonos con bastante antelación) para, después, seguir creciendo en esa dirección. Al final, dejan de cambiar, o al menos se asientan y mutan mucho menos. Al igual que con los surcos y riachuelos que el agua de lluvia forma en el jardín, comienzan siendo impredecibles, pero crean y consolidan su propio «destino» a medida que crecen. Se estabilizan. Generan hábitos.

¿Qué provoca este tipo de crecimiento? Sorprendentemente, la respuesta está en el corazón del propio circuito de retroalimentación, que es una de las cosas más poderosas que hay en el mundo. Por ejemplo, la retroalimentación entre el aumento de la producción energética y el de la demanda energética es lo que provoca el cambio climático. El cáncer es un desafortunado circuito de

retroalimentación entre el aumento del crecimiento celular y la disminución de la señalización entre células. Cuando Jimi Hendrix acercaba la pastilla de su guitarra (sistema de entrada) a su amplificador (sistema de salida), configuraba un circuito de retroalimentación, lo que le permitía crear sonidos que las guitarras no suelen generar. En mis intentos por llegar a mis oyentes, la retroalimentación acústica casi siempre ha sido un estorbo. En vez de un nuevo tipo de arte, lo que obtengo es un intenso murmullo y una estancia repleta de estudiantes irritados. La retroalimentación hace que las cosas crezcan, sin más. No importa qué cosas.

Pero volvamos al cerebro. El circuito de retroalimentación que he mencionado, es decir, el existente entre la experiencia del deseo (u otras emociones intensas) y los cambios continuos en la estructura cerebral, es uno de los principales motores de la autoorganización neuronal o del desarrollo humano en general. Si, tras darle un bocado a un trozo de tarta de queso con chocolate, sientes una oleada de placer, y si te quedas con un deseo persistente (que aflorará la próxima vez que salgas a comer por ahí), has emprendido la trayectoria de que «te encante la tarta de queso con chocolate». Al principio, quizá tan solo unas pocas sinapsis se hayan visto alteradas por dicha experiencia. Pero esos cambios aumentan la posibilidad de que te encuentres con una tarta de queso con chocolate en el futuro. Te fijarás más en ella, la comprarás más y la consumirás más. Y, en poco tiempo, una serie de experiencias subjetivas dará lugar a una cambios neuronales que seguirán retroalimentando el consumo cada vez más predecible de tarta de queso con chocolate. Felicidades: acabas de desarrollar un hábito.

Debemos recordar que la atracción o el deseo no son lo único que alimenta los circuitos de retroalimentación y promueve los hábitos neuronales. La depresión y la ansiedad también se desarrollan a través de la retroalimentación. Cuantos más pensamientos negativos o atemorizantes tienes, más sinapsis se entrelazan para generar situaciones de soledad o peligro: «¿A quién más podrías caerle mal?», «¿De verdad creíste que ibas a salirte con la tuya?». O para

generar estrategias, a menudo inconscientemente, con el fin de enfrentarse a dichas situaciones: «Tendré que mostrarme más amable de lo habitual si no quiero que me rechacen». Como resultado, la carne neural queda esculpida en un caldo de cultivo de hábitos personales. Y un modo de captar la combinación de esos hábitos es mediante la palabra «personalidad». Esto significa que yo mismo podría resumir quién eres, en los términos más sencillos, enumerando tus hábitos más distintivos, sobre todo aquellos evocados por emociones negativas. ¿No es eso lo que hacemos cuando alguien nos pide que le digamos cómo es otra persona?

Sin duda, los patrones neuronales forjados por el deseo pueden complementar y fusionarse con los surgidos de la depresión o la ansiedad. De hecho, eso conforma un importante puente hacia el modelo de automedicación de la adicción. En su libro In the Realm of Hungry Ghosts (2010), Gabor Maté muestra de manera muy convincente cómo los primeros trastornos emocionales nos conducen hacia ese alivio que acaba convertido en adicción. Por lo tanto, cuando examinamos la correlación entre adicción y depresión (o ansiedad), deberíamos reconocer que la adicción es a menudo una compañera o incluso la prolongación de un patrón de desarrollo que ya está en funcionamiento, no algo nuevo que apareció un día por las buenas.

Diferentes circuitos de retroalimentación experiencial crean distintas partes de nosotros, basadas en diversos patrones cerebrales. Ocurre algo parecido a cuando un pintor trabaja sobre una sección del lienzo, luego sobre otra, luego sobre otra y, por fin, regresa a retocar un poco más la primera. Por supuesto, no sería lo que se dice una excelente obra pictórica si esas diversas secciones no se mantuvieran unidas mediante cierto grado de coherencia, y esto el pintor lo sabe muy bien. En lo que concierne al desarrollo humano, no creemos que lo elabore la mano de una especie de pintor, pero sí hay mucha coherencia en el resultado final, a la que denominamos «personalidad». Ser tal o cual tipo de persona no requiere sino varios circuitos de retroalimentación diferentes que evolucionan

juntos, ya sea a trompicones o en connivencia continua. Algunos de ellos se ven impulsados por la atracción (como la tendencia a mostrarte generoso porque estás enamorado) y otros por la ansiedad (como la sumisión motivada por el miedo al rechazo). Estos circuitos de retroalimentación funcionan en común: se apoyan el uno en el otro, como un par de borrachos.

Así pues, las experiencias repetidas establecen patrones, que a su vez generan hábitos, los cuales se vinculan con otros que también evolucionan a raíz de las experiencias repetidas. Y aunque al principio los resultados del desarrollo son impredecibles, sí podemos prever que lo que surja (o quien surja) perdurará y se solidificará con el paso del tiempo: un producto humano terminado (al menos, parcialmente terminado). Se parece mucho a lo que ocurre con la pintura en el lienzo. Cuando mires a tu hijo de un año, no podrás adivinar en qué tipo de persona se convertirá, pero no dudes que será alguien con una personalidad propia. Cuando lo veas, con trece años, comenzar la escuela secundaria, no podrás adivinar qué tipo de adulto joven saldrá de allí cuatro años después, pero puedes apostarte lo que quieras a que más o menos será cierto tipo de persona (incluso si eso implica una mezcla de varias) y a que seguirá siendo el mismo tipo de persona de un día para otro. Esperemos que te guste el tipo de persona en la que se convierta.

Pero veamos ahora lo que ocurre con la adicción. Si todo lo que acabo de describir es más o menos correcto, si así es como nos desarrollamos los seres humanos, como nos formamos, entonces no hace falta ninguna causa externa como una «enfermedad» para explicar el desarrollo de malos hábitos, o incluso de un conjunto de ellos entrelazados (como el hecho de ser un drogadicto, un delincuente y un mentiroso). Los malos hábitos se autoorganizan como cualquier otro hábito. Algunos, como la adicción, arraigan más y, a menudo, más rápido que otros, porque son el resultado de la retroalimentación favorecida por un intenso deseo y porque desplazan la disponibilidad o el atractivo de otras actividades alternativas. Pero siguen siendo, fundamentalmente, hábitos (que

abarcan pensamiento, sentimiento y acción). El cerebro continúa formándose cada vez que se repite la experiencia adictiva, hasta que el hábito converge con otros incrustados en la personalidad de cada persona. Tomemos, por ejemplo, el hábito de preocuparse de antemano, sentir ansiedad y buscar alivio. A su alrededor pueden surgir otros: tal vez descubras que no te quedan muchos amigos y que no te llevas bien con tus padres, porque siempre te muestras malhumorado o distante. Y si en cierta ocasión terminaste mintiéndole a tu novia sobre lo que habías estado haciendo la noche entera, es probable que también eso se convierta en un hábito.

Una de las razones que explican la coherencia del resultado final es que los hábitos sociales que acompañan a la adicción, como autoengañarse y mentir a los demás, encajan muy fácilmente con los de calmarse (o de seguir echando leña al fuego) que constituyen la propia adicción. Los hábitos alimentados por la ansiedad y la vergüenza siguen evolucionando con los alimentados por el deseo, pues la adicción es un deporte de alto riesgo. Los adictos se arriesgan mucho, ocultan las cosas censurables que hacen y cruzan los dedos para que todo vaya bien. En ese sentido, la adicción puede verse como una ampliación del desarrollo de la personalidad. Y seguramente también como una especie de automedicación, solo que la ansiedad y la vergüenza que se pretenden medicar surgen cada vez más de la propia adicción.

NEURONAS EN RED

El principal papel que desempeñan las células cerebrales es enviar y recibir energía electroquímica, lo cual realizan a través de sus conexiones (sus sinapsis). Cada vez que se activa una neurona (lo que puede suceder una vez por segundo o hasta mil veces por segundo), se transmite un chorro de energía electroquímica a las neuronas a las que está conectada. Este flujo de energía es el modo en que el cerebro produce la experiencia. Es lo que proyecta la imagen en la pantalla de tu mente. Pero, por supuesto, el cerebro necesita información del mundo exterior para experimentar las cosas. Como bien nos lo indicó la ciencia ficción de los años cincuenta, un cerebro sumergido en un tanque de líquido no es un cerebro feliz.

Las sinapsis son diminutos espacios entre neuronas, donde las fibras de una célula (el emisor) se conectan con las fibras de otra célula (el receptor). En estas estaciones de paso es donde las moléculas cruzan desde la célula emisora hasta la receptora; y, cuando cruzan suficientes moléculas (por lo general, a resultas del esfuerzo grupal de muchas células emisoras), la carga eléctrica de la célula receptora cambia. Este cambio en la carga eléctrica produce un aumento (también llamado «excitación») o una disminución (también llamada «inhibición») de la tasa de activación de dicha célula. Ese cambio en la velocidad de activación puede influir en la siguiente neurona de la fila, haciendo que esté más o menos preparada para enviar su energía a la siguiente neurona, y así sucesivamente. ¿Cuál es el resultado? Pues una «vía sináptica», es decir, un tren de neuronas, conectadas por sinapsis, cada una de las cuales afecta a la siguiente de la fila.

Así se comunican las neuronas, pero ¿de qué modo toda esta actividad da lugar a un cambio a largo plazo? Las variaciones se producen casi en su totalidad en las sinapsis, incluidos los cambios en la forma de las actuales, la aparición de nuevas y el deterioro y eventual desaparición de las antiguas. Estas mutaciones afectan al grado de conexión neuronal, y entonces las neuronas quedan o más conectadas (para que pasen más moléculas) o menos (para que pasen menos moléculas). En realidad, estos cambios estructurales se derivan del flujo electroquímico que produce nuestra experiencia a cada instante, aunque nada garantiza que vayan a producirse. A veces ocurren (creando nuevos recuerdos, nuevos aprendizajes) y otras no. Como solía decirme mi madre, a menudo no aprendo de la experiencia. ¿Cómo es eso posible?

La intensidad emocional de la experiencia, el grado de atención y concentración, y la frecuencia con que se repite esa experiencia a lo largo del tiempo suelen ser lo que marca la diferencia entre la mera experiencia y el aprendizaje. Si tu jefe te hizo recientemente un comentario que envió un torrente de moléculas de la neurona X a la neurona Y, lo bastante abundante como para cambiar su velocidad de activación, entonces es probable que percibas algo: «Ya está otra vez con lo mismo…». Pero si se trató de un comentario cáustico, que te ha molestado o que has estado escuchando con demasiada frecuencia, es probable que la conexión entre ambas neuronas se fortalezca, por lo que incluso más moléculas se cruzarán entre ellas la próxima vez (la próxima vez que tu jefe diga algo ligeramente desagradable). En eso consiste el cambio cerebral. (El auténtico siempre implica varios grupos de neuronas, pero me he limitado a usar los términos neurona X y neurona Y para simplificar la descripción). Cambio cerebral equivale a modificación sináptica, y la modificación sináptica surge de la actividad sináptica impulsada por la emoción, la atención y la repetición.

Como declaró Donald Hebb en la década de 1940,«lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado». Las células que se activan entre sí acaban estando más conectadas entre sí (incluso se

podría afirmar que sus conexiones quedan muy arraigadas). Así se produce el aprendizaje, pero el significado emocional es el interruptor que lo pone en marcha y lo mantiene en funcionamiento. Si no tiene mucha importancia, si no provoca sentimientos, no va a captar tu atención ni va a quedar registrado en la estructura sináptica. Tú pregúntale a un niño que ha estado mirando por la ventana en lugar de prestar atención en clase. La repetición es el motor que refuerza y perpetúa el aprendizaje, haciendo que pase de un destello temporal a un profundo grabado del mundo. Por eso la profesora no solo levanta la voz (para competir con lo que el alumno esté viendo por la ventana), sino que repite lo mismo ocho veces seguidas, y otras tantas más a la semana siguiente.

Entonces, ¿cómo y cuándo tiene lugar el aprendizaje? Por lo general, exige al menos emociones moderadamente intensas, y se ve facilitado en gran medida por la repetición de experiencias (o por una o dos experiencias extremadamente poderosas). Estas crean la primera capa de un nuevo patrón sináptico, una nueva red de conexiones sinápticas. Los patrones inéditos se muestran como redes, como pueblos o ciudades conectados por docenas de senderos. Pero las redes adquieren mayor solidez y eficiencia a base de repetirse, y el aprendizaje logra mayor profundidad. Piensa en las docenas de senderos que se verán reemplazados por diversas carreteras principales y quizá, en última instancia, por una autopista.

La adicción es el epítome de esta fórmula para el aprendizaje. Posiblemente, la primera vez que esnifas cocaína se genera un patrón de activación inédito (y, si no, lo intentarás una segunda vez o le comprarás la cocaína a otra persona). Después, cada vez que tú (no tú literalmente, por supuesto) esnifas cocaína, se modifican más sinapsis, lo que refuerza este patrón de activación, esta configuración de «cocaína». En breve, esa configuración conecta regiones por todo tu cerebro. Estas incluyen partes de la corteza: la corteza perceptiva, que se encarga de la vista y la audición; la corteza prefrontal, que se encarga del pensamiento y la planificación; y las regiones motoras, que se encargan de poner en

marcha esos planes. Pero también incluyen las regiones límbicas implicadas en los sentimientos y las motivaciones: la amígdala y el hipocampo, así como el cuerpo estriado (que no se suele definir como «límbico» per se, pero... casi se podría). Así pues, lo que se incluye en la red «cocaína» es más o menos todo el cerebro (tanto las partes implicadas en el pensamiento y la percepción como las que se centran en los sentimientos e instintos). Por eso los pensamientos, sentimientos y patrones de acción cambian y cristalizan juntos. Insisto: el cerebro entero se autoprograma, se autoorganiza y desarrolla un hábito (que acaba integrándose con todos tus otros hábitos).

Los nuevos hábitos, las nuevas redes, son como pandillas que surgen a raíz de las interacciones de múltiples usuarios (parecido a lo que sucede entre usuarios de Facebook). Las sinapsis muy activas conectan ciertas neuronas con otras, generando y reforzando algunas redes, a la vez que otras se cierran por falta de uso. Por lo tanto, un grupo de neuronas, que conecta diferentes partes del cerebro, forma una única trayectoria de aprendizaje: ya sea una configuración de «cocaína» o, por ejemplo, una configuración para convertirse en un fabuloso bailarín, esquiador o chef. Sin embargo, cuando surgen nuevos patrones sinápticos, los más antiguos no desaparecen por las buenas, sino que más bien se modifican. Como mucho, pueden disiparse debido al poco uso. Pero también pueden transformarse en componentes del nuevo patrón o actuar a modo de canales hacia ese nuevo patrón, como si fueran señales de tráfico que apuntan hacia un paso elevado recién construido. Por ejemplo, los pensamientos obsesivos sobre drogarse pueden conducir a estrategias de autodistracción (las cuales forman parte de la red para una recuperación exitosa). Sin embargo, también pueden conducir a pensamientos en torno a salir a la calle. A grandes rasgos, esto implica que los hábitos existentes en un punto del desarrollo influyen en los del siguiente punto, que a su vez influyen en los del siguiente, y así sucesivamente. En lo que concierne a la recuperación, todo esto puede ser negativo o positivo. Negativo porque no hay forma de hacer borrón y cuenta nueva. Y positivo

porque la recuperación puede asentarse en las lecciones aprendidas durante la adicción y, con el tiempo, puede asentarse en sí misma.

NO ES TAN INUSUAL

En realidad, decir que la adicción modifica el cerebro equivale a afirmar que una experiencia poderosa, que probablemente se repita una y otra vez, forja nuevas configuraciones sinápticas que se asientan en hábitos. Y, en cada ocasión, estas surgen del patrón de activación celular. En otras palabras, cuando se repiten experiencias (motivadoras), se producen cambios cerebrales que empiezan a definir otras futuras (al menos, aquellas del mismo ámbito). Así pues, emborracharse mucho esculpirá las sinapsis que determinarán futuros patrones de beber. Tanto si se trata de vino sacramental como si se trata de cerveza en un partido deportivo, beber alcohol en cualquiera de estos ámbitos no tardará en formar parte del mismo drama familiar, si acaso no lo es ya (y, si bien quizá no afecta al modo en que te relacionas con tu abuela o juegas con tu perro, podría hacerlo). Estos cambios no surgen del consumo de sustancias adictivas. No los provocan el alcohol o las drogas. Son el resultado de haber tenido una serie de experiencias similares. Experiencias agradables. Experiencias que alivian. Experiencias que te hacen sentir bien, o al menos mejor que en cualquier otro momento de tu aburrida y deprimente vida. Estos cambios cerebrales se deben a la repetición motivada (de algo especial) y al modo en que el cerebro responde. Las experiencias impactantes que prenden la mecha no son más que acontecimientos que nos afectan profundamente. Porque son atractivos. Porque son significativos. Y, conforme se vuelven aún más significativos, los correspondientes cambios cerebrales se disparan más todavía, se asientan sobre sí mismos, cavan sus propios surcos, como el agua de lluvia en el jardín.

Las experiencias que con mayor rapidez o profundidad modifican el cerebro pueden incluir el consumo de drogas o alcohol, y no es casualidad que ambas sustancias logren resultar altamente adictivas.

No cabe duda de que el alcohol y la heroína serían menos adictivos (y mucho más baratos) si generaran experiencias aburridas. De todos modos, otras experiencias potentes que pueden modificar el cerebro son los juegos de azar, los atracones de comida, la actividad sexual abundante, sentarse a ver a otros tener actividades sexuales abundantes… o, simplemente, enamorarse. No hay nada más estimulante, destacable, atractivo e irresistible que la cara (y el cuerpo) de tu primer amor del instituto. ¿Cuántas veces al día quedó registrada en tu conciencia esa persona?

***

Pero, por ahora, dejemos la neurociencia. Basta con que entendamos las características fundamentales de los cambios cerebrales, cómo estos conducen a la formación de hábitos, cómo las experiencias recurrentes siguen esculpiendo redes sinápticas que continúan estimulando la búsqueda de experiencias similares y cómo la motivación impulsa cada paso de esta secuencia de desarrollo. En lo que se refiere a los malos hábitos, es decir, aquellos más difíciles de dejar, las alteraciones de la masa cerebral no guardan relación alguna con la racionalidad, aunque pueden estar guiadas (bien o mal) por las cosas que te dices de la forma más racional. Y suceden independientemente del contenido específico de la experiencia, del sabor de la recompensa que buscas (por ejemplo, sexo, drogas y rock and roll). Se producen a través de cambios en el modo en que las células cerebrales se conectan entre sí, mediante el fortalecimiento de algunas sinapsis y el debilitamiento de otras. Suceden en muchas regiones cerebrales, lo que significa que los hábitos individuales pueden ser bastante complejos, ya que integran pensamientos, sentimientos y patrones de conducta. Y los hábitos adictivos tienden a combinarse con otros por el mero hecho de que funcionan bien juntos.

Por último, quisiera señalar que el mismo mecanismo básico de creación de hábitos (cambio y estabilización de las redes sinápticas) funciona de manera distinta en distintas partes del cerebro. Por ejemplo, el componente emocional de la creación de hábitos surge de los cambios que se producen en la amígdala y en su aliado cercano: la corteza orbitofrontal; los nuevos patrones de acción se arraigan en las regiones motoras, incluidas las que organizan las acciones y las que las ejecutan; los nuevos hábitos de pensamiento se centran en cambios en las regiones superiores de la corteza prefrontal; y las nuevas fuentes de atracción y deseo (que, obviamente, resultan primordiales para la adicción) se derivan de cambios en el cuerpo estriado y sus aledaños. Durante los próximos cinco capítulos haré hincapié en todas estas regiones diferentes, así como en sus funciones especializadas. Hablaré sobre lo que hacen estas regiones cerebrales y sobre el modo en que desarrollan nuevos patrones, para ayudarte a dar sentido a las vidas de las personas que te iré presentando (cuándo se volvieron adictas y cuándo comenzaron a recuperarse). Y confío en que serás capaz de entender que los cambios cerebrales que subyacen tras la adicción y la recuperación son más normales que anormales, aunque sus resultados puedan resultar extremos. La adicción puede ser un temible, devastador e insidioso proceso de cambio de nuestros hábitos y de nuestro patrón sináptico. Pero eso no la convierte en una enfermedad.

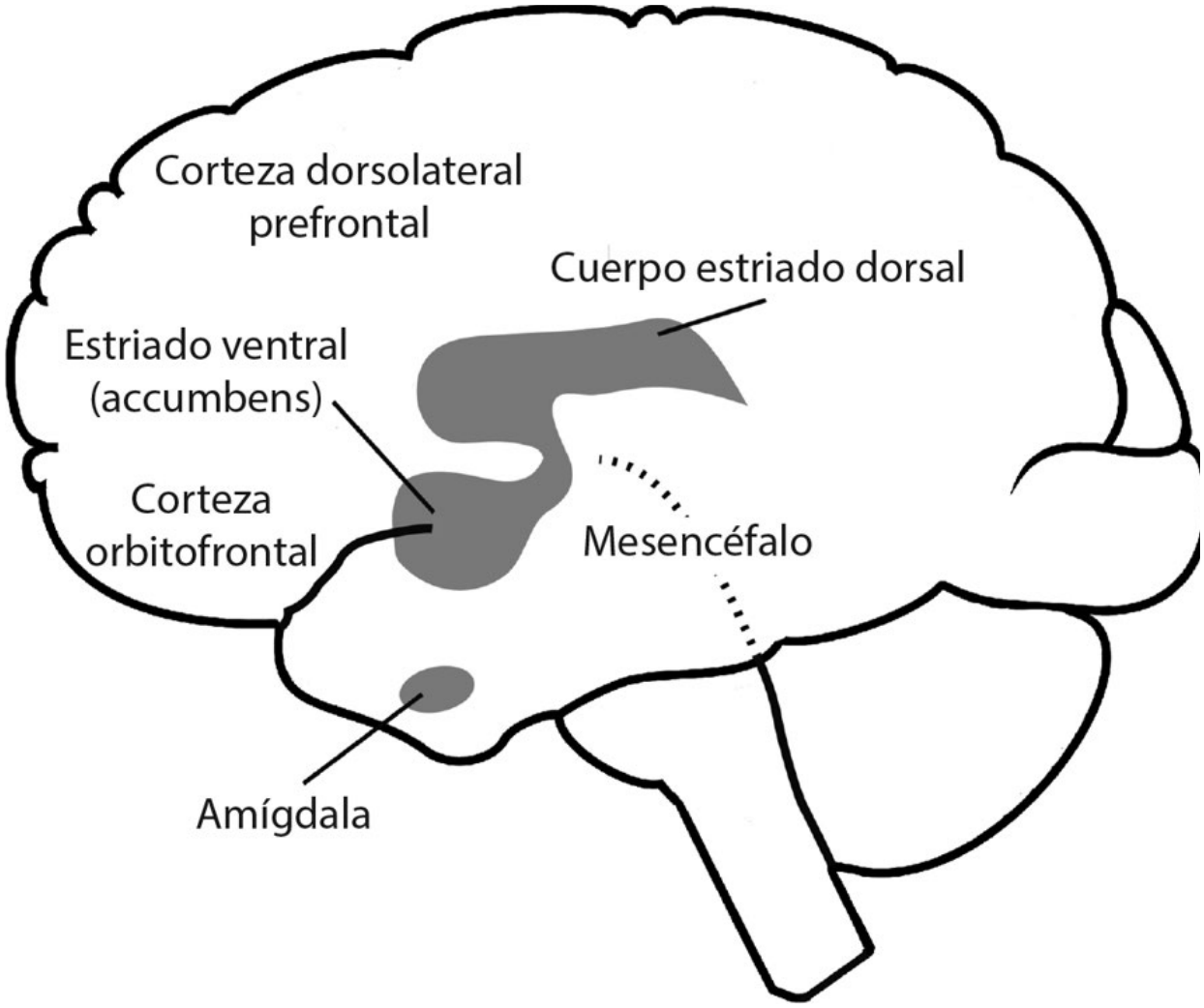


Figura 1. Dibujo del cerebro donde se muestran las regiones más relevantes para la adicción.

Estructuras límbicas y asociadas: el «núcleo motivacional»

Cuerpo estriado ventral (accumbens): Está en la zona «más al sur» del cuerpo estriado y se encarga de las acciones

impulsivas que conducen a objetivos, a sentimientos de atracción, deseo, anticipación, deseo intenso y determinados aspectos de la propia recompensa. La alimenta la dopamina que se envía desde el mesencéfalo.

Cuerpo estriado dorsal: Está ubicado en la zona «norte» del cuerpo estriado y se activa cuando los comportamientos orientados a objetivos pasan de impulsivos a compulsivos. Resulta indispensable para el aprendizaje estímulo-respuesta y desencadena acciones automáticas y difíciles de desactivar. También lo alimenta la dopamina.

Mesencéfalo: Alberga células que envían dopamina a diversas partes del sistema límbico y la corteza, incluidos el cuerpo estriado, la amígdala y la corteza prefrontal.

Amígdala (pl. amígdalas): Un par de pequeños grupos, uno a cada lado del cerebro, que adquieren y mantienen asociaciones emocionales, desencadenando la misma emoción en ocasiones posteriores. Centra la atención en la posible fuente de dicha emoción.

Corteza orbitofrontal (COF): Superficie inferior de la corteza prefrontal, estrechamente conectada con la amígdala y el accumbens. Recurre a señales de dichas regiones para crear interpretaciones de contexto específico de situaciones muy motivadoras. Además, crea expectativas y ayuda a ofrecer una respuesta adecuada.

Corteza prefrontal (CPF): regiones implicadas en la autocomprensión y la autorregulación

Corteza prefrontal medial: Ubicada en las superficies internas (a ambos lados) del CPF. Resulta fundamental para la autoconciencia, el desarrollo de la identidad y la interpretación de los pensamientos y sentimientos ajenos.

Corteza dorsolateral prefrontal: Situada en la región exterior/superior de la CPF (a ambos lados). Madura de forma gradual con el desarrollo cognitivo y se encarga de evocar recuerdos, clasificarlos y compararlos. Otra de sus labores consiste en usar la perspicacia, el discernimiento y la lógica para dar forma a nuevas perspectivas, tomar decisiones y ajustar otras que se han tomado previamente. Yo la llamo «el puente del barco».

---

24. Extraído de Habit (1887), de William James, citado por Maria Popova en www.brainpickings.org/index.php/2012/09/25/william-james-on-habit

LA HISTORIA DE NATALIE

Natalie se crio en un pueblo del este de los Estados Unidos y, como tantos otros niños de su edad y circunstancias, acabó asistiendo a una pequeña universidad de artes liberales en una localidad cercana. Se autodefine como una persona bastante competente, lo suficientemente espabilada como para sacarse las castañas del fuego. Podía llegar al fondo de cualquier asunto sin obsesionarse con ello; sabía cómo mantenerse alejada de los problemas. Sabía relajarse en situaciones sociales (o, al menos, parecer relajada). Y cuando llegó a la universidad, a los dieciocho años, sus compañeros la encontraban generosa, divertida y de trato fácil. Así es como ella misma, durante nuestras primeras entrevistas, describió a la Natalie de su juventud. Y encajaba con mi impresión de ella, incluso ahora, que ya había cumplido veinticinco años. No le costó hacer amigos, y además podía elegir a las personas que quería en su vida.

Natalie vivió en una residencia universitaria durante su primer año de facultad, para después mudarse a un apartamento compartido a principios del segundo año. Había encontrado en Grace a alguien encantada de compartir piso con ella. A Grace le gustaba estar cerca de Natalie, pues le divertían sus extravagancias y sus divertidos y modestos pasatiempos, como tejer y pintar con acuarelas. A veces, pasaban la tarde pintando juntas. Pero Grace quedó en un segundo plano cuando Natalie se echó novio: un tipo afable y de apariencia encantadora llamado Fred. Lo había conocido en el restaurante donde ella misma trabajaba tres días por semana, sirviendo a jóvenes junto a quienes se sentaba en las clases de Introducción a la Filosofía y Literatura del Siglo XX. Bromeaba con Fred sobre lo grandilocuentes que eran aquellos estudiantes, siempre aireando sus avezadas opiniones sobre lo que se les pusiera a tiro. Al final, los dos acababan riéndose de su propia pedantería, poniendo a todos en su

lugar. Fred había empezado siendo un amigo y, de repente, se convirtió en su amante. Aquella situación era nueva para Natalie, pero estaba encantada de la vida. El sexo con Fred era afectuoso. Y aquello también le supuso todo un logro: sentir intimidad en vez de subordinación.

Un par de meses después de que ella y Fred comenzaran a salir juntos, Natalie trajo a casa a otro amigo: Steve, un tipo alto y flacucho que hablaba con un deje rural y llevaba una hoja de marihuana tatuada en el antebrazo. Aunque había algo en Steve que a ella le resultaba misterioso y atractivo, definitivamente no tenía madera de novio. A Grace le gustaba mucho Fred, y Steve le inspiraba desconfianza. De hecho, este último parecía sacar el lado oscuro de Natalie, cierta faceta vulnerable y espeluznante que no encajaba con el tipo de persona que ella era. Una faceta que, conforme transcurrían los meses, parecía aflorar cada vez más.

En todo caso, Natalie seguía siendo una buena chica. A todo el mundo se lo parecía. Por eso nadie (ni Grace, ni Fred, ni siquiera Steve) sospechó que Natalie iba a pasar nueve meses en una prisión de máxima seguridad mucho antes de llegar a graduarse.

***

Natalie no tenía ninguna objeción ética específica sobre el consumo de drogas. Por eso ella, Fred y Steve, al igual que muchos de sus amigos, experimentaron con lo que cayera en sus manos. Las setas alucinógenas, o incluso el LSD de vez en cuando, abrían las puertas a una especie de Disneylandia exótica que podían visitar de forma bastante económica e improvisada. El viaje comenzaba y terminaba en tan solo ocho horas, tiempo más que suficiente para darse un paseo por el parque y admirar cómo la luz del sol se convertía en reflejos arcoíris tan hermosos que a veces dejaban sin aliento. Y

luego estaba el éxtasis, una droga genial para bailar rock en uno de los dos bares locales, donde el DJ y los chavales unían fuerzas para acabar generando una gran intimidad física a partir de la unión entre música y movimiento. Aquellas eran drogas «buenas», pues no te hacían daño, nadie se volvía adicto a ellas, no eran muy caras y al día siguiente aún estabas operativo (aunque quizá no con la mayor lucidez).

Pero la heroína era otra cosa. Al principio me resultaba inconcebible cómo aquella droga, la más peligrosa de todas, había aparecido siquiera en el mundo de Natalie. Según lo recordaba ella, el camino fue allanado por una afición cada vez mayor a ciertos medicamentos recetados, como el OxyContin que le descubrió Steve. OxyContin, Percocet, Dilaudid…, todos son opiáceos farmacéuticos diseñados para aliviar el dolor. Sin embargo, para Natalie y Fred eran el subidón más placentero imaginable. No se trata de drogas que te lancen a un colorido país de las hadas, como lo hacen los hongos y el ácido. Más bien te arropan en un manto de paz interior, de relajación absoluta. Pero tampoco es el tipo de sedación que obtendrías mediante un tranquilizante, sino algo más sutil y aún más potente. Una sensación de bienestar que no surge de haberlo suprimido todo, que no te hace sentir somnoliento y atontado. Los opiáceos te relajan a base de anular la sensación de amenaza y sustituirla con un fantasioso paisaje por el que tu mente puede deambular libremente.

Natalie no había pensado mucho en ello, pero durante años un sutil rumor de amenaza potencial había formado parte de su mundo. Le costaba definirlo, según me comentó, pero le daba la sensación de haber corrido el riesgo de fracasar de una manera u otra (quizá en los estudios o, más probablemente, a nivel social). Aquello era lo que más la preocupaba, incluso desde antes de la escuela secundaria, cuando con relativa frecuencia se convirtió en víctima de burlas por ser «regordeta», como ella decía. No era una situación horrible, pero tampoco fácil de sobrellevar. Se le introdujo bajo la piel aquella amenaza continua, la corrosiva ansiedad ante la idea de

que la rechazaran compañeros de clase que parecían amigos, pero que a la semana siguiente podrían convertirse en abusones. E incluso después, ya como estudiante de segundo año con trabajo, novio y notas académicas bastante decentes, podía visualizarse perdiendo lo que había logrado ganar. Aún corría aquel riesgo. Sobre la superficie de las cosas siempre flotaba una brumosa capa de ansiedad. Hasta que los opiáceos lograron que se disipara.

Así pues, cuando Steve recibió un nuevo lote de Oxy-Contin (lo que parecía ocurrir cada vez con más frecuencia), Natalie sintió un chispazo de anticipación, como si fuera a pasar el fin de semana en su casa…, pero no en la verdadera, sino en una de ensueño repleta de contornos suaves y seres benévolos. Fue entonces cuando sus sinapsis cerebrales originaron una nueva dinámica de crecimiento, que a su vez forjó un nuevo grupo de conexiones. Y cuando dichas sinapsis se activaron, sintió como si se le aproximara un destello, una flecha de esperanza. A Fred también le gustaba el OxyContin, aunque Natalie no tenía muy claro por qué. Ambos compraban la cantidad suficiente para unos pocos días (días de ese subidón resplandeciente y sosegado) y lo disfrutaban juntos al acabar las clases o después del trabajo. Pero los opiáceos afectan al cuerpo no solo por encima del cuello, sino también por debajo, ya que asientan el estómago y ralentizan la respiración y el pulso. De modo que, tras varias semanas de consumo, prescindir de los opiáceos comenzó a resultarles incómodo. Empezaron a notar carencias no solo en su estado de ánimo, sino también en los habituales ritmos de su organismo. Podemos llamar a eso adicción física, más allá de la incipiente adicción psicológica que también sufría Natalie (aunque, por supuesto, todo es físico, dado que el cerebro también forma parte del cuerpo). Un segundo problema era la tolerancia, otro indicio de la llamada «adicción física». Para cuando llegó la primavera, no lograban drogarse si no se tomaban tres o cuatro pastillas de veinte miligramos. Así que tal aumento de la dosis encareció su hábito, incluso a pesar de que trituraban las pastillas para esnifarlas. Nadie ganaba suficiente dinero para seguir comprando OxyContin y pagar el alquiler puntualmente.

La heroína era mucho más barata, así que una tarde de marzo Steve arrojó sobre la mesa con cierta chulería un par de bolsas por valor de veinte dólares. Fred y Natalie, siguiendo el ejemplo de Steve, se la fumaron en una pipa de hachís remodelada a toda prisa. Esnifarla también daba muy buen resultado, así que este pasó a ser su modus operandi predilecto en las siguientes semanas. A decir verdad, el colocón era un poquito más intenso que con el OxyContin…, pero no había problema, eso que se llevaban. Un río de paz casi inconcebible inundaba a Natalie breves instantes después de que la heroína hubiese alcanzado sus pulmones o su tejido mucoso. Y, dado el resultado, la expectación aumentaba más que con el OxyContin. Las sinapsis siguieron brotando; las neuronas siguieron conectándose. Era un viaje de lo más divertido, y el hecho de que nadie estuviera al volante incrementaba aún más la emoción.

Aun así, Natalie no permitió que la heroína dominase su vida. «Tenía muchas otras cosas en las que pensar», según me comentó, incluidas sus notas, su trabajo y lo equilibrada que debía mostrarse ante sus padres los fines de semana y festivos (equilibrio que se le volvía más difícil ahora que los berrinches de su padrastro estallaban con tanta frecuencia). La heroína le proporcionaba una evasión muy deseada, una recompensa al final de un día complicado, una mesa de pícnic mental a la que ella, Fred, Steve y otros amigos podían volver una y otra vez. Pero Natalie no sentía verdadera necesidad. Aún no.

Entonces, decidió chutársela. Se sintió intrigada de inmediato al ver cómo la novia de Steve consumía heroína de aquel modo tan espeluznante. Así pues, se llevó a la mujer a un lado para pedirle que le enseñara cómo hacerlo. Y Natalie, haciendo gala de su minuciosidad y diligencia habituales, memorizó cada detalle del intrincado ritual. Debía verter la cantidad adecuada de polvo marrón en la cuchara, agregarle agua, sostener la cuchara firmemente sobre el hornillo frontal de la cocina hasta que burbujeara durante unos segundos. La bolita de algodón necesaria para filtrar la solución. El torniquete. El abultamiento de la vena en el interior del brazo. Todo

debía emprenderse con calma y limpieza, sin derramar ni estropear nada. Entonces la aguja le perforaría la vena y ella sentiría, en un segundo, que se abría un pasaje para que aquel exótico pretendiente, aquel embajador de Afganistán o de donde fuera penetrara en su cuerpo, en su corazón, en su cerebro.

Ya no habría nada de lo que preocuparse desde el mismo momento en que la aguja perforase la vena, e incluso antes de que la droga transformase la química de su sistema nervioso. De hecho, se sumergía en aquel baño de paz desde el mismo instante en que comprendía que el resultado estaba garantizado, ya no era algo que quizá ocurriera o quizá no. Aquello era lo que Natalie había estado buscando, tal vez durante largo tiempo.

***

Sea como sea, lo que cambió la vida de Natalie no fueron las drogas en general, ni los opiáceos, ni siquiera la heroína, sino el hábito de chutarse. Primero le sobrevenía una sensación abrumadora, como una ola rompiendo, como media hora de réplica química. Aquello molaba. Y también molaba el modo en que las partes se unían para formar un todo; todos aquellos detalles convergiendo en algo único. «Me encantaba aquel ritual. A veces ayudaba a otras personas a chutarse porque se me daba mejor y disfrutaba haciéndolo por ellos», me comentó. Al parecer, Natalie se estaba sumergiendo en cierta liturgia oscura. La piel y el acero, el tinte azulado de la vena. La cuchara y la llama, aquel momento de burbujeante alquimia que marcaba el acceso a otra dimensión. Y, cuando la aguja penetraba en su cuerpo, la sensación de la droga en sí. El hecho de saborearla desde su interior. El chasquido de los grilletes aflojándose en todo su sistema nervioso, retrocediendo para suavizar cada recuerdo de bordes irregulares; pero también avanzando, como garantía de las horas venideras, como un guardián que la defendiera de

pensamientos e imágenes hostiles, como si la conciencia se inundara por completo de paz.

Aquella armonía de sensaciones se hospedó en la mente de Natalie cuando las redes sinápticas convergieron en su cerebro. Entonces, una urgencia agudizada comenzó a gobernar desde aquella sede central. Ni siquiera había transcurrido un mes desde que comenzó a inyectarse heroína hasta que sus días se inclinaron en una dirección singular, en la que cada tarde una superficie rizada se envolvía en forma de embudo, un tubo inclinado hacia abajo que debía vaciarse en el embalse del momento. Aquel momento, el de chutarse. Un momento inevitable, desde la primera rotación tambaleante del ojo de su mente hasta un punto en el tiempo que aún quedaba a horas de distancia.

Podía estar en el restaurante, trabajando durante su turno, disfrutando del sol estival que penetraba por las ventanas de vidrio, cuando de repente sentía una sacudida. El pensamiento, la imagen. Tal vez los había desencadenado el humo del cigarrillo de alguien que esperaba fuera, en la entrada. O el peculiar aplanamiento de una cuchara junto al plato sucio de una mesa próxima, que le recordaba a la cuchara deforme del yonqui, doblada de tal modo que la cabeza cóncava permanecía horizontal cuando la cuchara reposaba. O la vibración de su móvil, que anunciaba una llamada de Fred, quien quizá ya se había puesto en contacto con Steve, quien tal vez había pillado suficiente para los tres. Para aquella noche. O el gorgoteo de su estómago, que tenía un poco revuelto en los últimos días. O la mera visión de su propio brazo. Ni con las mangas arremangadas podría sospecharlo nadie (aunque todos parecían saber que Natalie vivía como en otro planeta). Pero, cuando se arremangaba para lavarse, a menudo vislumbraba la oscura aureola de un moretón justo en el centro del interior del codo.

Daba igual el detonante, pues cada nuevo «viaje» se convertía invariablemente en la repetición de sus «viajes» anteriores, en la sensación de verse catapultada del deseo a la acción. Primero,

notaba la repentina tensión en el estómago y el pecho, la brusca sensación de algo inminente, un desafío, amenaza u oportunidad de oro, dependiendo de cómo jugara su mano. Durante uno o dos segundos, el sentimiento carecía de color o contenido, y acababa transformado en un deseo intenso. Según recuerda Natalie, se veía incapaz de pensar en otra cosa a partir de aquel momento. Invadía sus ensoñaciones, cada pensamiento, mientras desempeñaba su trabajo. Revisaba su móvil cada cinco minutos. Estaba segura de que Steve seguía en casa, pues aún no pasaba de la una. Le enviaría un mensaje de texto tan pronto como llegara a la cocina del restaurante. Pero ¿y si Steve ya había pillado heroína? Quizá en aquellos momentos estaba regresando. En palabras de Natalie: «Si se encontraba en un atasco con el coche, yo acababa de los nervios… Me quedaba mirando el teléfono, literalmente, deseando que sonara». Por otro lado, cuando regresara, ¿habría pillado suficiente para todos? ¿Y si solo le quedaba para sí mismo? Entonces Natalie tendría que suplicarle.

Aquel tipo de diálogo interior salió a relucir en mis entrevistas con Natalie. Como resultado de mis indagaciones, ella acababa recordando cuáles habían sido sus pensamientos y acciones por aquel entonces. Ensayaba la siguiente llamada telefónica: «Vamos, Steve. Iré contigo si quieres. No me importa, salgo del trabajo a las cinco». Y también se anticipaba a la desolación del fracaso: «A Steve le agrada mi compañía. Pero ¿y si se va fuera el fin de semana? Mierda, deberíamos haber sido lo bastante precavidos. Sé que reservamos una bolsa, pero eso no es suficiente para los dos. Bueno, en tal caso, a la mierda Fred. Además, siempre me toca a mí encargarme de esto. Ahora bien, ¿y si Fred ya ha llamado a Steve? ¿Y si se ha olvidado de que el viernes por la noche me voy a casa de mi madre? Necesito pillar suficiente para el fin de semana; de lo contrario, será insufrible pasar esos días con mamá y El Gilipollas».

No había modo de apartar la mirada del momento futuro en que la droga caería en sus manos, un momento grabado a fuego en las horas venideras de aquel día. Pero, hasta que llegara, el hueco en su

estómago, la anticipación mezclada con el deseo y con una terrible ansiedad, no disminuiría. Ni se ablandaría. No hasta que ella lo supiera con absoluta certeza. E incluso entonces, siempre podría torcerse algo.

En mayo, la adicción física de Natalie aún no era tan intensa como para que se viera incapaz de pasar un día entero sin consumir heroína. Pero estaba en camino. Así me describió sus preocupaciones: «Sabía que podía sentirme un poquito incómoda a la mañana siguiente y que, sin duda alguna, empeoraría por la noche. Pero ¿dos días sin consumirla? Difícil de predecir». Durante semanas, no había pasado dos días sin consumir. «Probablemente, me quedaría hecha polvo». Y, sin embargo, no pensaba en su adicción como algo físico. En sus propias palabras: «La adicción física nunca fue mi preocupación más acuciante. Lo era mucho más el factor psicológico. Me estaba obsesionando con aquello. Si no recibíamos la heroína un día concreto, entonces, o bien madrugábamos al día siguiente, o bien nos quedábamos despiertos hasta las tantas aquella misma noche, a la espera de que sonase el teléfono». Fantaseaba con este peculiar melodrama: «Soy una drogadicta, eso es lo que soy. Mi vida es una película, y yo soy la chica asqueada de la vida que toca canciones tristes, encorvada y trágica, en la estación de autobuses. No la pequeña y tranquila Natalie que lee muchos libros y sale poco de casa». Estaba viviendo al límite, sin duda, lo cual no solo dio forma, ímpetu, color y significado a su vida, sino que también aportó aquella ansiedad escarpada, aquel deseo intenso e insaciable, aquella desesperación silenciosa que se hacía más fuerte cada hora que transcurría a la espera de que Steve volviese a ella. «¿Y si su teléfono se ha quedado sin batería? ¿Y si se lo ha olvidado en casa?».

***

Hay partes del cerebro envueltas en el interior de las capas corticales que compartimos con los animales e, incluso más allá, con los peces a partir de los que hemos evolucionado. Estas estructuras incluyen una media luna grande y muy compleja de tejido que se enrosca en torno al centro del cerebro. Se la denomina «cuerpo estriado» (véase la figura 1) y es el personaje principal, por no decir el villano, en el tema de la adicción. El cuerpo estriado evolucionó para seleccionar acciones que condujeran a la consecución de objetivos. De hecho, las acciones que no llevan a metas carecen de mucho sentido, por lo que el cuerpo estriado evolucionó con el propósito explícito de conectar acciones y objetivos. Cuando el cuerpo estriado detecta con su radar una meta, envía un script (o conjunto de instrucciones) de acción a otras partes del cerebro (como la corteza motora) para que lo ejecuten, para que hagan que los músculos se muevan de tal forma que se obtenga lo que se esté buscando: pulsar las teclas del móvil, buscar la billetera o pronunciar las palabras necesarias para obtener la respuesta correcta.

Pero el único modo de lograr que un animal actúe es motivarlo (a menos que esa acción se haya programado directamente, como el encogimiento de un gusano cuando lo tocas o el rebote de tu pierna cuando recibes un golpecito en la rodilla). Emoción y motivación: estos experimentos evolutivos comenzaron más o menos por la época en que los mamíferos se pusieron en pie por primera vez. Para que pudieran aprender de sus experiencias (a diferencia de sus antepasados de sangre fría), necesitaban un sistema operativo más flexible que los «patrones de acción fijos» responsables del encogimiento del gusano y de que la lengua de la rana salga disparada. Así pues, la parte del cerebro preservada en lo profundo de la corteza (el cerebro de acción, el cuerpo estriado) también se convirtió en el centro motivacional del cerebro. Y se ocupó de la única emoción que nos lleva a perseguir nuestros objetivos, a menudo sin descanso: el deseo.

En su función como cuartel general desde el que se controla la acción del cerebro, el cuerpo estriado tiene la capacidad de producir

sentimientos de atracción y participación, que tan cruciales resultan para la acción dirigida al avance. Por otro lado, también calcula la probabilidad de alcanzar dicho objetivo; y, una vez se alcanza, indica lo gratificante (o decepcionante) que este ha resultado, en comparación con las expectativas. Así pues, se encarga de generar la motivación para perseguir algo, determinar cuánto hay que esforzarse para alcanzar dicho objetivo y sentirse bien (o no tan bien) tras haberlo alcanzado.

El cuerpo estriado aprende de la experiencia, ajusta su cableado de acuerdo con aquello que provocó buenas sensaciones en el pasado y lo difícil que resultó obtenerlas. Por lo tanto, traduce placeres pasados en deseos presentes. Cuando Natalie experimentó aquella intensa oleada de deseo hacia un chute de heroína, imaginando lo bien que la haría sentir, determinando lo que debía hacer para conseguirlo, su cuerpo estriado no paraba de zumbar. Las redes sinápticas de su cuerpo estriado incluidas en el patrón de «heroína» (destellando por todo su cerebro) revivían mediante transmisiones neuronales, pues la activación siempre se ve favorecida en esa zona crítica que grita «urgente». Al mismo tiempo, sus otros objetivos, como hacer lo que su jefe le ordenaba en el restaurante, llevarse mejor con Grace o llamar a su madre, se desvanecieron y se volvieron insustanciales. Las redes que promovían la persecución de dichos objetivos se atenuaron hasta apagarse. Al igual que sucede con otras redes cerebrales, «lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado», y lo que no se activa mutuamente (con el resto del equipo) acaba quedando al margen. Literalmente, esas sinapsis pierden eficiencia y, con el tiempo, pueden desaparecer por completo.

El «núcleo accumbens» (o simplemente accumbens, para abreviar) es una de las regiones más ventrales (inferiores) del cuerpo estriado, como se muestra en la figura 1. Se encuentra enterrado en lo más profundo del cerebro anterior, subyacente a la corteza y al sistema límbico, y envía información a muchas otras partes del cerebro. En una resonancia magnética, aparece como un par de puntos, uno en

el lado izquierdo del cerebro y otro en el lado derecho (aunque se lo conoce en singular: el accumbens). Pero esos puntos desempeñan muchas labores. El accumbens es una especie de fosa de tejido antiguo y zumba como un motor enterrado bajo las partes móviles que controla, es decir, las otras regiones cerebrales. Es la parte del cerebro que más sale a colación cuando hablamos de adicciones, pues viene a ser el «punto caliente» del cuerpo estriado, el extremo más conectado a otras regiones que dan lugar a emociones, expectativas y acciones. Para lograr que alcances tu objetivo, el accumbens organiza la actividad neuronal no solo en la corteza frontal (donde se produce el significado y se generan las expectativas), ni solo en la parte posterior de la corteza (donde las imágenes y los recuerdos cobran vida), sino también en la amígdala (que desencadena respuestas emocionales), en los centros del tronco encefálico que aportan la pulpa del sentimiento emocional y en las cortezas premotora y motora (donde se coreografían y ejecutan las acciones). Casi todas estas conexiones van en ambas direcciones. Y el accumbens recibe información de dichas regiones. Así es como las imágenes (agujas, polvo y la vena del brazo) podrían influir en las intenciones y objetivos de Natalie, en las súplicas que le escribe a Steve. Pero también envía información a estas regiones, incluida la amígdala, que agrega todo tipo de emociones a la mezcla, y las partes inferiores del cerebro que podrían activar las glándulas sudoríparas y hacer que sienta un hormigueo en el estómago. El accumbens tiene un inmenso poder a la hora de controlar la atención, la percepción, el sentimiento y la acción, y utiliza dicho poder para anular la enorme cantidad de objetivos alternativos, de modo que ya solo queda uno, que ahora brilla con urgencia, palpita cargado de relevancia. «Allá vamos. Eso vamos a hacer».

A menudo se considera que el accumbens es la región cerebral donde se enciende el deseo. Y casi todos los expertos coinciden en que el deseo intenso es la mano negra que opera tras la adicción. No obstante, el accumbens necesita combustible para aumentar las tasas de activación de sus neuronas. Y dicho combustible es la dopamina, un neuroquímico que se bombea desde el centro del

cerebro, es decir, desde el mesencéfalo, ubicado un piso más abajo y un poco más atrás (de nuevo, véase la figura 1). El deseo se intensifica cuando el mesencéfalo envía dopamina al accumbens. Cuanta más dopamina, más accumbens se activa y más intenso es el deseo que experimentamos. «Lo quiero de verdad, ¡y lo quiero ya! Sé que me hará sentir bien, o al menos mucho mejor de lo que me siento sin él. Es lo único que me importa». Los investigadores solían referirse a esta maquinaria como el «circuito del placer», pero resulta que nuestra intensa búsqueda de objetivos, como el sexo, la heroína y el pastel de queso con chocolate, tiene mucho más que ver con el deseo que con el placer. No es lo mismo querer algo que gustarte algo, y casi todo el accumbens se dedica a querer, a desear. El placer es una tarta hojaldrada, un postre, flor de un día. El deseo, en cambio, es lo que nos pone en movimiento, y dicho movimiento puede consistir en llamar a quien nos vende droga, conducir hasta la licorería o robar veinte euros del bolso de nuestra madre. La dopamina, al menos donde se absorbe en el cuerpo estriado, es el combustible del deseo, no de la diversión.

Kent Berridge y Terry Robinson, un par de investigadores de la Universidad de Michigan, aportaron dos importantes mejoras a la neurociencia de la adicción. La primera consistió en un mapa de la geografía cerebral de «querer versus gustar». Lo que descubrieron fue que casi todo el cuerpo estriado se ocupa de que quieras algo, mientras que solo una pequeña zona produce la sensación de que te guste algo. Por lo visto, la evolución dedicó mucho más espacio al deseo que al estado final (de placer o de alivio) que este proporciona a veces. Su segunda contribución fue una fórmula para la agudización del deseo dirigido a objetivos específicos a raíz del aumento de la adicción, una fórmula que describe el modo en que las drogas (y otras cosas atractivas como el sexo o la comida) acaban desencadenando conductas impulsivas. Aunque estos investigadores realizaron su trabajo principalmente con ratas y ratones, hay que destacar que nuestros cerebros no son muy diferentes en lo relativo al accumbens. Cuanto más expuestos estaban sus roedores a señales que predecían la obtención de

drogas adictivas, o incluso de azúcar, más se apoderaban del accumbens dichas señales. Cada vez se volvía más probable que la señal, el estímulo (ya fuera una luz verde o una franja horizontal), lograse que el animal dirigiera su atención y su comportamiento hacia la recompensa. Berridge y Robinson llamaron a este proceso «sensibilización de incentivos». Y el mecanismo responsable era una simple oleada de dopamina que ascendía desde el mesencéfalo hasta el accumbens. En algún lugar entre la corteza visual (donde la señal se registraba como información entrante) y el accumbens (que se encarga de la información saliente), la experiencia alteró el cableado y la señal se convirtió en la mano que accionaba la bomba de dopamina. De hecho, incluso las señales secundarias que se asociaban a las señales relativas a las drogas adquirieron aquella inquietante potencia. Así pues, podría haber una señal que predijera otra señal que predijera el acto de drogarse, y entonces la primera señal de la fila (por ejemplo, el zumbido del móvil de Natalie) haría que la pelota empezase a rodar, que la dopamina empezase a fluir.

Aquella era la situación de Natalie un mes después de su desafortunado experimento de inyectarse heroína. No podía evitar la avalancha de excitación, deseo y ansiedad desencadenada por aquel primer atisbo de drogas en el horizonte. Y aquello no significaba que, inevitablemente, acabaría yendo a por más heroína. Sus acciones no estaban sujetas a los cambios que tenían lugar en su cerebro, ni se encontraban definidas por ellos. Sin embargo, sus sentimientos y pensamientos estaban cambiando al mismo tiempo. Cada vez con más frecuencia, se producía una implacable avalancha de deseo intenso y su atención se veía mermada (dos corrientes que convergían en una sola), mientras el vínculo entre señal y resultado iluminaba las redes sinápticas de su cuerpo estriado como si fuese una hilera de bombillas navideñas. Y, por supuesto, cuanto más se encendían aquellas bombillas, más costaba encontrar el interruptor de apagado. Cada vez que Natalie introducía un nuevo estímulo en las dinámicas relativas a la «heroína», como por ejemplo un tono de llamada específico para el teléfono de casa de los padres de Steve, dicho estímulo se acomodaba y adquiría poder sobre la bomba de

dopamina. Ahora había más caminos que conducían a Roma. Ahora había más sinapsis de «heroína» vinculadas entre sí, por lo que las tasas de activación aumentarían más rápido, con mayor facilidad, de manera más predecible, desde muchos más puntos de partida.

Así fue como Natalie desarrolló un hábito muy preocupante. No es que se viera obligada a actuar en un momento dado, sino que cada vez le costaba más resistirse a la tentación.

***

Hacia finales de mayo, el tejido de la vida de clase media de Natalie y Fred se estaba deshilachando. Simplemente, estaban dejándose llevar, sin pensar en lo que hacían, hipnotizados por sistemas cerebrales mucho más antiguos que los bancos de datos intelectuales a los que se dirigían sus profesores. Natalie recuerda el punto de inflexión: la expresión severa de Grace al examinar los restos de la desenfrenada noche anterior (jeringas usadas, ceniceros desbordados). Recuerda haber pensado: «Mal asunto, volvimos a acostarnos tarde. Y olvidamos dejarlo todo recogido antes de irnos a dormir. Aunque, de hecho, ni siquiera recuerdo haberme acostado».

Así pues, Natalie no se sorprendió cuando su compañera de piso le propuso un cambio de aires. De todos modos, el contrato de arrendamiento había vencido. Grace decidió mudarse a una casa compartida, y Natalie…, bueno, las opciones eran infinitas, pero por ahora se quedaría en casa de Fred, donde a fin de cuentas ya pasaba casi todas las noches. En cuanto hubieran ahorrado lo suficiente para el alquiler de dos meses, se buscarían un lugar más grande. Para cuando empezara el trimestre de otoño, sin duda alguna. Todo saldría bien. Ya estaba saliendo bien, se autoconvenció.

No fue hasta que recibió sus notas finales que tomó conciencia de su problemática situación. Y entonces les dijo a Fred y a Steve que aquello no podía seguir así. Recuerda el momento como si hubiera ocurrido ayer mismo:

Recuerdo haberme quedado contemplando mi apartamento, que apestaba a cigarrillos rancios, y sentirme profundamente asqueada. Había basura por todas partes, agujas sucias, libros de texto tirados por ahí. No había ni una sola cuchara sin doblar, ni una bolsita de heroína por consumir. Pero lo que hizo de aquella experiencia algo aún más visceral fueron mis compañeros… [quienes] también eran irremediablemente adictos a la heroína. Una cosa es que no dejes de darle vueltas en la cabeza a la hipótesis de que tienes un problema, pero otra muy distinta es que tengas a otras dos personas validando esa hipótesis. Empezamos a hablar de ello y todos acabamos llorando durante lo que parecieron horas. Me moría de ganas de que aquello terminara y, a la mañana siguiente, todos teníamos los ojos enrojecidos, estábamos aturdidos y no nos habíamos drogado.

Aquello tenía que cambiar a toda costa.

Pero no cambió por sí mismo. Las circunstancias echaron una mano.

Una noche, un amigo irrumpió en el apartamento de Natalie y Fred por la puerta abierta, gritando que acababa de chocar con un coche. El chico había acudido directamente allí. Saltaba a la vista que había estado bebiendo y que no estaba en condiciones para hablar con la policía. El caso es que había conducido el coche de Fred, que lo tenía registrado con aquella dirección. Como era de esperar, apenas unos minutos después alguien llamó de forma autoritaria a la puerta. Natalie estaba sentada en el sofá, introduciendo marihuana en un bong (una transgresión relativamente leve, para ser ella), y al

levantar la vista descubrió unos sablazos de luz que atravesaban la ventana delantera. Alguien se había olvidado de cerrar las cortinas.

—Sabemos que tenéis drogas ahí dentro —dijo una voz fría como el acero—. Abrid de inmediato. Estamos autorizados a entrar, tanto si abrís como si no.

Lo que encontraron fue ridículamente escaso: un par de cucharas quemadas por la parte inferior de la cabeza, que clasificaron como instrumental para consumo de estupefacientes, y una sola tableta de narcóticos con receta. Pero fue suficiente para acusarlos de posesión de drogas. Así que, una semana después, Natalie estaba al otro lado de un escritorio observando la frente de un ayudante del fiscal de distrito. Aceptó cumplir un régimen de tratamiento, pues le dijeron que no estaba en posición de rechazar aquel acuerdo de culpabilidad. De modo que se declaró culpable de todos los cargos y accedió a completar un año de tratamiento ambulatorio, tras lo cual pasaría a ser de nuevo una ciudadana sin antecedentes penales.

Lo que no había sospechado era hasta qué punto le resultaría insufrible aquel programa de tratamiento. Tanto que ni siquiera podía seguir centrada en sus objetivos. Había soportado estoicamente su abstinencia (de hecho, no le pareció tan terrible como la había imaginado) y logró pasar varios meses sin consumir. Pero no todo el monte iba a ser orégano. Debía asistir a terapia de grupo tres veces por semana y presentarse en una reunión local de los Doce Pasos otras tres veces por semana. Aquello era demasiado para ella: tener que sentarse en círculo y hablar de no beber alcohol o de no tomar drogas. Los demás asistentes estaban hechos de otra pasta: borrachos disecados que bebían constantemente el peor café imaginable y trataban desesperadamente de aferrarse a otro mes de sobriedad. ¿Qué tenía ella en común con aquella gente? No había el menor componente de terapia individual, nadie con quien ella sintiera que de verdad podía hablar. Hasta que una tarde, después de una de aquellas reuniones, cuando los impulsos empezaban a aflorar a la superficie de su determinación, cuando tenía claro que

estaba a punto de ir cuesta abajo, Natalie se llevó a un lado a la responsable del grupo y casi le suplicó: «Quiero querer cambiar, con todas mis fuerzas». Pero no quiero convertirme en esto, completó la frase mentalmente.

Así pues, empezó a consumir de nuevo. Se las ingenió para falsificar las pruebas regulares de orina, llevando en el bolsillo un frasco con orina de un amigo. Para cuando llegó el verano, se chutaba a diario. La primera vez que la sorprendieron haciéndolo, recibió una advertencia. La segunda vez, la enviaron a un programa de rehabilitación de treinta días. Lo llamaban «centro de tratamiento», pero, según Natalie, no era más que un motel con un lavado de cara, a cargo de unos pocos exadictos que creían saber cómo curar a otras personas por el mero hecho de que ellos mismos habían dejado de consumir. Su primera compañera de cuarto fue una prostituta de cuarenta y cinco años que consumía crack, heroína y lo que cayera en sus manos. Natalie la recuerda como «una buena persona. Quiero decir que me gustaba, aunque saltaba a la vista que sufría algún trastorno de la personalidad». Y luego estaba el tipo de la cicatriz. Todos lo llamaban «El Cicatriz». Le cruzaba de oreja a oreja y, según contaban, se debía a que había intentado suicidarse con un cuchillo. A Natalie le dio pena aquel chico de cabello largo, camisa de franela y aspecto definitivamente solitario. Era su vigésimo quinta rehabilitación, según admitió tímidamente el muchacho. Natalie pensó que era la persona más incompetente que había conocido. Ni siquiera sabía suicidarse.

Llamó a Fred varias veces por semana, pero él estaba a punto de dejarla. Era evidente. Cuando Natalie le pidió que le trajera algo para quitarle el mono (¡solo una bolsita!), este le colgó el teléfono. Fred iba a regresar a casa de sus padres, como había prometido. Ya no quería saber nada de drogas. Y entonces el futuro de Natalie se oscureció un poco más.

Tras completar la rehabilitación regresó al apartamento, ahora vacío, y comenzó a trabajar a jornada completa en el restaurante. Siguió

con el programa ambulatorio, como se le había ordenado, pero también empezó a chutarse con regularidad otra vez, pues había descubierto una nueva forma de falsear las pruebas de orina. La cuestión es que el nuevo crecimiento de aquella cosa, aquella extremidad atrofiada, se había producido sin problemas, sin mayores preámbulos, sin previo aviso. En sus propias palabras: «No había ninguna grieta por la que introducir los dedos para arrancar aquella capa de mala conducta». Los circuitos de «heroína» que se extendían desde su cuerpo estriado hacia otras partes del cerebro eran como cables de fibra óptica que hubieran reiniciado su actividad tras una caída de tensión. Y gran parte de su energía se originaba en la ansiedad que le producía el hecho de encontrarse bien. A aquellas alturas, la heroína era tanto la causa de dicha ansiedad como su único alivio. Una sensación de fatalidad se apoderó de ella, un patrón mental y neural que había ido aumentando a trompicones, pero que ahora la asfixiaba a todas horas. Natalie reprimía el dolor y el miedo mientras estaba en el restaurante, pero después, cuando llegaba a casa, se metía un chute, y entonces aquellos sentimientos se replegaban como un ejército en retirada, para reunirse y atrincherarse en algún lugar fuera de su alcance. De momento.

Seis meses después de haber comenzado el programa ambulatorio, metió la pata por tercera vez: tras haberse quedado dormida, se perdió una sesión de grupo que tenía programada. Cuando por fin subió las escaleras que conducían a la sala de reuniones, se topó con su agente de la condicional.

Parecía que, por lo menos, aquella mujer de cincuenta y tantos se preocupaba un poco.

—Pensé que lo ibas a lograr —dijo la agente—. Ven conmigo.

Natalie la siguió a su oficina.

—Como ya sabes, lo más probable es que te echen — agregó la agente—. Siéntate. Vamos a registrar tu coche y luego decidiremos

qué hacer contigo.

Allí mismo, en la guantera, encontraron una bolsita de plástico con restos de heroína. Natalie nunca había sido lo que se dice una mente criminal. Estaba acabada.

Cerraron el caso tan rápido como lo habían abierto. Le asignaron un abogado de oficio, y lo mejor que este le pudo negociar fue una condena de nueve meses. Pero aquello no fue lo peor. De hecho, en el fondo le supuso un alivio saber que por fin había terminado todo. Lo peor era que sus padres se iban a enterar. De todo. Su familia al completo se enteraría: sus tíos, todos aquellos católicos incorruptibles que ni siquiera decían tacos ni bebían alcohol, ni siquiera vino en la cena. Todos ellos descubrirían que Natalie iba a ingresar en prisión. Y, por razones que se le escapaban, había una única prisión disponible: una de máxima seguridad.

Allí la llevaron, directamente desde el juzgado, sin que pudiera ocuparse siquiera de los cabos sueltos. Varios días después, su padre y su hermana fueron al apartamento a recoger sus cosas. Y aquello fue todo. Dos niveles de celdas, dos camas por celda y un punto central de vigilancia. En aquello consistía su nuevo hogar.

Casi todas las internas estaban allí por posesión de drogas, lo que hizo que todo le resultase un poco menos aterrador. Pero, ya fuese porque la prisión tenía poco personal, porque apenas disponía de fondos o quizá por un trato simple y llanamente inhumano, las autoridades tan solo permitían que Natalie y las demás reclusas salieran de sus celdas dos horas al día. El resto del tiempo no tenían adonde ir. Las horas pasaban tan despacio que Natalie temió perder la cabeza, ponerse a gritar, volverse loca. Lo más destacado de su jornada era cuando tachaba el día en el calendario. Solo faltan ciento veintidós. Uno menos que ayer. La primera compañera de celda de Natalie tenía una psicosis activa, hablaba sola, le gritaba al vacío. Pero al menos no parecía peligrosa. Después de que la liberaran o reasignaran (Natalie nunca supo cuál de las dos

opciones), llegó su segunda compañera de celda: una joven muy guapa a quien habían arrestado por conducir su coche bajo el efecto de las drogas. Mejor aquella compañera que la anterior. «Pero tenía tan pocas luces que se pensaba que el Líbano era un lugar de los Estados Unidos», recuerda Natalie.

Comenzó a meditar para mantenerse cuerda, para empezar a imaginar un futuro que pudiese vislumbrar sin amargura. Encargó más de una docena de libros sobre meditación y atención plena y los leyó de cabo a rabo. Le sirvieron de ayuda. Descubrió que podía limitarse a estar presente en el caos de su mente, a aceptar las voces hostiles que se elevaban en su interior, los sentimientos dolorosos que en realidad nunca se había permitido experimentar. No podía negar que, en el fondo, había sido infeliz durante muchos años. Y, cuando abrió los ojos y volvió a sus circunstancias actuales, se preguntó una y otra vez: «¿Cómo he llegado a esta situación? ¿Qué se torció?¿Por qué me he estado haciendo esto a mí misma?».

***

No se sentía víctima de un trauma, ni superviviente de una de esas terribles historias que se suelen escuchar, con repugnantes episodios de abusos físicos o sexuales, a menudo perpetrados por un padre o madre, o por un padrastro o madrastra. El hogar donde se había criado no había sido horrible, ni siquiera anormal. Sus padres se separaron cuando ella tenía nueve años, pero muchas personas provienen de hogares rotos y no han acabado siendo adictas a la heroína. Su padre, con quien más a gusto se sentía, no estuvo muy presente después de aquello. Quizá porque el nuevo esposo de su madre (no tardó mucho en encontrar uno) era un capullo integral. Un hombre adulto a quien le entraban berrinches ante la menor provocación. Si no doblabas bien la ropa o llegabas cinco minutos tarde a la cena, el enfado de este comenzaba a bullir. Y a menudo

acababa estallando. Pero los brotes de ira y el hostigamiento nunca fueron lo bastante graves como para que su madre cambiara la situación, pues le gustaba tener a un hombre cerca. Así pues, durante su adolescencia a Natalie no le quedó más remedio que vivir con su madre y el nuevo esposo de esta. Aun así, aquel hombre (a quien incluso el apelativo de «padrastro» le venía grande) no era ni la sombra de lo que podría considerarse un padre.

Natalie no había sido feliz. De hecho, al echar la vista atrás, se dio cuenta de que había pasado casi toda su adolescencia hundida en la depresión. Sus interacciones con otros niños siempre habían sido inseguras: ¿qué sentimientos albergaban hacia ella?, ¿de verdad les caía bien? Por otro lado, estar en casa se convertía en otro tipo de purgatorio, así que prefería quedarse en su habitación. Había adquirido aquel hábito en su más tierna infancia, cuando leía libros enteros acostada en su cama, negándose a presenciar el deterioro del matrimonio de sus padres. Y luego, siendo adolescente, perpetuó aquel hábito con tal de no estar cerca de su padrastro. Durante su adolescencia practicó el arte de vaciarse por dentro, como si sintonizara su mente con el ruido blanco de una radio, como si se apagara. Permitió que su aspecto reflejara su abatimiento interior, por si de ese modo lograba atraer un poco de atención, un poco de ayuda. Y dormía mucho, tanto como podía.

Pero seguía sin creer que su infancia y su adolescencia hubieran sido tan terribles como para justificar su situación actual. Casi todas las demás reclusas podían contar historias espantosas sobre todas las cosas malas que les habían ocurrido. Pero Natalie no consideraba que el sufrimiento emocional fuese un sufrimiento real con importancia verdadera. Había aprendido a verse como la causante de sus propias desgracias. Así pues, sus ensoñaciones concluían siempre con la misma cantinela: «Nunca me maltrataron. No fue para tanto».

***

Pero quizá sí lo fue. A menudo la gente toma drogas para solucionar un problema que no sabe resolver de otro modo. Para aliviar un dolor que no desaparece, uno que tal vez otros no logran percibir y que quienes lo sufren ni siquiera saben definir. Natalie había encontrado cierta plenitud chutándose calor, bienestar, un consuelo que nadie podía negarle. Si seguía aquella secuencia de pasos tan concienzuda, casi médica, llegaba a un mundo de satisfacción que no dependía de nadie (y que nadie podría arrebatarle). Y aquello lograba sacarla de casa, de la casa que aún existía en sus fantasías. Lograba liberarla de las reglas absurdas que su padrastro le había inculcado. Nadie podía controlar a Natalie la drogadicta. O así lo esperaba, eso había imaginado. Sin embargo, de pronto descubrió que tanto su cuerpo como su mente se encontraban aprisionados, sin posibilidad de huida. Al menos, hasta que recuperase su vida.

Lo que Natalie había buscado en la heroína era la solución a un problema inabordable que se remontaba a su misma infancia, un problema del que ni siquiera había sido consciente. Y aunque aquella solución jamás duraba lo suficiente y perdía eficacia a medida que transcurrían los meses, al menos la aliviaba y la complacía durante un rato. El problema era que aquellas migajas de paz dejaban una enorme estela de añoranza. Y, por tanto, Natalie volvía a buscar heroína una y otra vez. Hasta que fue la droga la que la buscó a ella. Nadie había sabido darle sentido a la situación, y ella tampoco había descubierto por sí sola cómo dárselo. Natalie jamás había encontrado una historia que pudiera contarse a sí misma para hacer que las piezas encajaran. Hasta ahora. Hoy, al reflexionar, podía ver cómo lo hacían.

***

En cuanto salió de prisión, se fue a vivir con su madre. Por fin esta le había dado la patada a su horrible marido, de modo que parecía tener mucho más espacio para Natalie en su vida. Las ganas de consumir heroína se dispararon de forma imprevista durante los primeros meses. Además, Natalie había aprendido a meditar, lo cual le ayudó a soportarlas. Se abalanzaban sobre ella de repente y se quedaban un rato, de modo que se veía obligada a luchar contra ellas, a darles la espalda o, simplemente, a dejar que se marcharan por donde habían venido, sin seguirlas. Al final, disminuían en intensidad y acababan desapareciendo.

¿Cómo lo logró?

Podríamos llamarlo «autocontrol», sin más, reforzado por un desagradable grupo de asociaciones entre la heroína y las malas conductas en las que Natalie había incurrido. Pero no es tan sencillo. Tuvo que encontrar un yo antes de encontrar el modo de autocontrolarse. Necesitó tiempo para reflexionar, meditar, recordar y llorar su infancia rota. Todo aquel tiempo en el peor entorno posible se convirtió en el lado positivo de una nube oscurísima. Pero la amplia avenida de sinapsis entre el cuerpo estriado de Natalie y su corteza prefrontal era una calle de doble sentido. Y ahora gran parte del tráfico provenía de la otra dirección. Ahora su corteza prefrontal (CPF), la parte del cerebro que planifica, regula y controla los impulsos, comenzó a formar nuevos patrones, nuevos hábitos, basados en un sentido más coherente y consciente de quién era ella. Aquellos patrones se volvieron lo bastante sólidos como para sobrevivir, para resistir la desintegración, y así pudieron ayudarla a evitar la cresta del deseo de su cuerpo estriado. Por último, la propia abstinencia se convirtió en un patrón, un hábito por derecho propio. Natalie aprendió que existe un espacio entre el deseo intenso y la acción, y que dicho espacio podía ampliarse indefinidamente a través de su propia determinación, su propio compromiso de cuidar

de sí misma. Durante el año siguiente, el deseo disminuyó en intensidad y en frecuencia, hasta que por fin se esfumó.

Natalie no ha consumido heroína desde que salió de prisión. De hecho, se ha mantenido alejada de todo tipo de opiáceos, excepto una mala tarde en la que ingirió un poco de oxicodona. Y las consecuencias no le resultaron agradables. Así me lo contó: «En cuanto aquel sentimiento familiar empezó a deslizarse sobre mí, me inundaron el miedo y la repugnancia, porque dicho sentimiento está permanentemente ligado a todas las cosas de mierda que sucedieron como resultado de mi adicción. Lloré de forma incontrolable; aquella sensación no iba a desvanecerse lo bastante rápido». Y ya está. Natalie no necesitó ningún otro recordatorio.

Podríamos afirmar que Natalie decidió dejar de consumir drogas, pero estaríamos simplificándolo demasiado. Más allá de la decisión consciente y deliberada de cambiar su vida, la promesa que le ofrecía la heroína se había visto empañada por un exceso de soledad, de remordimiento, de ansiedad y de sufrimiento. Por lo tanto, ya no hizo falta que se retorciera durante horas, tratando de liberarse de las garras del deseo. Esta vez, la atracción y la repulsión venían unidas. Sin embargo, los motores estriatales del deseo no se extinguieron. Aquello la habría convertido en una muerta viviente, más que en un ser humano que lucha y que está en pleno crecimiento. En cambio, logró redirigir el deseo, y ahora este se encontraba ligado a otros objetivos: la autopreservación, el autocontrol, un respiro del desgaste que sentía. Como ya mencionamos en el capítulo 2, los nuevos hábitos deben conservar restos de los antiguos (residuos sinápticos que no desaparecerán). Pero los nuevos hábitos también transforman de maneras imprevisibles los viejos. Para Natalie, la heroína ya no significaba alivio. Ahora lo que significaba alivio era la abstinencia.

Si Natalie hubiera evitado la cadena de acciones que la llevaron a la cárcel, ¿habría dejado la droga igualmente? Y, de ser así, ¿le habría llevado mucho más tiempo? Las estadísticas no arrojan luz sobre

ningún caso concreto, pero casi todas las personas que se vuelven dependientes de la heroína acaban dejándola. Algunos investigadores sugieren que, en promedio, las personas adictas lo dejan unos quince años después de haber comenzado. Pero una minoría de consumidores jamás lo deja; y muchos mueren, como sabemos. No obstante, incluso entre aquellos que lo dejan, siempre surge una pregunta perturbadora: ¿cuánto daño se produjo en el camino?

***

Natalie retomó los estudios poco después de que le otorgaran la libertad. Una vez licenciada, se abrió camino en un programa de trabajo social, en parte gracias al aval obtenido tras su tortuoso recorrido por la decadencia urbana de Estados Unidos, un oscuro lugar en el que pocos estudiantes universitarios se adentraban. Ingresó a la escuela de posgrado, completó el programa y obtuvo empleo en uno de sus entornos de colocación, no solo gracias al camino recorrido, sino gracias al punto en el que se encontraba ahora. Porque es una persona inteligente, afable e inusualmente sincera sobre su funesto viaje. En la actualidad, Natalie trabaja en un centro de tratamiento ambulatorio para drogadictos empedernidos. Y, a la vez que intenta ayudarlos a continuar con sus vidas, sabe (mejor que la mayoría de sus colegas) que no hay mucha ayuda que pueda brindarles… hasta que se encuentren preparados. Hasta que ya hayan comenzado a seguir adelante, o al menos a pensar en seguir adelante. Ahí es cuando un empujoncito puede ayudarlos a dar un gran paso.

EL ROMANCE DE BRIAN CON LA METANFETAMINA

A Brian lo despertó una sirena de policía. Un sonido cercano que parecía ir disminuyendo a medida que se aproximaba. El aullido de la sirena tocó fondo con un gemido grave. «Debo de estar soñando», pensó. Pero, de repente, un golpe en la ventanilla lo sacudió para devolverle la conciencia. Recuerda haber abierto los ojos y toparse con un rostro preocupado que lo miraba.

—Brian, ¿te encuentras bien? ¿Estás borracho?

—No. Solo estoy descansando… antes de salir a la carretera.

Peter era un policía local. Brian lo conocía desde hacía años, no como un amigo exactamente, sino como un amable vecino en aquel barrio periférico de Ciudad del Cabo, en Sudáfrica. Trató de inyectar un poquito de energía en su voz, se esforzó en sonreír.

—Lo cierto es que estás durmiendo dentro del coche. Y no se permite aparcar aquí. Solo me estoy asegurando. Brian obligó a su sangre a circular un poco más rápido.

—Ha sido un día largo, eso es todo.

El agente desapareció al instante. Pero lo siguiente que Brian percibió fue que se repetía la misma escena, como en un déjà vu: la sirena que se iba apagando, el rostro de Peter mirando a través de la ventanilla, preocupado.

—¿Sigues durmiendo? —preguntó el policía, con suspicacia.

—Sí, solo unos minutos más antes de ponerme en camino. Eso es todo.

—Brian, no te has movido de aquí en ocho horas. Estoy saliendo de servicio. Mira, ya está amaneciendo.

El coche patrulla se alejó, dejando a Brian horrorizado. Recuerda haberse sentido completamente desorientado. ¿Ocho horas durmiendo en el coche? ¿Tan agotado estaba? Sus rígidas extremidades comenzaron a explorar la posibilidad de moverse. Tenía ganas de orinar. Le tomó varios minutos recomponerse. Casi dos semanas enteras consumiendo metanfetamina, día y noche, y sin haber dormido (lo que se dice dormir de verdad) en todo aquel tiempo. Como mucho, alguna que otra cabezadita intermitente, como letreros de neón que parpadean. Nada más. Y ahora que había recuperado una pequeña parte del sueño que tanto necesitaba, lo que más deseaba era conseguir más metanfetamina.

***

Brian es una de las personas más dulces y amables que tuve el placer de entrevistar mientras recopilaba historias de vida para este libro. Se trata de un hombre inteligente y de buen corazón, además de un empresario de éxito desde que tenía poco más de veinte años (excepto durante un período bastante largo, como veremos). Dejó de consumir metanfetamina hace seis años. Hoy su rostro sereno ya no muestra ningún signo que delate dicho consumo. No teme exhibir su dentadura, otra vez de color más o menos normal, y despliega un discurso relajado y reflexivo, como si no tuviera nada que demostrar ni ocultar. Hace apenas unos meses, sufrió su primer infarto (leve, por suerte), algo sobre lo que ahora se permite bromear: «Creo que mi corazón se vengó después de tanta metanfetamina».

Brian nunca había tomado drogas, excepto alcohol, antes de los treinta y dos años. Cuesta creerlo, salvo por el hecho de que su trastorno por déficit de atención (TDA), diagnosticado en la infancia, hacía que le resultase un auténtico desafío pensar de forma lineal. Pero no pasaba nada. Se había encerrado en sí mismo el tiempo suficiente para saber cómo enfocarlo en términos relativos. Podía concentrarse durante horas seguidas, siempre y cuando no perdiera de vista su objetivo. A los veintitantos años, fundó una empresa de sistemas de seguridad, que prosperó en estos tiempos socialmente convulsos. Por aquella época estaba contratando a más empleados, distribuyendo a clientes internacionales y situando su empresa en el mapa. Estaba lográndolo. Pero de repente su vida comenzó a sufrir altibajos; y sus objetivos, a volverse erráticos y borrosos. Su empresa había dejado de ser el centro de su mundo, y las cosas con Vera iban cuesta abajo y sin frenos. Un día la pilló manteniendo relaciones sexuales con otro hombre. Y, aunque debería haber roto con ella, pues habían perdido la capacidad de comunicarse y apenas tenían ya nada en común, no podía dejar de quererla y deseaba recuperarla.

La cocaína lo ayudaba a sentirse más competente, locuaz y centrado. Vera parecía mostrarse más receptiva, así que quizá esta droga lo ayudaría a construir nuevos puentes o, al menos, reparar los viejos. No podría decirse que a Brian le encantase lo que sentía al tomar cocaína, pero sí le encontraba utilidad. Además, lo ayudaba a sentirse más presente, más en sintonía, cuando hablaba con sus clientes. Lo ayudaba a seguir trabajando hasta bien entrada la noche. Había demasiado trabajo que terminar en una jornada de ocho horas, y no podía permitirse el lujo de sucumbir al desfallecimiento que se cernía sobre él y a la dispersión mental que lo había llevado al borde de la depresión. Pero, a medida que aumentaba su tolerancia a la cocaína, empezó a consumir tal cantidad diaria que ya ni siquiera podía permitírsela. Necesitaba encontrar otra cosa que pudiera proporcionarle la energía que necesitaba para mantenerse a la cabeza del juego.

Empezó a experimentar con otros estimulantes, hasta que descubrió un primo barato de la anfetamina, llamado «gato» en la jerga local. Pero el efecto áspero y desigual que le provocaba no le permitía superar su agotamiento. A continuación, volvió a ascender en la escala social del mundo de los estimulantes y, gracias a un colega, consiguió un poco de metanfetamina (cristal de metanfetamina): una bolsita de plástico con polvo de diamante, que refractaba la luz que surgía de las piezas más grandes, en un espectáculo bellísimo. Ah, y una pipa para fumarla. Había pipas de vidrio especiales, llamadas lollies en Sudáfrica, «que por sí solas ya marcaban diversos estatus», me informó. «Las había baratas y cutres o excelentes y elegantes… Por supuesto, tuve que encargar que me fabricaran una especialmente, con cámara de combustión y demás». La droga en sí era de la mejor calidad, elaborada por químicos chinos que habían llegado con aquel propósito exclusivamente (o, al menos, eso le contó su amigo y proveedor). Y ya lo creo que había cierta excelencia en ello, algo lo bastante potente como para elevarlo por encima de los turbios ciclos de sueño y vigilia, agotamiento y concentración. Fue un regalo para él.

Al principio, Brian se negaba a admitir que disfrutaba del subidón. Si consumía era porque lo necesitaba. No había otro modo de mantenerse a punto durante catorce horas diarias, así estaban las cosas. Y tampoco es que tuviera serios escrúpulos morales, pero la etiqueta de «drogadicto» no encajaba con la imagen que tenía de sí mismo: una persona buena y responsable, que hacía con su vida lo mejor que podía. Aun así, vio cómo seguía resquebrajándose su relación con Vera, que se debatía entre la culpa abyecta y la rabia impredecible. Bueno, impredecible al principio, hasta que encontró un objetivo más justificado: el consumo de drogas de Brian. ¿Se vería este obligado a elegir entre las dos? Improbable. Él sabía que ya había perdido a Vera. «A medida que se derrumbaba mi relación con ella, crecía mi relación con la sustancia, para llenar el vacío», declaró durante una de nuestras entrevistas. Así que estrechó lazos con la metanfetamina. Hizo que su sentido de apego se transfiriera

de una persona a una droga. Una droga que podía adquirir cuando quisiera.

Y por supuesto que le gustaba el subidón. Cada vez más. De todos modos, ¿qué más daba mientras lo mantuviera bajo control? Se fumaba unas cuantas caladas a eso de las diez de la mañana, casi del mismo modo que otros bebían café. Y luego otras tantas al final de la tarde, lo cual acabó generándole un problema imprevisto: a veces no había manera de conciliar el sueño. La metanfetamina sigue activa entre ocho y dieciocho horas, según la cantidad que hayas tomado. Así pues, se aseguró de moderar su dosis de la tarde. Se asignó un gramo semanal, y aquello mantuvo las cosas bajo control. Lo calculó de tal modo que pudiera dormirse, como mucho, a las dos de la madrugada. Y pareció funcionar.

Hasta que dejó de funcionar. Cuando a media tarde aquella oleada de lucidez, poder y potencial se elevaba como un reactor, Brian ya no quería ni podía echarse atrás hasta que volvía a volar alto en el cielo. Así comenzaron las noches de insomnio, encadenadas durante días en cada ocasión. Porque no podía soportar el bajón, requisito previo para dormir. Sin embargo, el agotamiento no era una amenaza tan grande cuando tenía el antídoto, en las cantidades suficientes para vencerla. Era alucinante lo mucho que podía hacer si pasaba unos días sin dormir. Mientras mantuviera los niveles de metanfetamina «actualizados» (término que usaba a menudo). Mientras mantuviera el ritmo de lo que necesitaba hacer, de lo que necesitaba ser. Así que volvió a fumar por la noche, y luego volvía a hacerlo al amanecer. Fue un verdadero viaje continuo, con algunos puntos críticos, pero sin descansos reales. No se detenía y comenzaba de nuevo. Simplemente, continuaba.

Dos años después, compartía apartamento con un amigo cuya única ocupación parecía consistir en la venta de metanfetamina. Y a Brian le venía de perlas, porque ahora aquella droga se había convertido en el centro de su universo. De un gramo por semana había pasado a dos gramos por día. No tardó en comprender que la única forma

de permitírsela era vendérsela a otros, así que se unió a su compañero de piso en tan lucrativo negocio.

No obstante, el mayor cambio en la vida de Brian estaba en cómo su patrón fundamental se había transformado en un escenario de ciencia ficción: de una línea ascendente y descendente que atravesaba fases de luz y oscuridad, sueño y vigilia, a una órbita sobrenatural donde el día y la noche eran construcciones irrelevantes, artificiales. La metanfetamina se había convertido en un sol que siempre estaba en el centro de su trayectoria, que nunca distaba mucho del siguiente pensamiento. Y, cuando vives en órbita, eso cambia tu manera de pasar de una hora a otra y de un día a otro. Desearla era una cosa. Incluso necesitarla (porque, en efecto, la necesitaba; era capaz de admitirlo). Pero aquel tirón constante de sus pensamientos, de los átomos de su atención…, aquello trascendía el hecho de quererla o necesitarla. Se trataba de una mutación cognitiva. Y, dado que podía conseguirla cuando quisiera, su mayor problema era que solía quererlo de forma inmediata.

***

Al día siguiente iba a ver a Megan, y aquel era el punto álgido de la semana. Su hija conservaba cierta ternura infantil, pero, ahora que casi tenía diez años, ya mantenía conversaciones más largas e ideas más sofisticadas. Su niña estaba creciendo, y él no quería perderse ni un segundo de aquel proceso. Pese a la separación, Brian seguía siendo su único padre.

Pero aquello sería al día siguiente. Hoy era un día como cualquier otro. Hoy lo pasaría al teléfono, cambiando drogas por dinero, y frente al ordenador, tratando de ordenar sus planes de negocio en una secuencia lógica. Y un día de metanfetamina. Siempre era un día de metanfetamina. Ahora que había vendido su empresa de

sistemas de seguridad, invertía sus energías mentales en elaborar planes para nuevos negocios más rentables: empresas inmobiliarias, estudios de diseño, estudios de grabación… Sus ingeniosas ideas parecían no tener fin (aunque ninguna se materializara nunca). Ahora fumaba cada pocas horas y, apenas había comenzado a notar el bajón de la última calada, ya estaba con la siguiente. Por otro lado, las noches de insomnio lo obligaban a no esperar demasiado. Porque se estrellaría. Si no introducía más metanfetamina en su cuerpo en cuanto la marea gris comenzara a subir, se estrellaría de verdad. Así concluía aquel día prolongado, aquel día sin horizonte.

La noche anterior a su visita a Megan, se convenció de que debía mantener el control. Así pues, aquella noche decidió dormir al menos unas horas. Se prometió no fumar pasadas las seis de la tarde, para así estar dormido sobre las dos de la madrugada, dado su creciente agotamiento. De todos modos, tenía que reservarse un poco de metanfetamina para el día siguiente. No es que fumara mientras visitaba a su hija (había algunas reglas básicas que debía mantener), pero estaba convencido de que le apetecería fumar un poco cuando despertara. Y apetecerte sin que te quede ni medio gramo…, aquello era impensable y, en cierto modo, más aterrador que ninguna otra posibilidad. Quizá también le apeteciera otra calada antes de coger el coche (no, nada de «quizá», le apetecería sin duda alguna, ¿a quién pretendía engañar?) para estar lo mejor posible cuando llegara a la casa. Y después. Sobre todo, después de ver a Vera y volver a subirse al coche para alejarse de su hija; la frustración y la tristeza podrían comenzar si no las cortaba de raíz. Así pues, tenía que reservarse al menos un gramo para el día siguiente. Y ahora, mientras caía la noche y empezaba a sentirse a la deriva, pensó que lo mejor sería dejarse la pipa preparada para primera hora de la mañana. Lo cual significaba limpiarla, y luego derretir un trozo bastante grande en el tazón, listo para fumárselo, para que solo tuviera que alargar el brazo, agarrarlo y ponerse a tono antes de salir de la cama.

El caso es que, una vez lo tuvo todo preparado, a pedir de boca, y mientras seguía allí sentado, bien cómodo y regio, no pudo resistirse a otra calada. Una honda e intensa calada. Así que, en un abrir y cerrar de ojos, volvía a estar muy drogado. Demasiado como para conciliar el sueño.

Y no fue porque no lo intentara. Se acostó una o dos horas después de la medianoche y fingió que iba quedándose dormido. No había remordimiento, solo resignación e incluso una irreprimible sensación de triunfo que se negaba a admitir. Cerró los ojos y flotó en aquel estado lúcido de imágenes y partículas de pensamiento. Quizá durmió unos pocos minutos esporádicos, pero no estaba seguro de ello. Y entonces el sol comenzó a salir. El reloj marcaba las seis, así que la mera idea de dormir se volvió absurda, casi ofensiva, pese a la empapada mortaja de agotamiento que ahora lo arrastraba implacablemente hacia abajo. Tienes que levantarte. Vas a ver a tu hija dentro de cuatro horas. ¡Espabila! Y de repente no hubo nada más, ningún otro pensamiento que el beso inminente de la pipa en la mesita de noche. Solo tenía que alargar el brazo y cogerla. Además, había dejado el encendedor al alcance de la mano. Siempre había sabido que aquel momento iba a llegar. Incluso cuando se acostó para fingir que se estaba quedando dormido, tenía claro que en pocas horas lo estaría esperando otro colocón. Aquello era lo único que importaba: aquel futuro inmediato que lo llamaba, que lo tocaba. La noche anterior no había podido pensar en otra cosa, y aquí se encontraba ahora.

Sin saber cómo, el gramo que se había reservado para hoy había quedado reducido a la mitad. De hecho, cuando estuvo listo para irse, ya quedaba menos de la mitad. Llevaba un colocón estupendo, cierto, pero ¿cuánto le duraría? Así que, de camino, se puso a pensar: «Necesito haber fumado lo suficiente para poder dejar de obsesionarme con eso a cada minuto. Quiero que el tiempo que pase con Megan sea maravilloso y fluya como la seda. Pero, a decir verdad, me encuentro demasiado cansado como para ir sin haber fumado un poco más». Lo cual significaba dar la vuelta y regresar a

casa a por lo que le quedaba del gramo. Sin embargo, sabía que no le iba a bastar con aquella cantidad, así que, a medio camino de casa de Vera, se desvió hacia la del tipo que les vendía a él y a su amigo (total, estaba a la vuelta de la esquina). Llegaría tarde, pero tampoco era la primera vez. En sus palabras: «Todo lo que yo hacía acababa viéndose influido por la sustancia. Incluso mis relaciones importantes, como la que tenía con mi hija... Debía pillar droga de antemano cuando estaba a punto de visitar a mi hija. Entonces, una visita de cuatro horas se convertía en una de dos». A Megan no le extrañaría, pues ya estaba acostumbrada. Luego, de vuelta al coche, la cuestión era si dar otra calada allí mismo. Estaba tan a su disposición y resultaba tan atrayente, en su pulcro envoltorio de plástico como para regalo… Además, era su última oportunidad antes de adentrarse en la zona de exclusión aérea, en el territorio de Vera. Aunque, por otra parte, ya estaba muy drogado y no quería pasarse de hiperactivo. Estar con Megan debía ser un momento de tranquilidad, no uno mezclado con ideas sobrecogedoras, en el que acabase hablando a mil por hora. Y Vera lo estaría observando hasta que por fin se marchara a hacer la compra o a lo que tuviera que hacer.

Mejor llámala.

—Estoy en un atasco. ¡Lo siento! Llegaré en diez minutos.

El silencio al otro lado de la línea le indicó que Vera no se lo había creído, pero la verdad es que le importaba un pimiento. Porque estaba volando. Feliz, bien abastecido, yendo directo a donde quería ir. A ver un rato a su hija. A divertirse juntos.

Dudó antes de salir del coche. No iba a llevarla consigo, hasta ahí podíamos llegar. Pero tampoco podía dejarla a la vista. Lo mejor sería que la ocultase en el maletero. Pero (y esto era típico de él), apenas había empezado a convencerse de que no iba a consumir más hasta después de la visita, ya estaba ocupándose de ocultar la pipa llena bajo su camiseta de críquet, que depositó hábilmente

sobre el asiento delantero, por si acaso. Así podría agarrar la pipa y fumársela en medio minuto. «Voy un momento al coche, que he olvidado algo», diría. Las palabras ya se ordenaban ante una previsible eventualidad que se negaba a admitir de forma consciente. Como si su mente estuviera sintonizando a la vez dos canales distintos. Y había un tercer canal, más similar a la voz de un narrador, que le decía que no pasaba nada, porque él era el puto amo y podía controlarlo. Las contradicciones no significaban nada. Siempre fue un numerito sobre la cuerda floja. Esas contradicciones eran meros trucos que lo volvían todo más emocionante.

***

El cuerpo estriado, sobre todo el accumbens, no actúa por sí solo. De hecho, ninguna estructura cerebral funciona de manera autónoma. Lo que sucede en realidad es que el accumbens se conecta con más de una docena de otras estructuras cerebrales importantes, y dos de sus aliados más fiables son la amígdala y la corteza orbitofrontal (COF), que se encuentran muy cerca (ambas se muestran en la figura 1). Aunque estos tres señores del reino emocional trabajan en equipo, es el accumbens el que termina llevándose la pelota y anotando el tanto: se encarga de la acción, de transformar la motivación en movimiento. Sus dos esbirros, en cambio, planifican la jugada.

La amígdala es una pequeña estructura incrustada bajo las capas corticales a cada lado de la cabeza. Además, es subcortical, lo que significa que se trata de un sistema más primitivo (más o menos de la misma época que el cuerpo estriado, con cientos de millones de años), y se encarga de aplicar un tinte a cada experiencia importante, casi de forma instantánea, con tonalidades y colores emocionales: el miedo repentino que experimentas cuando oyes pasos a tus espaldas en una calle oscura, el azote de vergüenza que

te sobreviene cuando te derramas café en los pantalones… o la emoción y el placer repentinos que Brian sentía en cuanto el «cristal» le venía a la mente. Tanto si aquella imagen provenía de lo que estaban captando sus propios ojos (porque de repente había vislumbrado la pipa en la mesita de noche) como si era solo un recuerdo (donde miles de asociaciones en torno a la metanfetamina nadaban como peces en un acuario), la imagen del «cristal» quedaba inmediatamente imbuida de significado emocional a través de su amígdala, cuyas sinapsis se habían esculpido durante dos años de consumo continuo. En lo que a la amígdala concierne, el sentimiento y el enfoque van de la mano, sobre todo cuando se trata de dirigir la mirada hacia la fuente de lo bueno, lo malo o lo feo. La emoción amigdalar usa una instrucción sencilla pero fundamental para encauzar muchos sistemas cerebrales: «¡Presta atención!».

En cambio, la COF es mucho más sofisticada en sus funciones como directora de orquesta, ya que organiza diversos agentes cognitivos en una falange mental, una mente con una misión. La COF se une a la amígdala en fracciones de segundo, para captar y amplificar su haz emocional. La labor de este parche de tejido ubicado en la superficie inferior de la corteza prefrontal consiste en conectar la emoción con las expectativas y diseñar un plan de acción aproximado, funciones (relativamente primitivas) de las que se encarga la corteza prefrontal. La COF contiene información sobre lo agradables y gratificantes que resultan determinadas cosas (en especial ahora, dadas las circunstancias actuales) y sobre lo horribles y repugnantes que se muestran otras. Y puede compaginar dichas valoraciones contradictorias, como lo hizo con Brian aquel día, en función de las complejidades de la situación actual. La COF de Brian reaccionó al mensaje de alto voltaje de su amígdala, fragmentándolo en una interpretación más matizada. Si su COF pudiera hablar, quizá diría: «Esto me va a venir muy bien, aunque corra el riesgo de que me pillen. Sobre todo, cuando he de ver a Vera y sentir que lo tengo todo controlado. Sobre todo, cuando no he pegado ojo durante días. Viene hacia mí, y eso es lo que quiero».

La COF es el homólogo más perspicaz de la amígdala, un puente entre el sistema límbico y la corteza prefrontal, que aporta a la acción más matices y detalles, así como implicaciones claras. Los conjuntos de nervios que iban de la COF de Brian al resto de su corteza prefrontal amplificaban cada aspecto de la atención, el pensamiento obsesivo, el recuerdo y la anticipación: dónde, cuándo y cuánto necesitaba para el siguiente subidón, basándose en el último, en cuánta droga le quedaba, en lo difícil que le resultaría obtener más y en lo colocado que quería estar. Así fue como las imágenes de metanfetamina que infestaron su vida dieron lugar a matrices emocionales únicas, potentes pero específicas, al tiempo que capturaban sus pensamientos. Y así fue como, con el tiempo, mediante el cultivo de diversos campos de sinapsis, Brian acabó viéndose incapaz de no obsesionarse con la metanfetamina.

El accumbens obtiene su información tanto del haz directo de la amígdala como de las expectativas matizadas de la COF. Es entonces cuando el accumbens entra en modo depredador, con la espalda arqueada y mostrando las garras, solo con el objetivo en mente, solo con el deseo en sus circuitos. Pero, al mismo tiempo, el accumbens invita a sus dos esbirros a compartir su festín: la fuente de dopamina que han activado las propias imágenes de la droga. Corrientes de este neurotransmisor fluyen ahora desde el mesencéfalo para alimentar los tres sistemas, incrementando sus índices de activación, confirmando su alianza y organizando los pensamientos que se elevan hacia la conciencia. La planificación, las acciones furtivas, los subterfugios, el autoengaño, la exploración de oportunidades y la evitación de posibles riesgos son hechos más cognitivos que emocionales y se basan en la activación de partes de la corteza prefrontal que reverberan con las señales de la COF. Todo ello mientras Brian se estremecía a la espera de otra calada. ¿Debería seguir conduciendo hasta casa de Vera? ¿Debería volver a casa a por lo que le quedaba del gramo, aunque eso significase que llegaría veinte minutos tarde? ¿O debería pasarse por casa de su camello y comprarle otro gramo? Cada una de estas tácticas cognitivas surgió de la enorme inversión de su COF, ahora mismo, en

este instante, en el valor, el significado y la disponibilidad del siguiente subidón de metanfetamina.

Ahora bien, ¿se consideran anormales estos procesos? ¿Acaso todo este traqueteo de activación neuronal sugiere el perfil demacrado de un cerebro enfermo? En realidad, no. De hecho, lo que vemos es un cerebro sumido en una intensa emoción y que, a la vez, se abre camino en un mundo social caracterizado por el conflicto y la contradicción (un mundo bastante habitual, sobre todo para los adictos). Estamos diseñados para que los múltiples componentes de la cognición queden conectados con el propio sentimiento. El triunvirato de la amígdala, la COF y el accumbens (el núcleo motivacional del cerebro) evolucionó con el propósito específico de vincular la cognición con la emoción, el pensamiento con el sentimiento, y luego poner en marcha el mejor plan disponible. Ahora comparémoslo con el cerebro del ratón de campo, ideado para transmitir atención visual en sincronía con sus impulsos: miedo, hambre y sexo. Los ratones deben estar muy atentos cuando de repente huelen o detectan animales de mayor tamaño, como los gatos, razón por la cual sus diminutos ojitos brillantes se quedan fijos en lo que acabe de moverse en la hierba. Para eso, todo lo que necesitan es una amígdala y un accumbens primitivo. En cambio, nuestro cerebro, el de los grandes primates, requiere mucho más. Nuestro cerebro necesita diseñar estrategias, conscientes o no, para lidiar con las exigencias emocionales y las oportunidades de cada instante, basadas en recuerdos duraderos y en los matices de la situación actual, matices que continuamente siembran y podan las conexiones de la COF con sus adyacentes. Así es como se supone que funciona el cerebro humano.

El COF es el piso inferior de la estructura más sofisticada del cerebro de los primates: la corteza prefrontal (CPF). En el desempeño de ese papel, merece un crédito considerable por lograr que el tosco fulgor de la emoción se traduzca en pensamientos, expectativas y disposición para comparar resultados potenciales, defendiendo algunos y rechazando otros. Esto requiere que la COF aliste a sus

vecinos corticales más avanzados, aquellos que se dedican más a la reflexión que a la pasión. ¡En eso consiste su trabajo! Y, si dicha reflexión se convierte en pensamiento obsesivo, no podemos apresurarnos a buscar alguna entidad extraña, señalarla con el dedo y gritar: «¡Es una enfermedad!». Más bien deberíamos percatarnos de que los riesgos emocionales son extremadamente altos y que los objetivos competitivos han quedado relegados a un segundo plano. El pensamiento obsesivo es el resultado de un cerebro normal (es decir, uno que hace aquello para lo que está diseñado) cuando el propietario de dicho órgano ha entrado en un ciclo de búsqueda y hallazgo de lo mismo una y otra vez. Da igual que ese algo sea jugar al ajedrez, jugar al tenis o fumar metanfetamina: el caso es que, con cada ciclo, dicha actividad se vuelve más fascinante (y sus alternativas, menos interesantes). En eso consiste la repetición motivada. Es exactamente lo que sucede en la mente y el cerebro cuando estamos enamorados de alguien (o al menos nos hace tilín) y no podemos pensar en nada ni en nadie más que en esa persona.

Pero hay una trampa que atrapa a los adictos un poquito más que al resto. Lo suficiente como para desempatar el tira y afloja entre la atracción y la fuerza de voluntad. Se llama «descuento por demora», y consiste en la tendencia de los humanos, otros mamíferos e incluso ciertas aves a valorar las recompensas inmediatas por encima de los beneficios a largo plazo. Las recompensas atrasadas se descuentan, su valor se reduce. Las consecuencias negativas atrasadas también se descuentan (en otras palabras, los castigos que se aplazan parecen menos severos que los inmediatos). En general, para estudiar el descuento por demora, se condiciona a animales de laboratorio o humanos para que esperen recibir dos o más recompensas, cada una en un intervalo de demora diferente. La que esperan recibir más pronto está diseñada para ser objetivamente menos valiosa (menos comida o sacarosa para las ratas, menos dinero para los humanos) que la que esperan recibir más adelante. Sin embargo, las criaturas terrenales ansiamos la recompensa a corto plazo, pese a la reducción general de las cosas

buenas adquiridas. En el resto de este libro me referiré al descuento por demora como «atractivo inmediato».

Al abandonar las drogas, los adictos obtienen evidentes beneficios a largo plazo: entre otras cosas, relaciones más sanas y felices, salud física, dinero en su cuenta bancaria, autoestima y mayor probabilidad de no ingresar en prisión. Beneficios cincelados en los mantras que se corean en las reuniones de los Doce Pasos: «Sigue regresando, funcionará si te esfuerzas. Esto también pasará». E incluyen evitar el sufrimiento a largo plazo, la miseria que advierten los mensajes contra las drogas, o el cáncer y la muerte, como amenazan las terribles palabras e imágenes de las cajetillas de tabaco de todo el mundo. Sin embargo, todas estas recompensas futuras (y probables desastres) quedan minimizadas, disipadas y despojadas de valor por la intrusiva y rutilante promesa de los objetivos inmediatos. Por eso Brian se desvió del camino que lo conducía a su hija, que lo conducía al resto de su vida, y se encontró en la puerta de su camello.

No es de extrañar que el accumbens y sus adyacentes sean los culpables del atractivo inmediato, un desafortunado sesgo del firmware que hemos estado desarrollando durante eones. Al igual que el encorvamiento produce dolor de espalda (un desagradable efecto derivado del logro de la locomoción erguida), ahora el atractivo es un efecto secundario evolutivo. Sin embargo, ¿de qué otro modo podría ser? El accumbens evolucionó para hacer que los animales buscasen frutas maduras, parejas sexuales disponibles y cosas más accesibles, hábitos que han mantenido hasta el día de hoy. Cuando hay recompensas en el horizonte, la dopamina se ve incrementada por la anticipación, apresurándose a acelerar el accumbens. Por lo tanto, una vez más, la dopamina (en el cuerpo estriado) es el villano de la función. Su hipnótica atracción hacia los placeres inmediatos distorsiona la perspectiva de lo que podríamos haber conseguido (de otro modo) si hubiéramos utilizado nuestras habilidades cognitivas más avanzadas. Estamos tan familiarizados con este sesgo interno que nos sorprendería e incluso decepcionaría

que en las películas de Hollywood los amantes no se lanzaran a los brazos del otro con una velocidad asombrosa. Perseguimos lo inmediato. Lo que hace que la vida resulte complicada tanto para los amantes como para los adictos.

Con el atractivo inmediato, el patrón de sinapsis activadas se contrae hasta quedar reducido a un haz estrecho, que se enfoca en lo próximo. Y gran parte de dicho estrechamiento queda anclada en la red de caminos entre el accumbens y la COF. Por lo tanto, no es de extrañar que los sujetos de investigación que se encuentran en un escáner IRMf muestren una mayor activación tanto en el accumbens como en la COF cuando escogen una recompensa inmediata en vez de una posterior. En la vida real, estos dos «cómplices del delito» centran tu atención en el atractivo pasajero que te sonríe desde la mesa contigua, no en el abrazo reconfortante de tu cónyuge, que te espera en casa. Y los pensamientos obsesivos de Brian se vieron atraídos una y otra vez por la irresistible proximidad de la siguiente oleada de metanfetamina, no por la agradable visita que más tarde le haría a su hija. Esto se debía a que la siguiente dosis de metanfetamina le parecía valiosísima. No porque su cerebro estuviera funcionando mal, sino sencillamente porque había organizado su vida en torno a un solo objetivo, un amante inanimado, así que su cerebro hizo lo que tenía que hacer: ajustarse en consecuencia. Jerarquizó sus objetivos de tal modo que Vera, e incluso Megan, ya no estaban en lo más alto de la lista.

Los adictos se centran demasiado en el momento presente, se muestran más proclives a los descuentos por demora que el promedio de la población[25]. Pero nadie sabe muy bien por qué. Quizá sea un rasgo de la personalidad que han mostrado desde la infancia (lo que, para empezar, los pondría en mayor riesgo de adicción). El atractivo inmediato se encuentra muy vinculado con una personalidad impulsiva, no con una enfermedad en sí misma, aunque sí un conocido precursor de los problemas de adicción. Desafortunadamente para Brian, los diagnósticos de trastorno por déficit de atención (TDA) se superponen tanto con la impulsividad

como con el atractivo inmediato, por lo que las cartas ya estaban en su contra. También es probable que el atractivo inmediato se intensifique cuando se vive al límite y todas las posibles recompensas y castigos se dividen en dos categorías: o te sales con la tuya o no; ahora o nunca. Sea como sea, la neurociencia nos ofrece otra pista importante: el atractivo inmediato se intensifica (es decir, las recompensas inmediatas se vuelven aún más atractivas) cuando las regiones más avanzadas (dorsales) de la corteza prefrontal se ven perturbadas por un campo magnético producido en un laboratorio. Describiré esta investigación en un capítulo posterior, pero de momento quiero adelantar algo importante que los investigadores han observado: la adicción y el atractivo inmediato producen una desconexión entre el córtex prefrontal (CPF) dorsal y el cuerpo estriado (o regiones relacionadas). En ambos casos, la capacidad atenuada para ver las cosas con perspectiva y saber autocontrolarse tiene un paralelo neural específico.

***

Por fin Brian estaba donde debía estar aquella mañana: sentado en el sofá junto a Megan, quien seguía acurrucándose contra él como una niña pequeña mientras veían una vieja película por televisión. Pero, a la vez que el rugido persistente de la metanfetamina ahogaba emociones como la culpa o el remordimiento, Brian no pudo evitar darle vueltas a lo que acababa de suceder. No había podido esperar. Así de simple. Podría haberse limitado a ansiar aquel oasis de felicidad que se prolongaría la mañana entera y haberse ahorrado los giros insensatos: el desvío a la casa de su camello y la calada que había aspirado frenéticamente en cuanto regresó a su coche. Una calada que, para colmo, ni siquiera necesitaba. Ahora estaba tan drogado que se veía incapaz de concentrarse en la película, en Megan o en cualquier otra cosa. Sus pensamientos iban demasiado rápido. ¿Pero qué necesidad había habido de otra calada

tan pronto? Y, sin embargo, no había podido esperar. Había sentido que la media hora adicional para llegar a casa de Vera, sumada a los veinte minutos que necesitaría para zafarse de ella antes de que los dejara solos, serían demasiado como para soportarlo. La metanfetamina estaba a solo cinco minutos de distancia, le dijo su propia voz interior. Un giro a la izquierda, poco más de kilómetro y medio por carretera, y listos.

Como tantas veces había sucedido, la inmediatez cerró el trato. Aquello fue lo que giró el volante hacia la izquierda, aparentemente haciendo caso omiso de su propia reticencia racional. Y ahora, tan solo un par de horas después, sentado allí con su hija, imaginándose con Megan y Vera en la habitación de al lado disfrutando de la cena, con aquella familia rota pero temporalmente unida por ilusiones, sintió que la inmediatez lo llamaba de nuevo. Tenía la pipa a menos de un minuto de distancia, en el asiento delantero del coche, justo donde la había dejado.

***

Finalmente, llegó el día en que Gordon, compañero de piso de Brian y compañero traficante, se metió en problemas con las pandillas locales de Ciudad del Cabo. Gordon no solo era amigo de Brian, sino también el jefe de su negocio de venta de drogas, el tipo que mantenía la cabeza lo bastante fría como para pensar bien las cosas. Hasta que tuvo una discusión con el líder de una pandilla muy ambiciosa que exigía pagos mensuales a cambio de no meterse en los asuntos de ambos. Una noche, le sacó un cuchillo a Gordon, quien sacó una pistola y disparó. Brian ni siquiera sabía que Gordon tuviera un arma. Después de aquella noche, Gordon mantuvo un perfil bajo, oculto en algún lugar, y Brian se quedó solo en el apartamento, tratando de mantener la cabeza gacha y usar su carisma innato para evitar que otros pandilleros tomaran represalias.

Tras años de hacer todo lo posible por Gordon, y ahora inmensamente preocupado por él, fingió que se había distanciado de su antiguo compañero.

Pero aquella situación no duró, como era de esperar. Cuatro hombres armados derribaron la puerta semanas después. Era hora de que Brian devolviera el dinero que supuestamente les debía. Comenzaron a gritarle y a darle empujones por la habitación. De pronto, uno de ellos intentó golpearlo con una escoba que había por allí. Brian bloqueó el golpe. Cuando el hombre se abalanzó sobre él por segunda vez, volvió a bloquearlo y la escoba se rompió. Otro tipo agarró una guitarra eléctrica (la posesión más preciada de Brian) y la agitó delante de él. Esta vez el intento de bloqueo le rompió el brazo a Brian. Se había metido en un problema gordo, pero no podía dejar de pensar en la metanfetamina. ¿Debía darles la razón? Si accedía a sus exigencias, podría dar otra calada de metanfetamina en aquel mismo instante. Se sentarían a disfrutarla todos juntos. De lo contrario, los asaltantes se quedarían con todo lo que tenía en la casa. ¿En serio estaba pensando en drogarse en un momento como aquel? No dejaba de asombrarse a sí mismo.

Lo que acabó haciendo fue igual de estúpido, pero probablemente era la única oportunidad que tenía de salvarse: saltó por la ventana. Estaba en un segundo piso, y aterrizó con fuerza en el techo de un garaje. Luego, impulsado por la adrenalina, el miedo y la indignación, corrió de techo en techo hasta que vio un coche justo debajo de él. Se dejó caer sobre este, abollando el capó, y entonces descubrió que estaba rodeado de compradores y vendedores, algunos preocupados por él, otros aterrorizados. La propietaria del coche se estaba acercando. La vio introducir la mano en el bolso, supuso que para llamar a la policía. Los pandilleros no tardarían en llegar. Lo único que podía hacer era seguir corriendo.

Cuando logró escapar, convenció a un amigo médico para que le inyectara morfina y le hiciera una férula. Además, este le permitió que pasara la noche allí. En los días siguientes, el caos de su vida

comenzó a asentarse. Podía pasarse horas enteras sin hacer nada en absoluto.

En cuestión de días, se instaló en el garaje de otro amigo con quien Brian había tenido una buena relación en el pasado. Llegaron a un extraño acuerdo: el amigo lo echaba a la calle por la mañana y lo encerraba bajo llave por la noche. De aquel modo, su esposa jamás descubriría que tenía a un vagabundo drogadicto residiendo en su propiedad. El caso es que el plan salió bien. Tras haber vendido su coche por una cantidad ridícula, se pasaba los días deambulando por las calles. Se unió a una multitud de drogadictos a quienes conocía, y casi todo el tiempo se lo pasaba buscando un colocón de metanfetamina que no podía pagarse («con la lengua fuera», como recuerda). A veces obtuvo recompensa. Había ayudado a muchas de aquellas personas cuando estaba en la cima, ya fuese sacándolas de la cárcel o prestándoles dinero para pagarse un abogado o comprar drogas. Se había ganado cierto respeto entre aquella comunidad precaria, pero dicho halo se desvaneció con el transcurso de los meses. Su caída en desgracia fue un deslizamiento de tierra largo y lento. Se compraba drogas gracias al dinero que le pagaban por trabajillos ocasionales. Y, si no podía permitírselas, esperaba o rogaba que un alma caritativa se apiadase de él.

Su desesperada necesidad de drogas chisporroteaba a cada hora del día. Odiaba quedarse sin material, pero odiaba mucho más la implacable atracción gravitacional sobre su estado de ánimo y su ser. Al final, su amigo Joseph, que había dejado la metanfetamina un par de años antes, comenzó a influir en él, intentando convencerlo de que lo acompañara a una reunión de Narcóticos Anónimos (NA).

—Ya verás como las cosas mejoran —insistió Brian—.Solo necesito encontrar un empleo.

—No estás pensando con lucidez —respondió Joseph—. Solo quieres ese dinero para comprarte más drogas. Nunca vas a parar, ¿verdad? Necesitas descansar.

Durante los meses siguientes, Joseph le preguntaba de vez en cuando:

—¿Sigues consumiendo?

—Qué va, tan solo pasé unos días complicados.

Según la lógica interna de Brian, mentir no era menos ético que decir la verdad. Y, curiosamente (por no decir descabelladamente), tampoco consideraba que su mayor problema fuera la adicción, por muy obvio que les pareciese a todos los demás. Seguía echando de menos a Vera; seguía viendo la metanfetamina como un sustituto de su ex. Pero aquella ruptura era irreparable.

Por fin accedió a acompañar a Joseph a una reunión de NA. Se sentó con aquel grupo de extraños desaliñados. Al principio, apenas pudo concentrarse en las historias que compartían, en sus extraños mantras y metáforas, en sus esfuerzos por adquirir cierta perspectiva sobre sus luchas y necesidades. Pero pronto comenzó a notar que sus historias se parecían a la suya. Detectó paralelismos. Comenzó a darse cuenta de que, al fin y al cabo, la palabra «adicto» también se le podía aplicar a él. Acudió a más reuniones. Y entonces su lucha interna estalló por los aires. La metanfetamina era todo lo que deseaba, todo lo que le quedaba. Pero debía dejarla atrás. Debía renunciar a aquella cosa que formaba parte fundamental de sí mismo. Todos los adictos sienten esa sacudida de pérdida cuando por fin, a regañadientes, le dan la espalda a ese amigo, a ese amante, a esa parte de sí mismos.

Resulta muy doloroso.

A Brian nunca le gustaron especialmente los rituales ni los dogmas de NA, pero vio que le estaban sirviendo de ayuda. En aquellas reuniones no tenía que fingir que era algo que no era. Lo aceptaban como la persona torturada en quien se había convertido. Y aquello fue tranquilizador, pues aliviaba su soledad. También comenzó a aceptar que hacía mucho tiempo que había perdido a Vera. Y, dado

que su necesidad de ella y sus ansias de metanfetamina se encontraban tan interconectadas, le pareció que podía enterrarlas a ambas en la misma tumba, al mismo tiempo.

***

Durante los siguientes cuatro años y medio, Brian vivió en una choza ubicada en la propiedad de otra persona que le debía un favor. Al principio de aquella época, fumaba metanfetamina de vez en cuando, pero esta parecía haber perdido su estimulante efecto. Ahora aquella sustancia formaba parte de otra vida, no de la suya. Le parecía más un obstáculo que una bendición. Seguía asistiendo a alguna que otra reunión, pero casi todo el trabajo que necesitaba llevar a cabo lo hacía por sí mismo o con poca ayuda. A lo largo de seis meses, realizó estancias semanales con un psicoterapeuta, cuya labor consistía en recopilar y organizar los fragmentos que pasaban desapercibidos de la vida de su paciente (en particular, sus primeros años), hasta que pudiera juntarlos para dar sentido a su forma de interactuar con el mundo. Al principio de la terapia, vio que la forma en que abordaba cada situación expresaba un hábito, más que una reflexión consciente. Luego, durante los meses sucesivos, empezó a descubrir la naturaleza y el origen de los hábitos que lo definían. Su madre había sido una «histérica», como él afirmaba, una mujer muy volátil que oscilaba entre las críticas airadas y la preocupación excesiva por el bienestar de su hijo. «Nunca fui lo bastante bueno. Y mi hermano tampoco. Sin embargo, ni siquiera me permitieron nadar hasta los trece años», recuerda. Se había limitado a dar por hecho que las demás personas actuaban del mismo modo. Quería librarse de las expectativas ajenas, pues estaba convencido de que a la vuelta de la esquina le esperaba un violento desplante. Quería ser autosuficiente, pero también necesitaba tranquilidad, de forma casi incesante (o, al menos, en mayor cantidad de lo que Vera le podía proporcionar).

Al igual que Natalie, Brian tuvo que dar forma a una historia, a una narrativa, para explicarse a sí mismo. Y un capítulo crucial de aquella historia fue el vínculo entre los fracasos de sus padres y los suyos propios. La narrativa que desenterró fue dolorosa pero necesaria, pues le brindó los cimientos para que empezara a crecer, para que emprendiera la transformación que él mismo deseaba continuar día a día.

Respecto a las drogas, en raras ocasiones seguía fumando metanfetamina. Y, las pocas veces que lo hacía, ya no pillaba el gran colocón. Para su sorpresa, aquellos deslices habían dejado de abocarlo a una necesidad de repetirlo o a una vorágine de pensamientos obsesivos. De hecho, apenas lo abocaban a nada. En vez de sobrevalorar la metanfetamina, o de subestimar su propio futuro, reflexionaba: «La verdad es que no ha sido la mejor idea. Ahora no podré pegar ojo en toda la noche». Entonces, ¿qué había sido del atractivo inmediato, de la seducción de lo inminente? Quizá ahora Brian podía imaginarse un yo futuro lo bastante valioso como para ir en su busca, un yo futuro que fuese una prolongación del yo reflexivo y perspicaz en el que ya se estaba convirtiendo. Un yo que abriese un camino ininterrumpido desde su infancia hasta el resto de su vida. Y, como había dejado de consumir con regularidad, la desconexión entre las regiones dorsales de su corteza prefrontal y su cuerpo estriado podía revertirse, reconstruirse y volver a surgir. La perspectiva podría recuperar su punto de apoyo y, con el tiempo, fortalecerse.

La metanfetamina dejó de tener relevancia para Brian. Y, dado que sus propios hábitos ya no fertilizaban las vías sinápticas que había establecido durante todos aquellos años, estas se marchitaron poco a poco. El carácter seductor de la metanfetamina quedó erradicado. El crecimiento del nuevo follaje acabó oscureciendo el rastro que Brian había seguido durante tanto tiempo, hasta que ya apenas podía vislumbrarse. Ahora el bosque se extendía en todas direcciones, revelando senderos que nunca había visto. Crecimiento

exuberante, posibilidades novedosas. Había mucho en lo que pensar. Y mucho que hacer.

Durante meses, Brian pagó al propietario de su vivienda cuidando de sus animales. Por el día hacía de pastor, y el resto del tiempo lo pasaba leyendo lo que cayera en sus manos. Textos sobre relaciones, sobre cómo estas habían funcionado, cuándo habían funcionado y por qué habían naufragado. Y textos sobre la adicción. En lugar de verse a sí mismo como la típica víctima de relaciones fallidas, comenzó a imaginar que era el tipo de persona capaz de solucionarlas, tanto para los demás como para sí mismo. Tal vez el hecho de cuidar animales, pastorear ovejas y leer sobre vidas sin rumbo lo llevó a intuir todo lo que la terapia podría ofrecerle. Con perspicacia, suerte y tiempo, las piezas del rompecabezas parecían encajar. De entre sus propios pensamientos erráticos como gatos callejeros, Brian emergió ante los desdichados miembros de su comunidad, reconvertido en alguien capaz de poner orden en medio del caos, reunir a quienes andaban perdidos y ayudarlos a encontrar el camino de regreso a casa. Desde entonces y a lo largo de los años, esta autopercepción ha pasado de ser un sueño lúcido a un compromiso apasionado.

Brian pasó año y medio dirigiendo una comunidad de terapia para adictos y alcohólicos, justo en la granja donde había cuidado las ovejas del propietario. Pero ahora, de regreso a Ciudad del Cabo, dirige un centro ambulatorio financiado que brinda servicios gratuitos a vagabundos adictos y desposeídos, un club al que él mismo perteneció no hace mucho. Además, durante los últimos tres años completó un programa de posgrado en atención de adicciones. A eso hay que añadir que, recientemente, justo cuando se produjo nuestra primera entrevista, admitieron a Brian en un programa de maestría en adicción y salud mental. Este lo ayudará a continuar con su labor, pues supondrá una valiosa aportación al conjunto de logros que ha colgado en la pared de su oficina y en el tablón de anuncios interno de su renovada autopercepción. Por otro lado, la guinda del pastel en este capítulo de la biografía de Brian la pone la nueva

relación que mantiene con una mujer inteligente, quien también se dedica al campo de la salud mental comunitaria. Según él, esta vez es diferente. Está enamorado, pero no desesperado. Ha descubierto que puede ser apasionado sin estar loco de atar, y que la vida sin drogas es de todo menos aburrida.

***

Nuestro cerebro evolucionó para que persiguiéramos objetivos, centrando nuestra atención y motivación en posibles fuentes de placer o alivio, sobre todo aquellas que tenemos delante de las narices. El descuento por demora (o, como yo lo llamo, «atractivo aplazado») no es sino un modo de clasificar la naturaleza miope de este estado altamente focalizado. No obstante, su resultado (la reducción de la perspectiva y la canalización del deseo) supone una adaptación evolutiva que nos ha permitido sobrevivir y prosperar, maximizando las oportunidades para mejorar nuestras vidas y las de nuestros descendientes. Esta característica de nuestra naturaleza neural no es solo normal, sino básica para una especie que necesita pensar rápido y actuar de inmediato si quiere sobrevivir y prosperar en un mundo de opciones variadas.

Al perseguir el mismo objetivo una y otra vez, como solemos hacer cuando damos con alguien o algo que deseamos constantemente, fortalecemos las redes sinápticas en las partes del cerebro que sustentan la motivación y el enfoque, partes que diseñan representaciones duraderas de lo que es valioso e importante. En eso consiste el aprendizaje, por supuesto, pero la búsqueda repetida de un mismo objetivo (siempre más deslumbrante que otros más lejanos) lo acelera. Cuanto más se reduce la atención, más específico (y limitado) se vuelve el aprendizaje. Y esto no hace sino disminuir dicha atención aún más la próxima vez. El ciclo de

retroalimentación se convierte en una espiral que va menguando, un cono que se contrae hasta convertirse en un punto.

El cerebro es una máquina que produce hábitos. Y en la adicción, al igual que en el amor, nuestros hábitos pueden aumentar con notable rapidez. La atracción de Brian hacia la metanfetamina comenzó a acelerarse de manera exponencial después de que su relación con Vera se hubiera desintegrado. En apenas unos meses, pasó de ser un hábito de su estilo de vida a una adicción en toda regla. No obstante, por mucho que el cerebro pierda cierta plasticidad a medida que los hábitos se cohesionan y cristalizan, nunca la pierde por completo. De hecho, siempre conserva la suficiente para que se abran nuevas vías, excepto en el caso de daños orgánicos extremos o cuando los entornos se han vuelto restrictivos de forma no natural. Quizá esas vías no se abran enseguida la primera vez que los adictos intentan dejar de consumir, ya que aún el deseo no está perfectamente orientado hacia un objetivo bien definido. Lo que ocurre más bien es que se ven impulsadas por deseos más abstractos: libertad, novedad y satisfacción duradera. Cuando dichos objetivos acaban convergiendo y se concretizan, como por fin le sucedió a Brian, vuelven a brotar vigorosamente nuevas vías sinápticas, más allá de las trilladas rutas que alguna vez determinaron los estrechos límites de la vida.

---

25. Para un metanálisis, consúltese J. MacKillop, M. T. Amlung, L. R. Few, L. A. Ray, L. H. Sweet y M. R. Munafo, «Delayed Reward Discounting and Addictive Behavior: A Meta-analysis», Psychopharmacology, 216 (2011): pp. 305-321.

Donna sintió que, cada mes un poco más, se alejaba de las personas de su entorno. Incluso sus momentos de conexión (con su madre, con su hermano y, sobre todo, con Michael) empezaron a parecerle postizos, un juego cuyas reglas estaba empezando a olvidar. Durante una de nuestras primeras entrevistas, me dijo que la distancia le sentaba bien porque nadie podía entender lo importantes que se habían vuelto para ella las píldoras (algo que no iba a cambiar en aquel momento). Ella había aceptado la situación, le parecía justa y lógica a su manera, a pesar de que había dividido su mundo en dos esferas: la pública y la privada (de hecho, la muy privada).

Los últimos tres años habían sido muy estresantes, con Michael fuera de servicio la mitad del tiempo, tirado en el sofá, procurando no forzar la columna. Además, el trabajo de Donna estaba resultando más exigente que nunca, pues debía hablar con familias de niños con enfermedades mortales mientras intentaba mantenerse en pie y no permitir que la desesperación de estos la afectara. Las enfermeras la consideraban una santa. Y lo era. Excepto por cierta debilidad sin importancia, que se reservaba para el final de su turno. Y, dada su capacidad para ocultarla, no cabía duda de que seguía teniendo el control, ¿verdad?

Así recuerda ella la semana en la que todo se desmoronó:

Aquel miércoles en particular había salido pronto del trabajo, y se dirigía a una fiesta familiar en una casa llena de parientes a quienes no le apetecía ver. Howard, el primo hermano de Michael, estaría llegando en aquel momento. Donna lo había planificado todo al máximo, como de costumbre, pero su ansiedad aumentaba sin parar. Su suegra, Gert, de quien se había distanciado tanto como había

podido, era la anfitriona del evento. Donna no podía dejar de pensar que Gert sabía mucho más de lo que aparentaba. Sí, vale, su suegra no dejó de sonreírle, y Donna le correspondió de igual modo, igual de falsa, como en desagravio. ¿Y todo para qué? No estaba segura. Pero demasiadas señales le indicaban que algo no iba bien: sus familiares se comportaban de manera extraña con ella, demasiado amables. Y, por supuesto, ella misma había estado actuando de forma rara (imposible que no se hubieran dado cuenta), abandonando la habitación para regresar diez minutos después. Para luego salir de nuevo. Para irse al baño… ¿Otra vez, Donna? Y entrar en la casa por la puerta trasera para anunciar, después de a saber cuánto tiempo: «¡Hola! ¡Ya estoy aquí!».

Imposible que no supieran nada.

Sin embargo, nadie la había acusado, nadie le había dado un portazo en las narices; y Michael estaba tranquilo…, el mismo Michael de siempre. Resumiendo: nadie le había parado los pies a Donna. Pero justo eso era lo más extraño de todo, porque daba la sensación de que se estaba comportando bien. Dejó que el sueño continuara. La cría quedó impune. Supuso que no estaba siendo tan traviesa, tan mala, como a veces pudiera parecer.

Donna conserva un recuerdo inusualmente nítido del diálogo que mantuvo consigo misma aquel miércoles. Es capaz de enumerar con precisión todos los detalles de su vida interior. Y lo que describe es un debate que ya conocía, desarrollado en fragmentos inconexos. Aquella tarde condujo por la 405, que recorre Los Ángeles. Los coches hacían cola frente a ella, cambiando de carril en zigzag. Para dominar su ansiedad, intentó centrarse en lo inmediato, equilibrar su voluntad entre el acelerador y los frenos. Pero de pronto se preguntó si, en cuanto llegara a la casa, se lanzaría a por ello. ¿Iría directa al botiquín de Howard, donde había probabilidades bastante altas de encontrar algún medicamento? Parecía un tipo con posibles problemillas de salud: regordete, de mediana edad y bien medicado. Estaba segura de que encontraría algo, si se las apañaba para entrar

y salir sin que la vieran. Ya poco le importaba que hacer eso no estuviera bien. ¿Bien? ¿Mal? Preguntas cada vez más abstractas.

A esas alturas, había aceptado en lo que se había convertido: en una ladrona, no había modo más suave de decirlo. Se limitaba a hurtar medicamentos, sí, pero el caso es que los hurtaba. Y después mentía sobre ello. Así que también se había convertido en una mentirosa. Un año antes, había asistido al funeral de la madre de una amiga. En cuanto llegó a la casa donde se celebraba, no dudó en saquear el botiquín de la difunta. «Total, ya no las va a necesitar», se dijo, para restarle importancia. Su amiga apareció justo cuando Donna cerraba a sus espaldas la puerta del baño. «Es que el de abajo estaba ocupado», recuerda que le dijo para excusarse. Su amiga no pareció haberse percatado de los bultos en el bolso, ni de la ansiedad en su mirada. Donna sintió la consabida oleada de alivio: bien está lo que bien acaba.

Luego llegaron sus hurtos a Marsha, que vivía justo debajo de ellos. Había compartido algunos analgésicos con Donna, y alguna vez incluso le había vendido botes enteros, pero Donna se había acostumbrado a hurtarle casi todas las medicinas sobrantes. Y, aunque era imposible que Marsha no se hubiera percatado, esta nunca le dijo nada, así que Donna comenzó a experimentar una extraña sensación de invulnerabilidad. Tú escóndete y busca: ¡barra libre en casa ajena! Después regresaba a su patio delantero, con aplomo, pero con la adrenalina bombeando.

Poco a poco iba creando una nueva imagen de sí misma. En palabras suyas: «Me convertí en otra persona: en una mentirosa». Donna la mentirosa, Donna la ladrona, Donna la drogadicta, Donna la que coge por las buenas lo que necesita. Desde su infancia, siempre se había esforzado en ser una buena chica. Su trabajo en el hospital consistía en ayudar a los demás. Pero, en realidad, tal vez era una mala persona. Tal vez a la vuelta de la esquina la esperaba una desgracia bien merecida. O tal vez era libre de seguir vagando un poco más por aquel submundo de relatividad moral. Se encogía

de hombros mentalmente cada vez que el debate salía a relucir lo suficiente como para molestarla. No era un problema que pudiese resolver de momento.

***

Cuando llegó, ya había una docena de personas en la casa, y eso que aún no estaba todo el mundo. La mayoría se habían sentado en la sala de estar y charlaban sobre esto y aquello con un refresco en la mano. Todos eran parientes y amigos de la familia que se reencontraban después de meses o incluso años. Howard, que acababa de llegar, estaba allí también de momento. Donna saludó. Algunos giraron la cabeza y sonrieron, saludándola con un simple asentimiento. Su cuñada Cathy fue la única que le devolvió el saludo en voz bien alta. Respecto a los otros, Donna podía sentir sus ojos en la nuca mientras colgaba la chaqueta.

Atravesó el pasillo hasta llegar a la cocina, dispuesta a ayudar a Gert. Pero la señora, de más edad, le dijo que no hacía falta, que fuese a pasarlo bien. Lo tendría todo listo en breve.

A Donna le cuesta recordar por qué tenía tantísima ansiedad aquel día. No era, ni mucho menos, la primera vez que había tramado un hurto de pastillas. Recuerda que se sintió excluida y que pensó en las pastillas como en un alivio a medias. Las miradas de la gente parecían deslizarse más allá de ella, como si se hubiera situado en un punto ciego. Imaginó que llevaba pegada en la frente una tarjeta donde se leía «Drogadicta». Todos podían leerlo, para después desviar la mirada. Sin embargo, la engañosa calidez resultaba acogedora, aquel parloteo insustancial que subía y bajaba, envuelto en su propio ritmo. Tan solo se trataba de una fiesta familiar. Otra fiesta familiar. Y más que iban a llegar, con nuevos invitados que

añadir cada día, como antesala al broche de oro: el quincuagésimo cumpleaños de Michael, a principios de la semana siguiente.

Donna decidió que había llegado el momento. Se convenció de que la calidez de aquella estancia no era para ella. Iría en busca de la suya propia.

***

En realidad, Donna había pasado casi toda su vida buscando esa sensación, pues se había criado en una familia disfuncional. De pequeño, su padre había sufrido abusos sexuales por parte de su propia madre, según afirmaba él (y la gente no suele inventarse ese tipo de cosas). El hombre no tuvo su primera experiencia sexual adulta hasta que cumplió treinta y cinco años, y fue con la madre de Donna, que jamás supo con certeza qué los mantuvo juntos después de aquello. Su padre había sido alcohólico desde donde a ella le alcanzaba la memoria. Y había cometido intentos de suicidio. Siendo aún niña, Donna tuvo que cuidarlo por necesidad. Como también tuvo que hacerlo el resto de la familia. El hombre sufría una parálisis que lo tenía inmovilizado; y, de alguna manera, aquello se convirtió en el problema de todos.

Donna recuerda las constantes advertencias de su madre. «Donna, no seas dramática». «No hace falta contárselo a nadie, Donna». «No hay por qué montar un escándalo». De hecho, la mujer se permitía mostrar muy pocas emociones, fuesen del tipo que fuesen. Lo importante era mantener vivo a papá, evitar que el barco se hundiera. Había poca calidez. Pocas risas. Y, por supuesto, nada de enfados. Toda manifestación que pudiera interpretarse como un desafío o una oposición hacía sonar a todo volumen alarmas silenciosas. ¿Se sentiría frustrado papá? ¿Se sentiría atacado? ¿O atrapado? Si eso ocurría, se desataría el infierno. Aquella vez de la

leche derramada en el restaurante resultó casi apocalíptica. Se le cayó al hermano de Donna, pero el resultado fue que a nadie se le permitió comer fuera de casa en los dos años posteriores. Incluso cuando Donna era un bebé, su llanto era silenciado. Su madre apagaba el vigilabebés si lloraba demasiado (como le confesó a su hija años después). No debemos molestar a papá.

En vez de recibir los cuidados que requería como niña, Donna acabó brindándolos ella misma. «Asumí que aquel era mi modo de formar parte de la familia: portarme bien. Obtuve mucho reconocimiento gracias a eso», me confesó. También me dijo que «era muy autosuficiente, leía libros desde muy pequeña y no jugaba con otros niños». De hecho, no se sentía cómoda con ellos: «Definitivamente, me sentía fuera de lugar. Tenía la sensación de que algo en mí no funcionaba». Pero dentro de su familia era muy apreciada. Su padre confiaba en ella cuando esta solo tenía ocho años. El hombre le contó más de lo que debía sobre sus demonios personales. Y la niña decidió que salvarlo sería su misión personal. A su padre le gustaban los coches, así que Donna comenzó a interesarse en ellos. A su padre no le gustaba el contacto físico, así que Donna intentó acercarse a él a través de la conversación, hablando sobre coches, deportes o el mercado de valores, temas que había tomado prestados de la estantería de la sala de estar. Pero lo peor de todo era que, a menudo, su padre parecía al borde del suicidio. Así que, varias veces por la noche, Donna salía de la cama para ir a comprobar si el hombre seguía respirando. Caminaba de puntillas subrepticiamente, de una habitación a otra, tal y como veinte años después se deslizaría en silencio por la casa de sus suegros.

La necesidad de Donna de ocultar sus sentimientos adquirió una nueva forma en la adolescencia: nuevos brotes alimentados por su creciente vitalidad, ramas totalmente nuevas que se extendían hacia arriba. A los doce años comenzó a matarse de hambre. Aunque les dijo a todos que iba a hacerse vegetariana, su auténtico propósito era afilar la hoja del autocontrol hasta que pudiese doblegarla hacia fuera o hacia dentro a voluntad. No lo llevó al extremo de la

anorexia, sino que más bien recibió elogios por mantenerse delgada y con buena salud. Así de bien se le daba. Siempre alerta y decidida, guardiana de sus propias emociones. Para cuando cumplió los dieciséis, era una joven competente, guapa y querida por todos, pero que reprimía la ira como si eso fuese algo natural. En cuanto se hizo con su título universitario, obtuvo un competitivo empleo en un hospital, trabajando con familias de niños muy enfermos. Todo el mundo la colmaba de infinitos elogios por su fuerza y sus cuidados, pero nadie llegó a vislumbrar el resentimiento oculto que fácilmente podría revertir su gran generosidad.

A los veinticinco años, descubrió el mundo de los medicamentos. Fue gracias al Vicodin, que se lo recetaron debido a una lesión que se había hecho en el cuello montando en bicicleta. Al principio, tan solo era un analgésico. Cuando recuerda aquel período de su vida, le resulta asombroso que los opiáceos no hubieran tenido ningún atractivo especial durante aproximadamente un año. Pero entonces trató de duplicar la dosis, ingiriendo cuatro de golpe, y ahí fue cuando empezó a descubrir sus bondades ocultas. Los opiáceos le permitían ocultarse, permanecer inmune y sentirse amada, desde dentro, todo a la vez. El vigilabebés podía apagarse para siempre. Ya no necesitaba que nadie la rescatase.

Pero las reservas empezaron a agotarse y tuvo que reabastecerlas. Aprendió a falsificar sus propias recetas, con osadía, pero eficiencia. Un año después, tras un par de falsas alarmas, se asustó y decidió parar. Experimentó por primera vez los síntomas de abstinencia: los ojos y la nariz goteantes, el brillo de la sobreestimulación, los calambres… Se pasó año y medio sin consumir pastillas, y durante ese tiempo conoció a Michael. Empezaron a vivir juntos; se comprometieron y luego se casaron. Sin embargo, Michael venía bien abastecido de opiáceos. Su organismo estaba mucho peor que el de ella, pues en la parte inferior de la columna se le estaban deshaciendo poco a poco varios discos. Tras la boda, Michael se retiró al sofá, ya que se había lesionado moviendo muebles por el

nuevo apartamento. Debido a ello, adquirió toneladas de Vicodin. Y entonces su esposa tuvo barra libre.

La vida de Donna siguió virando en una dirección que ella no había escogido, como el movimiento de las placas tectónicas, invisible hasta que se produce el momento crítico. Ella amaba a Michael (o, al menos, estaba convencida de ello). Por desgracia, la columna de su marido siguió empeorando, así que ahora había morfina líquida y OxyContin desperdigados por todo el apartamento. Donna se servía a placer. Desarrolló una afición especial por el OxyContin, aunque en realidad se apañaba con cualquier opiáceo que cayera en sus manos (Vicodin, Percocet, Dilaudid…). Saqueaba incluso a sus amigos, ya fuesen sus botiquines o sus bolsos cuando no estaban presentes. Pero el suministro de Michael era su póliza de seguro. Y, contra todo pronóstico, él no parecía darse cuenta.

Excepto una vez en que la pilló con las manos en la masa. Se mostró más molesto que realmente enfadado, así que Donna admitió su afición por los opiáceos y prometió ver a un terapeuta para arreglar las cosas. Sin embargo, no cumplió su promesa. Lo que hizo fue volverse más cuidadosa, y asunto zanjado.

Su deseo compulsivo hacia los medicamentos siguió aumentando, hasta que no le quedó otra que convertirse en una conspiradora, aprovechando las lecciones aprendidas en su infancia. La autosatisfacción estaba ahora completamente ligada a la rebeldía. Saboreaba cada triunfo y, de hecho, casi canturreaba de alegría cuando lograba alguno particularmente atrevido. Además, encontró otras fuentes de suministro: un nuevo médico, amigos que estaban dispuestos a compartir o vender sus medicamentos o a hacer la vista gorda cuando ella los hurtaba. Y parientes, un filón especialmente valioso. Sus suegros tenían botes de pastillas guardados en media docena de cajones: los de la cocina, los de las mesitas de noche y, por supuesto, el botiquín del baño. Donna sabía que se había vuelto adicta (más a nivel psicológico que físico), pero sentía que podía manejarlo. Seguía teniendo el control. No consumía medicamentos

en el trabajo. Se reservaba para cuando finalizase su turno, pues entonces ya se habría ganado el derecho de drogarse. Seguía siendo una profesional de la atención sanitaria, muy responsable a la hora de atender las necesidades ajenas. La única diferencia era que ahora también estaba decidida a cuidar de sí misma.

***

Donna me describió la siguiente escena con angustioso detalle. Por lo visto, la tiene grabada a fuego en la mente, como los eventos que preceden a cualquier trauma intenso, ya sea físico o emocional. Durante las semanas anteriores, había registrado muchas veces el botiquín y todos los cajones del baño. Había revisado los armarios y los cajones de las mesitas de noche. Sabía que no quedaban más botes de pastillas que valieran la pena en ningún rincón de aquella casa. A menos que el primo Howard hubiera traído alguno consigo.

Su maleta debía de estar en el cuarto de invitados. Un haz de determinación inundó el vacío en su estómago, tal y como siempre le ocurría antes de dar el primer paso. Bromeó un poco con la gente a su alrededor antes de excusarse:

—Debo hacer una llamada telefónica. Vuelvo enseguida.

Pasó frente a la cocina, exudando despreocupación, aunque en realidad le pareció que le costaba una eternidad llegar a la habitación del final del pasillo. Entró y cerró la puerta.

La maleta de Howard yacía en el suelo, junto a la cama. Se sentó en ella, se inclinó, abrió la cremallera de la maleta y se puso el móvil en la oreja, todo casi a la vez. Fue sacando prendas de ropa y apilándolas en el suelo, hasta que distinguió un reluciente neceser de vinilo. Lo extrajo muy despacio, con cuidado, y lo dispuso en el

suelo, junto a los pares de calcetines que, involuntariamente, había sacado con él. ¡Mierda! Tendría que volver a ponerlo todo exactamente como lo había encontrado. Pero ahora tocaba lo que tocaba. Con la mano derecha abrió la cremallera y comenzó a hurgar, mientras que con la izquierda seguía sosteniendo el móvil contra la oreja, pues sería su excusa en el caso de que alguien…

—¿Qué estás haciendo? —dijo él—. ¿Pero qué cojones estás haciendo? —Con cada palabra, elevaba más la voz—. ¿Estás loca?

Entró a trompicones en la habitación.

—Es que…

—¿Por qué estás registrando mi maleta?

La voz de su primo Howard sonaba cada vez más a acusación. Una acusación justa, pero aún llena de desconcierto.

Donna se veía incapaz de articular palabra.

—¿Es dinero? ¿Es eso lo que buscas? ¡Pues toma, ahí tienes dinero! —le dijo ya a gritos. Por suerte, la puerta se había cerrado, pero allí seguía aquel hombre gritándole—. ¡Anda, cógelo! ¿Cuánto necesitas? —Sacó unos cuantos billetes de su billetera y se los arrojó.

—Es que… —Se sentía paralizada.

—¡¿Es que qué?!

Lo dijo con tanta rabia que varias gotas de saliva salieron despedidas para aterrizar en el rostro de Donna. Esta bajó la mirada y contempló el desastre que había hecho. La cremallera del neceser seguía abierta. Por unos segundos, un intenso deseo salió despedido hacia su garganta. Ojalá hubiera tenido un par de minutos más. Y justo entonces el mundo se desencajó de sus bisagras, pues de

pronto entendió que ya nada volvería a ser igual. Ya nunca a partir de aquel momento.

Sus excusas habituales brotaron como burbujas, pero estallaron antes de alcanzar la superficie. No había salida. Nada de lo que pudiera decir funcionaría esta vez.

—Tengo un problema con los medicamentos —afirmó en voz baja. Por fin lo verbalizaba. Las manos comenzaron a temblarle; la adrenalina, a bombear. Pero no porque estuviese asustada. Más bien sintió como si una fuerte conmoción la hubiera abofeteado, como si la vergüenza se condensase en pequeños charcos.

—Tengo un problema con los medicamentos —repitió, paladeando cada palabra—. Estaba viendo si tenías alguno.

Howard se quedó mirándola, incapaz de comprender.

—Mi marido lo sabe —agregó. Al escuchar su propia voz suplicando clemencia, empezó a verse a sí misma como supuso que la verían los demás. Porque Michael no lo sabía. No del todo. No el verdadero alcance del problema. No la desesperación con que lo necesitaba, ni los robos, ni las mentiras. Pero ahora por fin sí sería consciente. Y también todos los demás.

***

En capítulos anteriores describí el neurocircuito del deseo, desde sus orígenes en el mesencéfalo y el accumbens hasta la COF (corteza orbitofrontal), donde el valor y la expectativa se forjan a partir de la emoción pura. La COF de Donna estaba muy experimentada en lo que a drogas se refería. Sus respuestas ya se habían practicado, incluso se habían estereotipado. Durante años, sus sinapsis habían

acabado generando un brillo de anticipación cada vez que tenía medicamentos cerca. Pero las señales no acababan ahí. Siempre que había medicamentos en el horizonte, la activación de la COF seguía fluyendo hacia los tramos más elevados de su corteza prefrontal (hacia la parte superior de la cabeza, en sentido dorsal). Y cada vez que Donna pensaba, soñaba u obtenía opiáceos farmacéuticos, cada vez que se arrellanaba en aquella nube de comodidad que tan bien conocía, la corriente de activación viajaba a dichas regiones prefrontales superiores, modificando las conexiones con cada oleada.

En muchas ocasiones, el alivio anticipado que ofrecen las drogas (u otros objetivos adictivos) sigue marcando patrones en la COF. Esta última se comporta como una verdadera glotona en lo relativo al aprendizaje emocional, por lo que está sujeta a cambios sinápticos desde la infancia en adelante. Sin embargo, los cambios que estaban desarrollándose en el cerebro de Donna siguieron hacia el norte, por un enorme bulevar de fibras nerviosas. Una de las regiones situadas en dicha ruta se encuentra a ambos lados de la línea media o fisura que divide ambos hemisferios corticales, como franjas de tierras de cultivo que recorren un valle fluvial. A esta región la denominamos «corteza prefrontal medial» (CPF medial) y, debido a su ubicación, entre el terreno pantanoso de la COF (en la parte inferior de la CPF) y los promontorios más secos de la razón y el juicio cercanos a la parte superior, dicha región acaba desempeñando una función tanto cognitiva como emocional: comprenderse a uno mismo y a los demás. Así pues, se asemeja al aprendizaje que se produce no en la infancia y la niñez temprana, sino en la niñez intermedia, cuando el cerebro codifica nuevas constelaciones de conocimiento social.

La CPF medial es el núcleo del cerebro social, donde la realidad interpersonal se clasifica en dos entidades fundamentales: el yo y los otros. En la CPF medial damos sentido a las acciones de los demás, las traducimos e interpretamos en cuanto a intenciones y objetivos, y a su vez evaluamos las acciones y objetivos con los que nosotros mismos respondemos. Aquí formulamos nuestras perspectivas,

nuestros prejuicios, intentando conectarnos con aquellos a quienes admiramos o amamos y distanciarnos de aquellos de quienes desconfiamos. Los psicólogos creen que llegamos a comprender la vida interior de otras personas cuando interpretamos sus intenciones y motivaciones en el dispositivo del yo, cuando imaginamos cómo nos sentiríamos si fuésemos ellos. Al mismo tiempo, como niños en desarrollo, formulamos nuestro sentido de identidad tomando prestadas, combinando y revisando las características que percibimos o imaginamos en los demás. Así diseñamos nuestras identidades, a la edad de ocho o nueve años, y así las rediseñamos a medida que seguimos desarrollándonos en la adolescencia y la edad adulta.

Junto con una región ubicada en la esquina posterior del lóbulo temporal (la unión temporoparietal), la CPF medial se activa cuando las personas piensan no solo en las características e intenciones de los demás, sino también en las propias. De hecho, esta forma parte de una red mucho mayor que cobra vida cuando imaginamos, soñamos despiertos y ensayamos posibles interacciones con otros. Además, la CPF medial resulta de especial importancia a la hora de conectar nuestra autopercepción con nuestros objetivos emocionales. Nos definimos en sintonía con dichos objetivos, y esa autodefinición se cimienta mediante el fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre la CPF medial y otras regiones.

Esta red se va reconfigurando a medida que los adolescentes resuelven sus desafiantes problemas sociales, y ajusta sus identidades mientras, por ejemplo, se compran ropa. En el caso de Donna, se reconfiguró con los medicamentos, revisando su sentido de sí misma, sus valores y su visión de otras personas. Estos medicamentos eran aliados que le proporcionaban la calidez que sus padres le habían negado. Suponían una excelente noticia para el mundo emocional de Donna. Por lo tanto, los senderos abiertos por su atracción hacia las drogas modificaron su identidad: empezó a autopercibirse como alguien que consumía, no solo como alguien que dispensaba cuidados o que era capaz de controlar y

autocontrolar, no solo como una víctima (al menos, cuando había medicamentos a mano). Dichos aspectos de su identidad ya habían comenzado a emerger en la adolescencia, fertilizados por sus experimentos juveniles de autocontrol y de control de los demás, pero por lo general habían permanecido ocultos tras su imagen de «niña buena». En cambio, ahora florecían más vigorosamente en la penumbra de su pensamiento adictivo: una rama que crecía del tronco de su personalidad en un ángulo extraño, deformada pero robusta.

La CPF medial se activa cuando nos juzgamos a nosotros mismos, cuando nos ajustamos, cuando nos convertimos en quienes somos. Así que no es de extrañar que se reconfigure mediante la repetición de una experiencia con un inmenso significado social y emocional. Dicha experiencia puede consistir en enamorarse (ya sea de forma romántica o paternal), violar la ley o unirse a una secta religiosa. O puede consistir en el consumo de drogas, ya que estimulan de forma directa las sensaciones corporales centrales y, por lo general, perturban las relaciones interpersonales. Las experiencias de este tipo suponen los agentes de cambio en el desarrollo de la identidad, la moralidad e incluso la personalidad. Aun así, tales experiencias no tienen por qué tener nada de estrambóticas para influir en el desarrollo, como tampoco guardan relación alguna con una enfermedad.

Las oleadas de deseo dieron forma a la CPF medial de Donna en una matriz que sustentaba dos autorretratos: Donna la benefactora, la que se ocupaba de los demás, satisfacía las necesidades ajenas y reprimía las propias; y Donna la desafiante, la que cuidaba de sí misma porque nadie más lo iba a hacer. Según me dijo: «Se convirtió en una doble vida. Seguía siendo buena persona, seguía cuidando a otros, seguía teniendo éxito… La gente se habría quedado muy impactada si hubiese sabido de la existencia de aquel otro yo». Oscilaba entre ambas identidades, cada una de las cuales apenas podía reconocer la existencia de la otra. Pero no era exactamente una doble personalidad, más bien una especie de viaje

camaleónico. Aún quería que la aceptaran y la amaran, pero ya no era lo único a lo que aspiraba. Siguió practicando sus cálidas sonrisas y sus generosos ofrecimientos. Sin embargo, cuando tenía medicamentos a mano, cuando aquella singular corriente de activación salía disparada hacia arriba por su línea media prefrontal, podía dejar de lado todo aquello. Y la inundaba la satisfacción, incluso una sensación triunfal, cuando engañaba a la gente de su entorno y lograba salirse con la suya (a fin de cuentas, una nueva solución para un problema más que viejo).

***

Bajo la mirada acusadora del primo Howard, ambas configuraciones de la identidad de Donna colisionaron y estallaron. Donna la drogadicta nunca se había visto expuesta al escrutinio familiar. Su yo drogadicto se había mantenido invisible, pues jamás podría reconciliarse con la moralidad convencional de sus suegros, sus hermanos, sus primos, sus padres y su esposo (sobre todo su esposo). Así que ahora iba a pasarlo mal. La vergüenza y el miedo salían a borbotones de la fisura abierta en el muro que había mantenido separados dichos mundos. Si descubrían que era drogadicta, no habría perdón para ella. Los había decepcionado a todos.

Durante dos días, Donna repasó mentalmente todo lo ocurrido después de aquello. Nadie había reaccionado cuando volvió a la sala de estar. Era imposible que no hubiesen oído los gritos y, sin embargo, nadie dijo nada. Tampoco cambió nada a su regreso a casa. Michael mostraba la misma tranquilidad y entereza de siempre. Lo único distinto es que parecía un tanto ensimismado, algo ausente. Pero mejor así, ¿no? Al menos, no se volvió hacia ella para vomitarle su desprecio. Además, también Donna estaba un poco más ausente de lo habitual. Como si no estuviese con él. Aun así, se

quedó observándolo muy atenta, a la expectativa, como un perro que espera con los hombros encorvados alguna señal de enfado en el rostro de su dueño. ¿Se lo contarían a Michael? ¿Se lo habían contado ya? ¿Sabían algo siquiera?

Por primera vez en meses, quizá en años, necesitaba con todas sus fuerzas aferrarse a sus seres queridos. Cualquier otro objetivo (incluidos los medicamentos en sí) se desvaneció a toda velocidad. La lucidez que le ofrecían los opiáceos comenzó a perder su cualidad distintiva. Mientras esperaba el veredicto, empezó a olvidar lo que había significado para ella consumir medicamentos y por qué había significado tanto. Se visualizó como una lisiada, una paria, que vagaba encorvada por un mundo vacío de calor humano. Soñó que su llave ya no abría la puerta principal. Y, cuando despertó, se convenció de que aquello estaba ocurriendo de verdad. De que podría perderlo todo. De que se encontraba de pie al borde del abismo, contemplando un futuro en el que su familia la despreciaba, en el que no tenía trabajo, ni amigos, ni a Michael. Se imaginó todo aquello, muchas veces, mientras esperaba que la tragedia se desencadenara.

***

El viernes por la noche se celebró otra fiesta. Howard estaba allí, pero no sacó a relucir el tema. De hecho, se mostró cordial con ella. Y Donna se encontró fantaseando con que quizá, con un poco de suerte, aquello se acabaría y podría regresar a la extraña vida clandestina que había estado llevando. Ella y Michael apenas intercambiaron palabras de camino a casa, hasta que él afirmó con un tono extrañamente sereno que Howard lo había invitado a un almuerzo tardío al día siguiente. Donna contuvo el aliento. Trató de interpretar el silencio que siguió.

A última hora de la mañana siguiente, Donna se encontraba en casa de Cathy, que la había invitado a una baby shower. Nada podría haber sido más mundano, más normal y, por tanto, más tranquilizador. Pero Michael y Howard estaban almorzando juntos, y lo que sucediera durante aquel encuentro dictaría el curso de su vida. Revisaba el móvil cada diez minutos. Ninguna llamada. Deseaba que alguien interviniese aquella vez, Dios o quien fuera, y permitiese que las cosas salieran bien. Que obligase a Howard a mantener la boca cerrada. Que Michael no se enterase.

Cuando por fin la llamó su esposo, ella lo escuchó atentamente en busca de pistas. Este le preguntó cuándo volvería a casa. Lo dijo con un tono neutral, así que Donna notó que su esperanza se avivaba hasta convertirse en una llama crepitante.

Sin embargo, en cuanto entró por la puerta de casa, la llama se apagó. Michael estaba sentado en un sillón de la sala de estar, con las cortinas echadas. La habitación estaba en penumbra, con sombras aún más oscuras a sus pies.

—Pasa y siéntate —le dijo con tono inexpresivo. Ella obedeció—. Sé que has estado consumiendo. Y sé lo ocurrido con el primo Howard.

Donna, incapaz de moverse, no apartó la vista de él.

—Mis padres lo saben desde hace semanas —prosiguió—. Te grabaron en vídeo.

—¿Qué?

—Instalaron una cámara en la esquina del dormitorio. Tú no la viste, pero ella a ti sí. Te grabó entrando y saliendo del baño… muchas veces —informó, y entonces su voz monótona acabó elevándose—. ¿Me puedes decir qué estabas haciendo en el dormitorio y el baño de mis padres?

La miró sin hostilidad, pero con una mezcla de asombro y desdén que resultaba mucho más inquietante. Como si no conociera bien a su esposa y prefiriese no conocerla en absoluto.

Así que ella se sinceró. Con voz tranquila y reflexiva, le habló de los pasos cada vez más atrevidos que había dado en busca de medicamentos, de lo decepcionada y resentida que se había sentido cada vez que no los había encontrado y de cómo había acabado deseándolos con mayor intensidad. Le describió con toda exactitud cómo se sentía cuando reparaba en que tal vez se le había pasado por alto buscar en algún sitio. Un cajón que no había visto, el armario bajo el fregadero… Michael la escuchó con atención y de vez en cuando asentía con la cabeza, pues el relato de su esposa encajaba. La confesión coincidía con lo que sus padres le dijeron que habían visto en el vídeo, detalle a detalle, en toda su fealdad.

Cuando Donna se fijó en la correspondencia entre sus palabras y los asentimientos de él, comprendió que el vídeo era real, que debía de existir, aunque le pareciera inconcebible. Se imaginó lo que la cámara debió de haber grabado. Donna hurgando cajón tras cajón, una y otra vez, como una loca. La vergüenza la doblegó: una patada perfectamente dirigida a su estómago.

—Van a enseñarme el vídeo —le comentó Michael.

—¡No, Michael! ¡Por favor, no lo veas! ¡Ni se te ocurra! —exclamó ella. Estaba segura de que él dejaría de amarla si llegaba a presenciar su cacería desesperada, como la de un animal hambriento.

—No importa —respondió Michael. En realidad, su interrogatorio casi había terminado—. Quiero que llames a tus padres y que ingreses en un centro para empezar un tratamiento. Ahora mismo. Si no lo haces, te dejaré.

Por fin se había materializado. Su peor miedo, el violento impacto del agua helada.

Se desplomó en el suelo tras ver debilitadas todas sus defensas, todas sus fuerzas. Oleadas de terror la inundaron, cada una seguida por una estela de vergüenza que la succionaba. El cuerpo le temblaba convulsamente bajo el empuje de dichas emociones. Dobló las rodillas contra el pecho. Cerró los ojos con fuerza. No podía soportar que Michael la mirara. Ni ahora, ni nunca.

Y, sin embargo, tras la tormenta había una pequeña estancia donde otra voz le hablaba. «El juego ha terminado», le dijo. «Por fin puedes soltar lastre. Ya no tienes que seguir luchando».

—Haré todo lo que me pidas —afirmó Donna en voz alta, con los ojos aún cerrados. Por primera vez desde su infancia, se sentía completamente indefensa.

Haría todo lo que le pidieran. No quedaba ninguna otra motivación, ningún otro plan. Aunque, curiosamente, cada vez que la vergüenza dejaba de palpitar por un instante, sentía algo inesperado: alivio. Un alivio enorme. La rendición de aquel yo que se había mantenido inquebrantable durante demasiado tiempo, con demasiado esfuerzo (tratando de ser la persona que todos pensaban que era, pero con la firme determinación de obtener lo que merecía), daba paso ahora al agotamiento.

***

Se derramaron muchas lágrimas aquella noche. Hubo muchas llamadas telefónicas, disculpas desgarradoras y mensajes de perdón y esperanza. Llamadas de Donna a los padres de Michael y luego a sus propios padres. Todo el mundo lloró y le expresó su afecto, incluso su perdón. Y aquello fue lo más asombroso, según recuerda Donna: la compasión y la delicadeza que le demostraron su madre y su hermano, cuando lo que ella esperaba era rechazo y desprecio.

Aquella noche dejaron un mensaje en el contestador de una especialista en adicciones. Cuando esta les devolvió la llamada, obtuvieron cita para el lunes a las nueve de la mañana. Aquello sumió a Donna en un limbo de dos días. Apenas se movió. Pasó casi todo el tiempo tumbada en el suelo, pues se negaba en redondo a dormir en la cama. Era su forma de autocastigarse. Quería morirse, según recuerda. Sentía que no merecía seguir viva. Pero carecía de la energía o la determinación necesarias para suicidarse. Apenas hablaba con Michael. Más tarde descubrió que la habían estado vigilando por si intentaba suicidarse, y que Michael le echaba un ojo cada una o dos horas. Sin embargo, pese a las ráfagas de angustia, allí reinaba la paz. Donna estaba aturdida, entumecida, y a menudo se sentía insignificante y también aliviada de no tener que esforzarse por intentar ser nadie en absoluto. De aquel modo se mantuvieron a la espera ella y Michael, hasta la mañana del lunes.

Cuando por fin llegó el día, Michael y el hermano de Donna casi tuvieron que guiarla hasta el coche. Nunca había estado en tratamiento de ningún tipo. Entonces conoció a la mujer con quien habría de conversar durante varios años. Una mujer que también había sido adicta en otro momento de su vida. La terapeuta quería que ingresara en un entorno residencial lo antes posible. Donna se negó. No quería ir a un sitio así. Pero de pronto recordó que Michael continuaba en la sala de espera. Así que por fin accedió, renunciando a los últimos jirones de su supuesta independencia.

Dos días después la admitieron en un programa de treinta días que ofrecía terapia grupal e individual. Varias veces por semana llevaban a los pacientes a reuniones de los Doce Pasos. Las primeras salidas de Donna fueron a un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), pero solicitó que la cambiaran a Narcóticos Anónimos (AA), lo cual le convenía más.

Una vez transcurridos los treinta días, Donna se mudó con sus padres. Aunque fue una época de emociones contradictorias, en aquella casa parecía haber mucha más calidez de lo que recordaba.

Dos meses y medio después, volvió con Michael. Durante todo aquel período, Donna siguió reuniéndose con la terapeuta que había visto por primera vez el lunes posterior a su «colapso» (¿de qué otro modo podría llamarlo?). Exploró el nuevo y extraño mundo de la honestidad absoluta. No solo le caía bien aquella persona, sino que también experimentó otra sensación inédita: se sentía comprendida.

Empezó a descubrir las motivaciones que la habían llevado de vuelta a las pastillas una y otra vez: por un lado, la sensación de seguridad que le otorgaban los medicamentos; por otro, el emocionante desafío, incluso la emocionante venganza, que conllevaban. Ambas sensaciones le resultaban gratificantes, pero de maneras muy distintas. Descubrió que, hasta donde le alcanzaba la memoria, siempre había creído que si alguien llegaba a conocer su verdadero yo, no querría seguir relacionándose con ella. Así que Donna comenzó a sentir la rabia resultante que había ido acumulando.

***

Su terapeuta quiso escuchar la historia al completo.

El afán de borrar su mundo interior había surgido mucho antes de sus días de consumo de drogas. La ecuación que guiaba su vida era que debía ocultar sus sentimientos de necesidad y vulnerabilidad, su desilusión, su ira, con tal de que la gente la aceptara, la tolerara, la amara. Primero de niña, en una familia configurada en torno a la fragilidad de su padre. Años más tarde, ya como joven adulta, enredada en una espiral de relaciones con hombres abusivos, uno tras otro. Recuerda una relación particularmente espantosa en la que, para satisfacer al hombre con quien salía, permitió que este la atara y le pusiera una pistola en la cabeza. El sacrificio era la clave de la aceptación. Como ella misma lo expresó, hubo «un momento en que, sencillamente, mi yo se esfumó».

Ahora ve la semejanza entre las relaciones abusivas y la adicción a las drogas, al menos en su propia vida. En ambos casos, tuvo que renunciar a muchas cosas para obtener otras. Afirma que «salía de las relaciones físicamente rota, al igual que quienes entran en rehabilitación». Pero el impulso de repetir aquellas experiencias desastrosas, ya fuese con hombres o con drogas, era exactamente el mismo. Entre una relación y otra, se mataba de hambre, no comía durante largos períodos. Lo importante era negar sus necesidades reales, sufrir dicha privación, hasta que ya no pudiera soportar el vacío.

Una vez curada casi por completo su lesión de cuello, Donna descubrió que el Vicodin no solo le aliviaba el dolor, sino que le ofrecía algo más: una sensación de calidez envolvente que no la obligaba a extirpar de raíz sus sentimientos, que no la forzaba a ocultarse de sí misma. Pero, por supuesto, no podía compartir con nadie aquel descubrimiento. Mantener en secreto su nueva obsesión no le resultó sencillo, pero tampoco le resultó tan doloroso como ocultarse sus propias necesidades. De hecho, aquel secretismo y aquella ocultación se volvieron satisfactorios, pues liberaron brillantes llamaradas de desafío, momentos de victoria, en una vida que en realidad se veía gobernada por la conformidad. Y le funcionó, siempre y cuando los medicamentos le proporcionaran la intimidad que necesitaba. Para Donna, al igual que para Natalie, se produjo cierta fusión, resultante no tanto de la droga en sí como de un collage de heridas pasadas y presentes, y del modo en que las recompensas encajaban en el hueco de las carencias.

Con la ayuda de su terapeuta, Donna reprodujo los mensajes que había grabado desde niña. «En mi familia había muchas cosas que hacíamos en silencio. Y después repetí aquellas mismas dinámicas con otras personas. Me mostré muy reservada con Michael, y luego desafiante a través del secretismo». Su terapeuta la puso delante de un espejo y Donna se dio cuenta de que había estado reprimiendo la depresión durante casi toda su vida, lo cual la dejó conmocionada. Nunca había considerado que estuviese deprimida, pero ahora

resultaba obvio. Había negado gran parte de su dolor y había optado por el autocontrol y el autoabuso, ya fuese con sus padres, con los hombres o con las drogas. Lo importante siempre había sido permanecer oculta. Aquella era la única regla que jamás había roto. Hasta ahora, sentada en aquella consulta con alguien a quien apenas conocía.

***

Donna logró estar catorce meses sin drogarse. Luego pasó a consumir tramadol, un opiáceo suave, de forma esporádica durante cuatro o cinco meses. No tengo muy claro cómo lo obtenía, pero sé que lo tomaba debido a su estado emocional, no a una necesidad médica. Al igual que Brian, no lo dejó de la noche a la mañana. Sin embargo, la «recaída» de Donna pudo haber fomentado un mayor ciclo de crecimiento. Ella y Michael se separaron en cuanto él se enteró. A este le llevó dos semanas sacar todas sus pertenencias de la vivienda que compartían. Pero esta vez ella no se vino abajo. Ni por asomo. Esta vez solo sintió alivio. Los modales reservados y la distancia emocional de Michael no eran lo que ella quería en un compañero de vida, pero jamás se le había pasado por la cabeza romper con él. ¿Acaso no era la necesitada? ¿Acaso no se merecía él la lealtad eterna de ella? Hoy Donna se pregunta en voz alta si su recaída fue un modo inconsciente de romper un matrimonio que hacía aguas. No hay meticulosidad alguna en volverse adicto, como tampoco la hay en dejarlo.

Con todo, le resultó relativamente fácil dejarlo la segunda vez. Se dio cuenta de que las reuniones de NA a las que había asistido eran asfixiantes y moralistas, o al menos a ella se lo parecían, y que había otras formas de seguir adelante con su vida. Tomó decisiones conscientes para reavivar las relaciones con sus amigos y descubrió que casi todos ellos la apoyaban muchísimo en el proceso que

estaba atravesando. Tenían claro que debía tomar una decisión, pero no le marcaron límite alguno. No amenazaron con sacarla de sus vidas si no lograba mantenerse firme. Donna renunció a su empleo en el hospital, aunque sigue atendiendo a pacientes de forma privada. El trabajo en el hospital era otra responsabilidad que se había sentido obligada a mantener, hasta que comprendió que no era para ella.

La última vez que hablamos, Donna llevaba dos años sin consumir. Parecía confiada y entusiasmada con su nueva vida. No solo se había librado del consumo de medicamentos, sino también de un trabajo y un matrimonio que la habían convertido en una cuidadora sin alma. Había desempeñado aquel papel desde su infancia, un papel contra el que se había rebelado cada vez que hurtaba muestras de calidez de quienes la rodeaban. Ahora ve que sus necesidades, su estado de ánimo, sus momentos egoístas y su naturaleza a veces volátil no son tóxicos para los demás. Nadie cae fulminado a su alrededor. De hecho, su mundo interpersonal resulta más espontáneo, más lleno de amor que nunca. Y no cabe duda de que su corteza prefrontal medial está cambiando otra vez. Los grupos sinápticos que se mantuvieron separados durante mucho tiempo por fin se unen para crear un solo cordón, flexible y fuerte. Donna sigue viendo a su terapeuta para realizar ajustes ocasionales. Y, aunque no se encuentra totalmente fuera de peligro, sí parece estar en muy buena forma.

Le pregunté si le daba la sensación de haber crecido como individuo durante su adicción y recuperación. Se echó a reír y me confesó que nunca se había sentido tan fuerte, tan feliz. Donna dejó muy claro que la adicción no solo consiste en un viaje evolutivo, sino en uno que continúa durante el período de recuperación. De hecho, cuando di por concluidas mis entrevistas con ella, el término «recuperación» había dejado de tener sentido para mí. «Recuperarse» implica retroceder, volver a la normalidad. Un término razonable cuando crees que la adicción es una enfermedad. Pero muchos adictos con quienes me he entrevistado, incluida Donna, consideran haber

avanzado, no retrocedido, después de dejarlo o mientras aún lo estaban intentando. A menudo descubren que se han vuelto mucho más conscientes y autónomos que antes de su adicción. La terminología médica de «enfermedad» y «recuperación» se queda corta para explicar con sencillez la dirección de este cambio. En lugar de recuperarse, parece que los adictos siguen creciendo, al igual que cualquiera que supere sus dificultades a base de reflexión e intuición.

Hacia el final del día, Johnny se despertó en el suelo de baldosas de la cocina. La huella de su rostro permaneció allí durante semanas, según me contó. «Era como la Sábana Santa de Turín». Al principio no supo si era de día o de noche, pues la luz se veía muy grisácea y todo le resultaba borroso y a la deriva. Entonces volvió en sí de verdad. Se sentó y estuvo un rato reflexionando, hasta que por fin se puso en pie para ir en busca de sus somníferos. Los arrojó a un lado de la mesa, puso el ron al otro lado y dijo en voz alta: «Tú decides: o una cosa, o la otra. Si eliges el Bacardí, asegúrate de que no se te vaya la mano. Si eliges lo otro, más te vale tomar suficientes pastillas como para suicidarte. Acaba con esto». Se sentó allí durante varias horas, esperando a que amaneciera. Después siguió sentado otro largo rato, preguntándose qué hora era mientras el alcohol iba perdiendo efecto poco a poco. Al final se le ocurrió encender la televisión. Eran las once de la mañana.

Por desgracia, a Johnny siempre se le iba la mano. Durante casi seis meses, todos los días habían seguido exactamente el mismo patrón. No salía de su apartamento, excepto para hacer alguna que otra compra. Y ya no iba a trabajar. Ahora su trabajo era la bebida.

Tenía que beber nada más despertarse. Daba igual que fuese a las tres de la tarde o a las tres de la madrugada: cada vez que su consciencia se desperezaba, el primer pensamiento, la primera exigencia, era el alcohol. Entonces Johnny se ponía en pie, iba directo a la nevera, se servía un vaso grande de Bacardí y añadía hielo con un poco de Coca-Cola. Pero, semana tras semana, la proporción de Coca-Cola se reducía, a la vez que la de ron aumentaba. Podía engullir un vaso entero de un solo trago. Al menos, el primer vaso del día. El siguiente se lo bebía un poco más

despacio. La llamada del alcohol era tan poderosa que Johnny, nada más despertar, acudía de inmediato a la nevera, aunque se estuviera meando. No podía esperar. Se servía su bebida, tomaba un trago y luego se la llevaba consigo al baño. Necesitaba tener el vaso en la mano desde el primer minuto de consciencia hasta el último. Pero aquel lapso no duraba más de cuatro horas.

***

Atosigué a Johnny (que en la actualidad tiene más de sesenta años) con preguntas sobre aquel período de su vida. He escuchado muchas historias de personas cuyas adicciones alcanzaron un punto crítico, pero los extremos que describió Johnny me impactaron mucho. Había perdido toda noción del tiempo y del espacio. Había construido el infierno personal donde vivía. Le pedí que me explicara, con el mayor detalle posible, todo lo vivido. Y me complació. No se anduvo con rodeos. Hablaba pausadamente, pero de forma reflexiva, deliberada, sin indicaciones. Me pareció que Johnny aún estaba sorprendido, o al menos desconcertado, por haber salido vivo de aquello. Ni siquiera esperaba a que yo le formulara preguntas, aunque las respondía siempre que surgía alguna. Su historia más bien brotó en un flujo ininterrumpido.

***

Cuando el ron le alcanzaba el estómago, el primer efecto era que comenzaba a aliviarle las náuseas. Al menos, así me lo explicó en un principio. Pero, durante una entrevista posterior, Johnny recordó que no siempre despertaba con náuseas. En cada ocasión, se despertaba más bien anticipando náuseas (y anticipando una ansiedad

abrumadora). Antes de que llegara a verificar si alguna de sus predicciones se materializaba, el ron ya estaba bajándole por la garganta. La primera media hora la marcaba un período de desesperación que acababa dando paso al alivio. La siguiente hora resultaba agradable, placentera. A Johnny le gustaba aquella sensación. Se sentía relajado, despreocupado. Como si hubiera encontrado un tesoro oculto. Pero luego, durante las siguientes dos horas y media, se sentía cada vez más sedado, hasta que de pronto dejaba de experimentar placer, ni siquiera esperaba sentirlo.

Entonces, ¿por qué continuó bebiendo?

Johnny describió esta última fase de su jornada de cuatro horas como «abusiva» (lo que, sin duda alguna, significaba «autoabusiva»). Como me comentó: «Me decía a mí mismo: "Mañana acabarás en el mismo estado lamentable, lo sabes de sobra". Así que bebía porque me negaba a enfrentarme a mí mismo, me negaba a ser racional». A Johnny se le pasaban cosas terribles por la cabeza durante aquellas últimas dos o tres horas, mientras se iba quedando sedado por completo. Sabía que estaba cavando un hoyo del que no podría salir, un hoyo que lo conduciría a su propia muerte. Imaginó su negocio desmoronándose a su alrededor. Había intentado ocuparse de ello por teléfono, sin siquiera acudir a la oficina, pero no estaba funcionando. Y sus empleados también iban a perderlo todo. Mal asunto. Imperdonable, de hecho. Se decía en voz alta: «Cuando menos te lo esperes, ya no podrás seguir despierto por más tiempo, ni podrás seguir viviendo en este estercolero». A continuación, se servía otro trago. Parecía lo único que lograba hacer. A veces, se tumbaba en posición fetal, y a menudo tenía que ir gateando hasta la cama.

Tan solo estaban él y el alcohol. No había nada más. Se debatía entre el asombro y la repugnancia ante la idea de que aún no podía (o no quería) detenerse. «Solía rezar pidiendo ayuda. Rogaba morir ahogado en mi propio vómito. No quería seguir en este mundo», me dijo. Entonces, ¿por qué no se suicidó? Porque no poseía ese tipo de

determinación y arrojo, o eso creía él. Más motivos para seguir asqueado. Así pues, acababa pidiéndolo en sus oraciones: «Por favor, Dios mío, no dejes que despierte mañana».

***

Johnny pasó gran parte de su infancia rezando, aunque no confiaba del todo en el dios al que rezaba, ni mucho menos en los sacerdotes que guiaban sus oraciones. Su padre regentaba una ferretería en un pueblo de Irlanda, donde él y sus cinco hermanos se criaron con relativa comodidad. El negocio siguió prosperando, y los llenó de orgullo y honra que sus hermanos y él tuvieran la oportunidad de asistir a un colegio católico privado. A Johnny le llegó la oportunidad a los once años. Era un internado dirigido por sacerdotes, pero él no se moría de ganas por verse alejado de su hogar y sus amigos. Sin embargo, resultaba impensable que desperdiciase una oportunidad como aquella. Hacerlo habría socavado todos los principios que regían la vida de sus padres. Y él deseaba complacerlos, no decepcionarlos. Así que ingresó en el internado.

En casa seguía mojando la cama por la noche, pero el problema se agravó en cuanto se mudó al internado. Por supuesto, la presencia de otros niños le provocaba una enorme ansiedad, lo cual hacía que por la noche se orinase encima aún más. Por suerte, a cada niño se le asignaba un cubículo en un corredor central, de modo que se les garantizaba cierta privacidad. Aquello fue una bendición para Johnny, pues, pese a algunos problemas logísticos, pudo ocuparse de sus propias sábanas mojadas sin que nadie se diera cuenta. No obstante, también era una maldición: la separación de los cubículos facilitaba que los sacerdotes visitaran a ciertos niños en privado, de forma inadvertida, y que abusaran sexualmente de ellos. En realidad, era un secreto a voces entre los alumnos, pero nadie hablaba del tema. Los niños no lo comentaban entre ellos. Además,

sus padres jamás les creerían. O, en el caso de que sí les creyesen, como Johnny sospechaba que harían sus padres, aquello acabaría destruyendo la fe de estos en la Iglesia, que conformaba el pilar de su vida espiritual. Por lo visto, Johnny se enteró de que habían abusado de su hermano mayor, quien ya llevaba varios años en la escuela cuando él ingresó. Su hermano había sido una víctima, y dicha información (la obtuviera como la obtuviera) hizo que el mundo se saliera de su eje en los años venideros.

Johnny se acunaba para dormir por la noche, como lo había hecho durante toda su infancia. Era el único modo de reblandecer la quebradiza superficie de su miedo. Tal vez por eso lo dejaron en paz, porque se acunaba y se orinaba en la cama. No parecía un muchacho muy normal. Pero escuchaba susurros y otros sonidos mientras trataba de dormir. Veía las sombras enjutas de los sacerdotes arrastrándose, e intentaba engañarse pensando que no ocurría lo que ocurría. Se acunaba sin parar.

Johnny describe a su padre como su mejor amigo de la infancia. Cuando este murió, él tenía veintiún años y le quedaba poco para decidir marcharse de casa. Se había convertido en un joven rebelde, en parte como respuesta a un hermano mayor, que ahora gobernaba su hogar como si se tratara de un feudo privado. Su madre se hizo a un lado, y sus otros hermanos encontraron el modo de aguantar al nuevo monarca. Seis meses después, Johnny se marchó a Inglaterra.

Muchos adolescentes irlandeses prometían a Dios que no beberían alcohol. El símbolo de esta promesa, que también hizo Johnny, era un corazón de Jesús grabado en el alfiler de la corbata del uniforme del internado. No le importó cumplir aquel compromiso. El alcohol significaba muy poco para él y quería estar a buenas con Dios. Pero, tras un tiempo llevando la vida de un joven en Inglaterra, se sentía incómodo bebiendo limonada mientras los demás bebían cerveza. Así que se pasó a las claritas, es decir, a la cerveza mezclada con limonada. No le parecía un gran salto. No era un peligroso límite que

cruzar. Y, si bien no le agradaba mucho el sabor, descubrió que el efecto sí le gustaba.

Johnny aún no era consciente de la ansiedad y la depresión con las que había vivido desde su infancia. Tuvo que pasar mucho tiempo hasta que pudo reflexionar sobre los motivos de su atracción por el alcohol. Durante años se había comprometido a alcanzar logros, a tener éxito (no importaba en qué). Se puso el listón alto, como lo había hecho su padre, pero casi siempre se sentía por debajo. Luego, en torno a los veinticinco años, descubrió una manera de liberarse de la ansiedad. Después de tres o cuatro copas, la ansiedad acababa desvaneciéndose hasta la mañana siguiente. Así comenzó el bucle de retroalimentación que lo sometería años más tarde: ansiedad y alivio, seguidos de pérdida y anhelo, vueltas y más vueltas, cavando surcos en el suelo fértil de su cuerpo estriado, estableciendo rutas de ida y vuelta hacia su cerebro medio. Rutas a lo largo de las cuales se acumularon manantiales de dopamina, liberados en una inundación repentina cuando llegaba el momento de volver a beber.

Johnny tardó unos cuatro años en pasar de beber con cierta normalidad a beber mucho, como él lo expresa. Durante aquel período, las señales que apuntaban al pub, después del trabajo o después de un partido, activaron campos de sinapsis que se fortalecieron con cada repetición y que representaban algo diferente. El alcohol se convirtió en un símbolo, en el núcleo de una red que prometía tranquilidad, la interrupción del estrés, relajación. Neurológica y psicológicamente, el alcohol invadió la red de socialización hasta apoderarse de ella, al igual que la maleza coloniza el césped. Por ejemplo, en torno a los treinta años, Johnny bebía para calmar los nervios y conseguir mostrarse relajado y sociable ante los clientes de su empresa. Se aseguraba de pedir una botella de vino si el cliente y la esposa de este iban a cenar con él, y procuraba no hablar demasiado antes de haberse tomado una copa. Pero con el transcurso de los años pedía una segunda botella a mitad de la cena, aun sabiendo que se la bebería casi entera él. O

esperaba hasta pedirles un taxi y darles las buenas noches, y después pedía una segunda botella para tomársela a solas. Ahora la interacción social había pasado a ser un vehículo para beber, más que al contrario.

Johnny se casó y se divorció dos veces antes de su confrontación final con el alcohol. Crio a sus hijas, ascendió de empleado a gerente, triunfó en el sector minorista y ofreció estabilidad a su familia. Hizo todo lo que pudo por ser un cabeza de familia responsable. Pero no le resultaba fácil relacionarse. No se tomaba bien las críticas y se sentía resentido e indefenso cada vez que su segunda esposa parecía querer controlarlo. Recuerda que las muestras de amor de ella iban seguidas, casi de inmediato, por una serie de instrucciones: qué ropa debía ponerse, dónde debía sentarse, cuándo podía salir y cuándo debía regresar. Johnny admite que le resulta particularmente desagradable «que le den órdenes», una reacción que se remonta a su época con los sacerdotes y que se fortaleció con el gobierno autocrático de su hermano. Aun así, el final de su segundo matrimonio le resultó muy duro, aquella relación sí debería haber durado, y Johnny renunció a algo insustituible cuando terminó. Perdió muchísimo contacto con sus dos hijas adolescentes, a quienes quería con locura. Y quizá no supo muy bien cómo demostrarles aquel amor, más allá de extendiendo cheques. El caso es que comenzó a llevar una vida solitaria.

Su nuevo apartamento le ofreció lo que él quería: libertad para hacer lo que le diera la real gana. Y eso incluía beber más. Tenía sesenta y un años, así que ya le tocaba convertirse en su propio jefe. Pero pronto la novedad dejó de resultarle emocionante, así que adquirió el hábito de acudir a un pub local para socializar. Le caían bien los chavales que pasaban el rato allí, y a menudo los invitaba a rondas, hasta que poco a poco se convirtió en uno de ellos. Acudir al local le ahorraba tener que cocinar sus propias comidas. También le ahorraba tener que soportar un aburrimiento irritante, una sensación de irrelevancia, fantasmas de su incapacidad para ser el tipo de esposo y padre que había idealizado. El pub se convirtió en un faro

para él. Algunas noches, Johnny se convencía de que no pensaba ir al local, pero a los cinco minutos ya había cambiado de opinión. O tal vez estaba en casa sentado frente al televisor durante una hora y, de repente, se decía: «Menudo aburrimiento». Dicho lo cual, se marchaba al pub.

Por supuesto, el pub era más irresistible, no solo por la compañía o la comida, sino por el modo específico en que ambas necesidades humanas se entrelazaban con su necesidad de tomar alcohol. En el pub confluían tanto la sensación de un hogar lejos del hogar como aquel líquido que silenciaba su desasosiego. Y se trataba de una combinación muy tentadora. Por aquel entonces, el deseo de Johnny hacia la bebida aún era lo que podríamos denominar «impulsivo». Surgía de repente, en relación con un momento o lugar específico, y lo incitaba cierta energía. Seguía siendo frívolo, de algún modo, aunque había goce en ello. Johnny se autopercibía como un bebedor social. Y, aunque tal vez estaba siendo un poco benevolente al definirse con tales palabras, desde luego aquella fase no se parecía en absoluto a la siguiente en su forma de beber: la fase compulsiva, que acechaba a la vuelta de la esquina.

Durante los dos años y medio siguientes, acudió con regularidad al pub. Pero la cantidad de alcohol que bebía fue aumentando de forma constante, hasta que se convirtió en algo bochornoso. En los últimos meses, ya era incapaz de volver a casa por su propio pie. Uno de los muchachos lo ayudaba a regresar y evitaba que se cayera de la acera. Llegó a un punto en el que no recordaba nada de la noche anterior. Y los otros se burlaban de él. «Johnny, anoche no eras tan caballeroso como de costumbre, ¿eh? Qué manera de manosear a Madge…». Pero mentían. Estaba seguro de que no había hecho tal cosa. Al final, descubría que tan solo estaban burlándose a su costa. Pero no podía evitar vislumbrar cierta desgana, incluso aversión, en los tipos con quienes bebía. Sí, cuidaban de él, se preocupaban por él, pero, francamente, lo de que pillara semejantes borracheras cada noche…

Intentaban ayudarlo: «Echa el freno, Johnny. Ya es hora de irse». Pero, cada vez más a menudo, se quedaba dormido allí mismo, en la mesa. Y no abandonaba el local hasta que alguien lo despertaba: «Ale, vámonos a casa». Por otro lado, le preocupaba el tema de los vecinos. De vez en cuando, alguno que volvía a casa tenía que sacarlo de entre los arbustos. Era un bochorno. Le agobiaba muchísimo.

Así pues, la humillación de ser un borracho empedernido lo llevó a una nueva rutina. Pensó que se sentiría menos humillado, quizá nada en absoluto, si bebía sin salir de casa. Así que se detenía en un supermercado a su regreso del trabajo y compraba varias botellas, junto con algo para acompañar. No necesitaba mucho. El ron con Coca-Cola se había convertido en su bebida preferida. Se preparaba rápido, entraba con facilidad y daba buen resultado. En cuanto entraba por la puerta, necesitaba tomarse una copa de inmediato. Y luego otra. Y luego otra.

Uno o dos meses después, ya nunca se desplazaba al trabajo. Intentó ocuparse de su negocio por teléfono, de modo que salía del apartamento cada vez menos. Había cinco tiendas donde podía comprar no solo ron, sino también comida para llevar. No le gustaba ir a la misma tienda una y otra vez. Aún le quedaba dignidad. Al final, prácticamente dejó de salir de casa. Dado que estaba borracho a todas horas, no podía fiarse de sus actos más allá de aquellas paredes. Hizo que sus empleados le trajeran lo que necesitaba. «¿Vas a la tienda? ¿Te importaría recoger seis botellas de vino y un par de botellas de litro de Bacardí?». Por supuesto, no les quedaba más remedio. No creían estar en posición de negarse, ya que él pagaba sus salarios. Johnny se resistía a pensar en ello, pero el bochorno comenzó a rezumar de nuevo.

Beber había acabado convirtiéndose en un acto compulsivo. Y Johnny no parecía poder evitarlo. Cuando doblaba aquella esquina, todo perdía su significado: la noche y el día, la mañana y la tarde. El haz de luz que lo atraía hacia el ron se encendía como un

electroimán de perversa potencia tan pronto como Johnny comprendía que estaba despierto. Y así permanecía, encendido durante todas sus horas de vigilia, hasta que la fuente de energía, su propia consciencia, por fin se atenuaba hasta apagarse.

***

He caracterizado el cuerpo estriado como la fuente del deseo, del anhelo. Recuerda que el cuerpo estriado es una espiral de tejido, ubicada cerca del centro del cerebro, que primero identifica una acción que realizar, un objetivo que alcanzar, y luego genera la motivación necesaria para perseguir dicho objetivo. Sin embargo, el cuerpo estriado resulta más complejo, pues lo conforman diversos componentes que evolucionaron para encargarse de diferentes tipos de acción y de motivación, necesarios para llevar a cabo dichas acciones. Acciones rápidas y decididas, dubitativas, reacciones automáticas y otras que aún están en construcción. Casi todo el cuerpo estriado absorbe dopamina como combustible, pero esta genera respuestas neuronales diversas, dependiendo de la parte del cuerpo estriado a la que se envía y del tipo de receptores que la consumen.

Podemos dividir el cuerpo estriado en una mitad inferior o hemisferio sur (el llamado «cuerpo estriado ventral», que incluye el famoso accumbens) y un hemisferio norte (el cuerpo estriado dorsal, que funciona de manera bien distinta). (En la figura 1, el dibujo del cerebro nos da una idea aproximada de dónde se ubican dichas estructuras). Como ya describí antes, el accumbens conforma la fuente de la acción impulsiva, la sensación de querer hacer algo de inmediato y sin pensar mucho en las consecuencias. El accumbens toma la delantera en la adicción porque se encuentra muy en sintonía con el valor que se percibe en el objetivo. Está orientado a recompensas; y las drogas, el sexo, el alcohol o los juegos de azar

tienen que ver con recompensas. El accumbens es el centro del remolino que casi ahogó a Natalie y a Brian. Y no tarda en crear conexiones con sus vecinos cercanos: la amígdala, que desencadena respuestas emocionales, y la COF, donde queda registrado el valor de los objetivos. He llamado a esta red el «núcleo motivacional» del cerebro. Sin embargo, el hemisferio norte del cuerpo estriado, el denominado «cuerpo estriado dorsal», tiene un modus operandi diferente, pues no le importa el valor de las recompensas, ni está en sintonía con los placeres probables, ni está dispuesto a lanzar a su propietario a que persiga de forma impulsiva unas chucherías. Lo que ocurre más bien es que el cuerpo estriado dorsal registra las conexiones entre estímulos y respuestas, de tal modo que las acciones debidamente aprendidas se vincularán con estímulos concretos (es decir, con señales) y se verán activadas por dichos estímulos cada vez que los perciban.

Casi todos hemos aprendido gracias al modelo básico de estímulo-respuesta (E-R). El perro de Pavlov se hizo famoso porque salivaba en cuanto oía el sonido de una campanita, una respuesta que surgía de forma automática cuando la hacían sonar justo antes de la cena. No hacía falta pensarlo mucho. Pero quizá la salivación no brinde el mejor ejemplo de este tipo de aprendizaje. En la vida real, las respuestas desencadenadas por señales suelen consistir en conductas, no en respuestas glandulares. En el caso de los perros, tales conductas incluyen que estos corran hacia la puerta cuando te pones el abrigo o agitas las llaves. En el caso de los humanos, dichas conductas cubren una amplia gama de acciones muy rápidas, como pisar el freno cuando ves que en el coche de delante se han encendido las luces de frenado o cerrar el coche con llave cuando aparcas.

Sobre todo cuando esas conductas resultan molestas o difíciles de borrar, se consideran compulsivas, no impulsivas. Porque sentimos que debemos limitarnos a hacer cualquier cosa relacionada con el estímulo, sin ninguna expectativa en cuanto al resultado. Quizá haya alguna expectativa respecto a lo bien que nos hará sentir, pero eso

es secundario. Ese sentimiento no es lo que impulsa la conducta. Lo que se produce es más bien un impulso hacia una acción, una muy concreta, y cuesta desconectar ese impulso hasta que se ha completado la acción. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el sello distintivo de la compulsión desenfrenada, y muchos de los cambios cerebrales que se producen en la adicción ocurren de forma paralela a la firma neural del TOC: ambos incluyen la activación del cuerpo estriado dorsal cuando se perciben las señales aprendidas. Así pues, debemos entender que muchas acciones dirigidas a un objetivo comienzan siendo impulsivas; pero, cuando se repiten durante semanas, meses o años, terminan siendo compulsiones.

En las historias de vida que he relatado hasta ahora, he hecho hincapié en la impulsividad. No obstante, tanto el consumo de metanfetamina por parte de Brian como la búsqueda de pastillas por parte de Donna presentaban evidentes características compulsivas. Esto demuestra la desesperación que puede marcar los actos compulsivos. En cuanto a Natalie, empezó a consumir heroína de forma compulsiva, irreflexiva, uno o dos meses después de que hubiera empezado a inyectarse. Por lo general, los cambios sinápticos en el cuerpo estriado (impulsados por experiencias repetidas) acaban dirigiéndose antes o después hacia el norte, desde el territorio ventral hasta el dorsal, y allí terminan.

Si observamos con más atención el cerebro, descubrimos un destacable patrón de neuroplasticidad, tan aparentemente hermoso como peligroso. Cuando el accumbens extrae dopamina del mesencéfalo para alimentar sus impulsos de búsqueda de objetivos, también envía mensajes al mesencéfalo, lo cual provoca cambios en las vías que transportan dopamina. Con el paso del tiempo, el mesencéfalo envía dopamina a las zonas más septentrionales del cuerpo estriado ventral, y esto le indica al mesencéfalo que envíe dopamina aún más al norte, hasta alcanzar la cumbre dorsal. Este proceso funciona como un palo de mayo dispuesto boca abajo. A lo largo de la espina curva del cuerpo estriado, del sur al norte, se teje una espiral de vías de dopamina, donde cada una se superpone y se

intercala con las anteriores, que aún permanecen activas. Como consecuencia directa, los objetivos atractivos desencadenan la liberación de dopamina en muchas partes del cuerpo estriado al mismo tiempo: el accumbens (que sigue esperando sus recompensas) y el cuerpo estriado dorsal (al que le dan igual las recompensas y solo quiere actuar, pase lo que pase).

¡Qué extraña complicidad entre el ardiente deseo y la fría (casi calculadora) mecánica de estímulo-respuesta! Pero así se desarrolla la adicción: del deseo puro a un automatismo crónico, acompañado de la esperanza ante lo que está por llegar. Por eso las personas impulsivas tienen más probabilidades de convertirse en consumidoras compulsivas de drogas. Tanto si esa impulsividad se debe a factores genéticos como si se debe a un idilio repentino con sustancias químicas placenteras, está destinada a convertirse en compulsividad antes o después. Llegado ese momento, la activación ventral combinada con la dorsal es lo que permite que los adictos que buscan como autómatas su dosis puedan mantener la esperanza de que esta vez sea especial, quizá tanto como se lo pareció las primeras veces.

Trevor Robbins y sus colegas de Cambridge han pasado muchos años estudiando el modo en que la búsqueda impulsiva de drogas se convierte en compulsiva, así que se los suele considerar expertos mundiales en la materia. Al igual que muchos otros en este campo, consideran la fase compulsiva como una verdadera adicción. Bajo su punto de vista, el problema no reside tanto en el sistema perceptivo (en lo atractiva que se percibe la droga) como en el sistema de acción. El problema es un comando de acción que resulta difícil de desactivar hasta que se ha ejecutado. Para Johnny, este era el monstruo que durmió bajo su cama durante su largo coqueteo con el alcohol. Había logrado controlar su consumo de alcohol antes de los últimos seis meses. Le gustaba beber, lo ansiaba, y a menudo bebía mucho más de lo que debiera. Pero no se trataba de una respuesta automática. No bebía de forma mecánica. En realidad, bebía para seguir experimentando lo que le gustaba. Y, una vez que

el acto de beber se volvía automático, aún sentía placer por un tiempo (durante una hora, más o menos). Pero la búsqueda de placer no lo conducía a la cuarta, la quinta, la sexta y la séptima copa. De hecho, cabe suponer que el deseo ya no formaba parte de la ecuación. Más bien, bebía porque su cuerpo estriado dorsal estaba convirtiendo la dopamina en una orden de comportamiento. Bebía porque le resultaba demasiado difícil parar.

Entonces, ¿cuál fue el estímulo que lo impulsó? Quizá algo tan simple como el vaso vacío en la mano. O, en cuanto despertaba, la consciencia de estar sobrio o sintiendo náuseas. O, como también sugieren Robbins y sus colegas, tal vez una imagen mental de las consecuencias negativas de no beber: la consciencia creciente de lo que no quería afrontar, las consideraciones racionales que necesitaba evitar. A saber, la vergüenza que aquello le daba. De hecho, esta había sido una sensación habitual durante gran parte de la vida de Johnny, y ahora se había sobredimensionado muchísimo debido a su alcoholismo. La vergüenza es una de las emociones más dolorosas, así que el afán de aliviarla puede resultar abrumador. Aquí es donde el modelo de adicción a través de la automedicación no suena mal del todo. Sin embargo, aún podemos ver el deseo en acción: el deseo de evitar el dolor, el deseo de aliviarlo. ¿Y qué ocurre con la ansiedad? Cada mañana de encierro voluntario en casa, Johnny se veía asaltado por la anticipación inmediata tanto de náuseas como de ansiedad. Ansiedad debida a la ansiedad. Para cuando cumplió sesenta y tres años, Johnny sentía desde el mismo momento en que despertaba una dolorosa ansiedad ante el hecho de estar despierto.

El TOC (que a menudo se considera el primo hermano de la adicción) se caracteriza por la realización de rituales para evitar la ansiedad o aliviarla. No obtienes ninguna recompensa porque te laves las manos por quincuagésima vez, ni porque vuelvas a revisar el interruptor de la luz. Aunque el comportamiento compulsivo es una respuesta altamente automática a un estímulo, puede combinarse con la llamarada motivacional del accumbens y las redes de miedo de la amígdala, fijadas durante años de desarrollo de la

personalidad. El cuerpo estriado dorsal no actúa de forma aislada, y el accumbens y la amígdala son sus vecinos más ruidosos. Según Robbins, esta combinación de fuerzas neuronales puede explicar en mayor profundidad la adicción absoluta.

Sin embargo, ¿este tipo de reestructuración neuronal no debería considerarse una enfermedad? Cuando una persona ha alcanzado tal estado, el cerebro ya no funciona como antes. Según Barry Everitt y Trevor Robbins, «no hay nada aberrante o inusual en el hecho de transferir el control del comportamiento a un mecanismo de hábito "estímulo-respuesta" del cuerpo estriado dorsal». Nos recuerdan que esto sucede en muchos aspectos de nuestras vidas, incluida la alimentación y otras actividades habituales. Cuando introduces en tu boca un tenedor lleno de espaguetis, ¿es porque estás anticipando su delicioso sabor o porque se supone que es ahí donde debes introducir el tenedor? ¿O ambas opciones? «La automatización de nuestra conducta libera procesos cognitivos», prosiguen Everitt y Robbins[26]. Y, si lo piensas, es bastante obvio. Necesitamos hábitos que liberen nuestra mente para otras funciones, como pensar, hablar, explorar, evaluar y planificar. Como ya expliqué en el segundo capítulo, los cambios cerebrales autoorganizados se estabilizan de forma natural en hábitos (que se consideren buenos o malos hábitos es una cuestión social, no neuronal). Sin embargo, el hecho de que Johnny bebiese de forma compulsiva no parece normal, saludable o natural, ni mucho menos. ¿Cómo reconciliamos un proceso natural de cambio y estabilización neuronal con el patrón grotesco de consumo que tan a menudo impera en la adicción?

Pues no es tarea sencilla. Por eso la adicción resulta tan preocupante y enigmática. Y, sin embargo, considerarla una «enfermedad» me parece una simplificación absoluta (de hecho, ni siquiera explica gran cosa). Así pues, centrémonos mejor en la cuestión del control. Cuando los hábitos comienzan a amenazar nuestra seguridad, se produce una anulación cognitiva diseñada para mantenerlos bajo control. De forma sistemática, confiamos en el auto-control para alejarnos de las tentaciones que nos parecen más cuestionables. No

en vano, hay diversas regiones del cerebro, dentro de la corteza prefrontal y alrededor de esta, que desempeñan específicamente dicha función. Y suelen desempeñarla bien, como cuando te obligas a dejar el tenedor porque ya has comido suficientes espaguetis. Esos recursos ayudan a explicar por qué la mayoría de las personas no se vuelven adictas a sustancias nocivas; o, si se vuelven, por qué logran salir de la adicción. Pero el autocontrol no le estaba funcionando a Johnny.

¿Y por qué?

Porque, cuando los hábitos se arraigan, parte del tráfico bidireccional entre el cuerpo estriado y la corteza prefrontal empieza a disminuir. Sobre todo, en las vías que conducen a una región llamada «corteza prefrontal (CPF) dorsolateral», indispensable para el razonamiento, la memoria, la planificación y el autocontrol. Podemos pensar en la CPF dorsolateral como el puente del barco, ya que dirige el pensamiento y la conducta de forma deliberada, consciente y, a menudo, astuta, superando desafíos y contratiempos. Esta región se hiperactiva en las primeras etapas de la adicción, cuando tal vez las personas intentan controlar o conservar el hechizo de esta nueva experiencia. Pero entonces algo comienza a perder pie. Nos han enseñado a creer que «si no usamos las funciones cerebrales, las acabamos perdiendo». Pero en el caso de la CPF dorsolateral y el papel que esta tiene en la adicción, la pierdes cuando la usas. Con el tiempo, la CPF dorsolateral y otros centros de control prefrontal comienzan a desconectarse del cuerpo estriado cuando la sustancia adictiva se encuentra a mano. «Tengo ganas de consumirla, así que ¿por qué no?». La desconexión lleva al desuso, y el desuso lleva a la disolución. En las adicciones a largo plazo, lo cierto es que algunas regiones de control cognitivo pueden perder una elevada cantidad de sinapsis: pueden reducirse, lo cual se muestra en los escáneres cerebrales como una «pérdida de volumen de materia gris» (la materia gris es la materia de las neuronas y sus sinapsis). Ya sea adicción al alcohol, a la metanfetamina, a la cocaína, al tabaco o a la heroína, se cree que el volumen de materia gris en algunas áreas

prefrontales disminuye en un porcentaje de hasta un 20%. Y el grado de pérdida parece corresponder con la duración y la gravedad de la adicción[27]. Según esta perspectiva, la comunicación entre el control prefrontal y la compulsión estriatal no solo se ve restringida, sino que se ha fragmentado o se ha vuelto inaccesible. Algo que no parece inconcebible en el caso de Johnny.

Aun así, pese al deterioro del control descendente, la adicción sigue siendo algo muy humano. Y muy habitual. Cuando hablamos de hábitos compulsivos, solemos pensar automáticamente en el consumo de sustancias, el exceso de actividad sexual y los juegos de azar. Pero algunos de los hábitos compulsivos más frecuentes incluyen morderse las uñas y hurgarse la nariz (hábitos que a muchos niños, incluso a algunos adultos, les cuesta romper). Otros ejemplos son comprar demasiadas cosas, ver la televisión durante horas, jugar a videojuegos toda la noche, hacer muchas dietas, eliminar vello no deseado de varias partes del cuerpo o buscar parejas sexuales atractivas que sabes que acabarán causándote más dolor que satisfacción. O incluso volverte dependiente de personas en quienes no puedes confiar (compulsión que, en sus variantes más extremas, lleva a que las mujeres abusadas regresen con sus abusadores y a que hombres y mujeres se enamoren de personas que no los aman). A menudo los celos, incluso en relaciones relativamente saludables, presentan cualidades compulsivas y siguen siendo difíciles de controlar, cuando no imposibles. Y, por supuesto, lo mismo ocurre con la culpa (la música ambiental de muchos matrimonios normales). Y con la comida, la actividad más básica que hay. Dadas las estadísticas actuales de obesidad, no es de extrañar que los profesionales psiquiátricos que actualizan el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) clasifiquen la ingesta excesiva de alimentos como una «adicción».

Y, sin embargo, muy pocas personas se atreverían a referirse a estos hábitos como enfermedades.

***

Cuando Johnny descubrió en el suelo de la cocina la huella de su rostro (su Sábana Santa personal), comprendió de inmediato que el futuro se desplomaba a su alrededor. Su empresa se estaba desmoronando, su familia había pasado a ser un sueño difuso y su salud se estaba desintegrando. Ni siquiera borracho podía soportar el hecho de pensar en sus fracasos. No solo su forma de beber era compulsiva, sino también el acto psicológico de la negación. Al final del día, ocultaba las botellas vacías para que, al despertar, no supiese cuánto había bebido. Pero ¿dónde podía dejarlas? Las envolvía en papel de periódico, para que no chocaran entre sí, y las introducía en grandes bolsas de basura. Incluso en aquel punto (sobre todo en aquel punto), le preocupaba lo que pensasen los vecinos. No podía soportar la idea de que descubrieran lo bajo que había caído.

Su vida se había convertido en un infierno. Estaba desesperado por parar.

Encontró el número de teléfono de un centro de desintoxicación muy caro que se encontraba a las afueras de Manchester. Una tarde lo pasó tan mal que decidió telefonear. Acudió a la cita por su propio pie. La encargada de admisiones le aseguró que moriría en un plazo de tres semanas si no dejaba la bebida. Johnny no se mostró muy sorprendido.

—Pero puede usted seguir bebiendo unos días más —prosiguió la empleada—. No queremos que sufra convulsiones. Ni que entre aquí incapaz de mantenerse en pie. El próximo miércoles tendremos una cama lista para usted.

Lo que debería haber sido un miércoles acabó siendo un viernes. Johnny llegó a las nueve y cuarto de la mañana y, desde entonces,

no ha vuelto a tomar ni un solo trago (cinco años en el momento de escritura de este libro).

«Durante siete días fui un muerto viviente», me comentó. Estuvo tomando potentes dosis de diazepam la semana entera, para suprimir las convulsiones y permitir que su organismo se adaptara poco a poco. No sabía con certeza qué otros medicamentos le habían suministrado, pero empezó a sentirse mejor. Las manos aún le temblaron durante un tiempo, aunque al menos ahora podía dormir con mayor normalidad. Y lograba caminar sin ir inclinado. Tras la primera semana, comenzó a participar en el programa: actividades grupales, reuniones, diarios, más reuniones y mucha asistencia social. Johnny se quedó en el centro durante veintiocho días, según había solicitado. Le pregunté si tras aquella fase experimentó deseos intensos de beber, pero me dijo que ninguno. Ya que la atención de todos se centraba en el apoyo y la sobriedad, y dada la medicación que seguían administrándole a diario, los deseos intensos no tenían ninguna grieta por la que colarse. El programa te sacaba de tu vida, según me relató. Te hallabas en un mundo diferente: aislado, protegido y calmado.

Por fin regresó a casa. Es bien sabido que en el período posterior al tratamiento residencial los adictos son más vulnerables a la recaída, por razones obvias. Pero Johnny aplicó la determinación de la que se enorgullecía desde su juventud: la de triunfar. Al principio se marcaba un solo cometido diario: «Tú mantente sobrio por hoy» (reflejo del mantra de AA «Un día a la vez»). Y las cosas fueron bastante sencillas durante la primera semana. Pero entonces la tentación comenzó a hacer acto de presencia. «De pronto te das cuenta de que eres padre o esposo, empleado o jefe. Recuerdas que tienes responsabilidades. Y piensas: "¿Fui un buen padre? ¿Fui un buen jefe?"». La respuesta que se daba la conocía sobradamente: «Pues claro que no lo fuiste». Pensamientos obsesivos, dudas y ansiedades llenaron los espacios vacíos, tal como lo habían hecho antes del tratamiento. Así que Johnny se defendió. Recurrió a los rezos, y le pidió a Dios que lo ayudara a llegar sobrio al final del día.

También acudió a reuniones de AA, siguiendo las instrucciones del personal de tratamiento. Le dijeron que debía asistir a cincuenta reuniones a lo largo de cincuenta días, pero Johnny llegó a las treinta y luego dejó de ir. Le resultaba agotador, según me dijo. «A algunas personas les va genial AA. Pero no es mi caso».

Ahora que volvía a estar solo, llegó a la conclusión de que no podría mantenerse sobrio hasta que descubriera por qué se había convertido en alcohólico. Así que acudió a un psicólogo, quien básicamente se mostró de acuerdo con él. «Estás reprimiendo algo que no logras asumir», le dijo. Así pues, trabajó para desbloquear los recuerdos y sentimientos que había mantenido ocultos. Meses después, el psicólogo lo felicitó por estar aprendiendo a autoanalizarse y le aseguró que no hacía falta que siguiera visitándolo. Lo que sí le recomendó fueron sesiones semanales con un orientador, así que, gracias a un amigo, Johnny consiguió el contacto de alguien que, por una sustanciosa suma de dinero, le visitó en su apartamento para las sesiones. Como me comentó: «La orientadora vino a mi casa todos los jueves, durante un año. Me costó tres meses abrirme a ella y a partir de entonces ya no me callé nada». En opinión de Johnny, era una mujer muy hábil. «Logró que me analizara a lo bestia. Me preguntó qué solía hacer cuando decidía emborracharme. Y yo le respondí que me sentaba en un rincón, muy asustado». La orientadora lo entrenó y lo persuadió para que se reconciliara con las heridas más profundas de su infancia: la demoledora ansiedad que había soportado en el internado.

¿Con qué frecuencia oímos hablar sobre lo destructivo para el alma que puede ser el abuso sexual infantil? Hoy por hoy, ya no dudamos de su existencia ni del profundo dolor que provoca. Sin embargo, cuando Johnny entró en la adolescencia, hace más de cincuenta años, el mundo era muy distinto. Sintió que no podía contarles a sus padres lo que estaba ocurriendo en el internado. «Así que opté por la negación», admite hoy. «Nunca lo sufrí en mi piel de forma consciente, pero solía tener pesadillas al respecto». ¿Y cuál fue el resultado? A lo largo de su edad adulta, cada vez que intentaba

acercarse a los demás, «nunca lograba abrirme por completo, porque siempre estaba ocultando algo». A base de trabajar en un arduo autoexamen, logró comprender por qué siempre se había sentido solo y asustado. Y por qué se había vuelto adicto a la sensación de paz que el alcohol le prometía.

Desde que finalizó su año de trabajo con la orientadora, Johnny se ha esforzado en anticiparse a momentos de ansiedad que tal vez jamás llegue a superar del todo. Ha practicado yoga y reiki, ha probado diversos tipos de masajes, «cualquier cosa que me ayude a sentirme más calmado. Cualquier cosa que me aporte cierto bienestar».

***

Entonces, ¿dónde encontramos el verdadero punto de inflexión? ¿Qué logró que la vida de Johnny cambiara? ¿Quizá el centro de tratamiento al que asistió? ¿O tal vez fue el programa lo que acabó marcando un antes y un después en su vida? A decir verdad, él no lo considera como algo tan especial. No le brindaron asesoramiento personalizado, sino más bien mucha medicación y una serie de advertencias y lemas que se repetían día tras día. Por otro lado, él mismo ha sacado sus cuentas. Johnny fue uno de los ocho hombres a quienes admitieron en el programa aquel viernes específico. Llegó a conocer bastante bien a los otros siete y les siguió la pista en la medida de sus posibilidades. Seis meses después, él era el único que no había vuelto a beber. Tres de ellos han muerto ya. Y a los otros cuatro les ha perdido la pista, lo cual duda que sea una buena señal.

¿Quizá el punto de inflexión esté en la psicoterapia intensiva a la que se sometió tras una prospección psicológica digna de un arqueólogo? Sin duda alguna, aquello lo ayudó a llegar al fondo de la cuestión, pero ¿fue la varita mágica que lo cambió todo? ¿O, dado

su nivel de desesperación, habría dejado la bebida con cualquier tipo de apoyo, o incluso sin ninguno en absoluto?

Quienes ven la adicción como una decisión propia podrían argumentar que el alcohol le estaba causando a Johnny más mal que bien, que beber le estaba provocando más sufrimiento que placer, y que por eso decidió dejarlo. Sin embargo, durante mucho tiempo Johnny había tenido claro que el alcohol le estaba perjudicando, que estaba destruyendo su vida social, su salud e incluso su cordura. Así pues, ¿por qué no lo dejó mucho antes? Si el hecho de decidir fuera una variable específica en la ecuación del consumo de alcohol de Johnny, cabría predecir que habría dejado de beber mucho antes. El problema del argumento de la «decisión propia» es que la toma de dicha decisión no resulta tan sencilla. Es imposible que resulte sencilla. Como cualquier otra actividad mental, toda decisión surge en el cenagoso interior de nuestro cerebro, donde una larga serie de hábitos se superponen y entremezclan, donde las asociaciones, los sentimientos, el contexto y el «atractivo inmediato» enfatizan diferentes objetivos de un instante al siguiente, donde «lo que hay que hacer» no siempre resulta obvio.

Según Johnny, lo que más lo ayudó a mantenerse sobrio fue todo el trabajo que él mismo desempeñó: los esfuerzos por autodescubrirse, por detectar el origen de toda su ansiedad, por reinterpretarse e incluso reinventarse. Y, quizá un poquito también, por aprender a ser amable consigo mismo. Era un trabajo no solo cognitivo, sino también emocional, que requería esfuerzo y tesón. En su opinión, lo que los alcohólicos necesitan es tomar consciencia de su bagaje personal. «Necesitan saber por qué beben y qué los impulsa a beber. De lo contrario, el tratamiento resulta inútil», declaró en nuestra última entrevista. Sin embargo, no se puede subestimar el efecto que tuvo en Johnny el simple hecho de estar con otras personas en el centro de tratamiento. Los hábitos se desarrollan gracias a la continuidad (la continuidad en cuanto al entorno propio, las rutinas diarias y la vida social que uno tiene o no tiene). El tiempo que Johnny pasó en tratamiento interrumpió dicha regularidad y ofreció

la promesa de nuevos hábitos. Y no cabe duda de que su orientadora lo ayudó a proseguir con la intrépida empresa de perforar los cimientos de su pasado, y a extraer los minerales puros de lo que allí encontró. En el caso de Johnny, todo se debió a la suma de diversos elementos. Pero lo que lo ayudó a entender la importancia de estos y a ponerlos en orden fue su propia voluntad, su tesón y las impresiones cotidianas que se derivaron de ello. Así logró aislar para siempre los hábitos interconectados del alcohol, la ansiedad, la vergüenza y la soledad.

A veces aún echa de menos la bebida. De vez en cuando, experimenta cierto resentimiento («¿Por qué soy el único que no puede volver a beber?»). Pero se trata de sensaciones fugaces, que desaparecen en cuanto se dice a sí mismo: «No seas idiota. El alcohol es poco menos que un veneno para ti».

***

Puede que la compulsión sea la última etapa de la adicción, pero ninguna se encuentra grabada a fuego. El tejido cerebral conserva su mutabilidad a lo largo de nuestra vida. Durante la adicción, las regiones de la corteza prefrontal capaces de superar hábitos arraigados pueden perder su eficacia; de hecho, incluso pueden acabar reduciéndose. Sin embargo, los neurocientíficos desconocen lo que dicha reducción implica en realidad. Gran cantidad de sinapsis (hasta el 50% en algunas regiones) se ven reducidas con el transcurso de los años, según vamos pasando de la infancia a la edad adulta, lo que permite una mayor eficiencia en el procesamiento general de las señales. La neuroplasticidad no es algo unidireccional, así que los sectores de sinapsis reducidas dan lugar a que crezcan nuevas sinapsis. Pero ojo, porque eso no significa simplemente que vuelvan a crecer.

Un estudio publicado en 2013 en PLOS ONE, la revista de la Biblioteca Pública de Ciencias, reveló que la reducción del volumen de materia gris en regiones específicas de la corteza prefrontal (reducción que se cree que va a más durante la adicción) logra revertirse tras varios meses de abstinencia[28]. El volumen de materia gris recupera sus niveles iniciales normales entre seis meses y un año después de la abstinencia (de heroína, cocaína y alcohol), y otros estudios también han arrojado resultados similares. Pero entonces (y aquí llega el primer dato sorprendente), el volumen de materia gris (densidad sináptica) de dichas regiones siguió aumentando, más allá de sus niveles iniciales normales, que son los registrados para las personas que nunca han sido adictas. Probablemente, esto significa que las regiones de control cognitivo descendentes (lo que yo denomino «el puente del barco») se volvieron más elaboradas, sofisticadas, flexibles o resistentes que las de las personas que jamás habían consumido drogas. Y tiene todo el sentido del mundo. La abstinencia requiere un esfuerzo cognitivo sostenido y prolongado; y, al igual que con cualquier otra actividad motivada, dicho esfuerzo hace que las sinapsis crezcan. La segunda sorpresa está en que, cuando observamos con atención las imágenes de escaneo cerebral que aparecen en el estudio mencionado, las zonas de mayor crecimiento no se corresponden del todo con las regiones donde inicialmente se habían producido reducciones. Esto podría significar que los adictos en vías de recuperación no solo recobran el autocontrol perdido, sino que, en realidad, desarrollan estrategias de autocontrol, totalmente novedosas, basadas en ese terreno neuronal recién adquirido[29]. Su abstinencia puede perdurar porque se han convertido en expertos en autorregulación, la misma habilidad de la que tan flagrantemente carecían. Esta capacidad recién afinada puede derivar de numerosos grupos de sinapsis que surgen en las regiones corticales más sofisticadas (por ejemplo, la corteza prefrontal lateral y la corteza cingulada anterior), zonas responsables del autocontrol, la autorregulación, el control conductual y las decisiones (has leído bien: las decisiones).

Como cualquier otra cosa que pensamos o hacemos, la adicción tiene una base biológica. Y las etapas finales de la adicción, en las que la impulsividad da paso a la compulsividad, son el resultado de patrones sinápticos que se refuerzan a lo largo de innumerables ocasiones repetidas, en una suerte de enredadera que acaba por asfixiar a las demás flores del jardín. La repetición motivada deriva en compulsión a través de cambios biológicos en un cerebro que excava sus propios surcos. Pero no podemos llamarlo «enfermedad», ni tampoco considerarlo algo permanente. La investigación que acabo de resumir demuestra que las decisiones también son biológicas. Y toda decisión, por mucho que, de buenas a primeras, nos pueda parecer «racional», se ve impulsada más por la motivación que por el razonamiento abstracto. La gente decide parar cuando ya ha sufrido más que suficiente. Y cuando las circunstancias son propicias para ello. Y cuando la posibilidad de autocontrol se vuelve tan atractiva (si no más) que cualquier otra posibilidad, incluido el alivio pasajero.

De hecho, la verdadera toma de decisiones no es una especie de negociación con una sola posibilidad de éxito. No es un punto en el tiempo ni una bifurcación en el camino. Más bien ocurre que el autocontrol se intensifica, al igual que la adicción, cuando se crean, se repiten y se fortalecen nuevos hábitos mentales a través de un autorrefuerzo continuo. Al fin y al cabo, si bien la toma de decisiones puede convertirse en un antídoto contra la compulsión, también es una habilidad en evolución, alimentada por el deseo (en el caso de Johnny, el deseo de tener la fuerza y la libertad que siempre había anhelado).

---

26. Barry J. Everitt y Trevor W. Robbins, «From the Ventral to the Dorsal Striatum: Devolving Views of Their Role in Drug Addiction», Neuroscience and Biobehavioral Reviews 37, n.º 9, parte A (2013): pp. 1946-1954.

27. Véase Rita Z. Goldstein y Nora D. Volkow, «Dysfunction of the Prefrontal Cortex in Addiction: Neuroimaging Findings and Clinical Implications», Nature Reviews Neuroscience, 12 (2011): pp. 652-669. Ahora bien, hay que tener en cuenta que estos hallazgos pueden significar algo completamente distinto. Por ejemplo, que las personas que ya cuentan con menos volumen de materia gris en estas áreas prefrontales tienen más probabilidades de tomar medicamentos durante períodos de tiempo más prolongados. Los diseños de estudio actuales no logran determinar qué interpretación es válida, o si ambas tienen credibilidad.

28. C. G. Connolly, R. P. Bell, J. J. Foxe y H. Garavan, «Dissociated Grey Matter Changes with Prolonged Addiction and Extended Abstinence in Cocaine Users», PLOS ONE 8, n.º 3 (2013): e59645.

29. Debemos evaluar estos hallazgos con cautela, ya que se basan en un solo estudio, aunque no cabe duda de que resultan interesantes, y Hugh Garavan lo interpreta de un modo muy similar (comunicación personal, septiembre de 2014).

LAS DOS CARAS DEL AUTOCONTROL

Alice se había sentido fea desde los cuatro o cinco años. Era una realidad con la que tenía que vivir, así de simple. ¿Qué otra razón podía haber para que Laurie la rechazara una y otra vez, para que se negara a ser su mejor amiga (o amiga suya, sin más)? Alice habría hecho cualquier cosa por Laurie. Cuando le permitieron participar en el juego de La Sirenita, nunca pidió ser la protagonista, y aun así Laurie le dejó bastante claro que no daba la talla como sirenita. Laurie siempre interpretaba a Ariel, la hermosa sirena que quería convertirse en humana para poder casarse con el príncipe Éric. En cuanto a Alice, la relegaban a interpretar a Flounder o Sebastián, meros secundarios en el drama de Laurie.

Uno de los rasgos más perniciosos de aquella amistad fue su longevidad. Cuando iban al parvulario, Laurie le decía: «Hoy no te necesito», y entonces Alice se marchaba a un rincón a llorar. Nunca se defendió, ni siquiera sabía cómo hacerlo. La madre de Alice se aseguró de que, en primer curso, ubicaran a las niñas en clases distintas, pero ambas siguieron viéndose cuando ingresaron en las Girl Scouts. Alice no dejó de esforzarse por entablar amistad, pero de poco sirvió. En una de las gozosas ocasiones en que Laurie la invitó a su casa, esta le dejó bien claro que antes había llamado a otros quince amiguitos. Alice ni siquiera era el segundo plato. Más adelante, en quinto curso, ambas fueron compañeras de aula, y el particular modo en que Laurie despreciaba a Alice se hizo popular entre las amigas íntimas de esta última, como suele suceder en la preadolescencia. Finalmente, en sexto curso, Alice recibió lo que califica como una «carta de odio» por parte de Laurie. En esta se le ordenaba que evitase todo contacto con ella a partir de aquel instante. No debía llamarla ni acercarse a ella de ningún modo. Alice no era amiga suya.

En cuanto a las relaciones con otros compañeros, no siempre fueron mucho mejores. Alice recuerda haber jugado a la botella en sus primeros años de adolescencia. Recuerda a los chicos riéndose por lo bajo y afirmando entre susurros que ni muertos querían que les tocara besarse con Alice. Porque era feísima. Apuesto a que, en realidad, tan solo parecía insegura.

Quizá no haga falta mucho más. Tal vez baste con eso para atufar a ansiedad, y ese es un olor que los adolescentes con habilidades sociales captan como lobos al acecho. Alice asegura que su propia madre era una persona muy ansiosa, constantemente obsesionada con su pelo, que nunca estaba perfecto. Y con su abdomen. Y con sus pechos, que eran demasiado pequeños, en su opinión. Con pechos tan pequeños, la gente se fijaría en su barriga prominente. Era una realidad angustiosa que solía compartir con su hija. No podemos determinar cómo se le contagió a Alice la ansiedad de su madre. ¿Fue por pura genética? ¿A través del funesto ambiente hogareño? ¿Por tener que presenciar lo difícil que le resultaba a su madre tomar decisiones sencillas, hacer amistades o recibir muestras de afecto de su marido? Al padre de Alice le costaba expresar sus emociones, al igual que al de Donna. Pero, así como el padre de esta era suicida, el de Alice estaba hecho de acero. Trabajaba como director de planta en una empresa textil y le encantaba jugar al golf. Su madre no formaba parte de la vida de él, en realidad. Y, conforme Alice se hacía mayor y veía esto cada vez con más claridad, esta última aprendió a odiar a su padre y a compadecerse de su madre. Estaba decidida a no acabar nunca como su madre: un ama de casa que sufría de ansiedad y depresión, obsesionada con su pelo y con el tamaño de sus pechos.

Sin embargo, Alice no lograba olvidarse de su propio aspecto, ni siquiera durante la infancia. Intentó ponerse pelotas de tenis en la camiseta, deseando fervientemente que algún día sus pechos fueran lo bastante grandes como para eclipsar los defectos que sabía que tenía. Defectos como su abdomen, que siempre parecía sobresalir un poco. Estaba obsesionada con los vídeos de fitness y con los

anuncios de Sports Illustrated en los que aparecían modelos en bikini. ¿Cuál era el secreto de aquellas mujeres? ¿Cómo lograban verse tan atractivas, tan fuertes?

En una de nuestras entrevistas, Alice me comentó que siempre había sido de constitución delgada, pero que, durante su paso por la escuela secundaria, aquella delgadez se acentuó cada vez más, como resultado de una dieta incesante. Quería que su abdomen estuviera «tonificado y plano», y usaba ropa holgada para disimular aquella minúscula curvatura de la que era imposible librarse. Aun así, se hizo con un grupo de amigos que se portaban bastante bien con ella y con quienes se sentía cómoda, por no decir que completamente a gusto. Se conformó con aquello. Los siguientes cuatro años los pasó en una pequeña universidad del sureste de los Estados Unidos, donde fue una aplicada estudiante de Biología y Psicología. Pero, en lo que respectaba a la comida, Alice estaba completamente indefensa, saltaba de una dieta a otra en sus esfuerzos por conseguir un vientre plano todavía más plano. Para cuando concluyó sus años de universidad, ya había aceptado su destino: nunca podría solucionar lo de su abdomen.

Y entonces lo descubrió por casualidad: un remedio secreto para reducir aquella curva y conseguir un vientre plano. El verano antes de ingresar en la escuela de posgrado, logró deshacerse de otros cuatro kilos y medio tras hacerse vegetariana. Con un peso de apenas cuarenta y ocho kilos, ya estaba poniendo un pie en la anorexia.

Se sentía agradecida, animada, victoriosa y segura, de un modo que aún hoy le resulta difícil de explicar. Tenía la sensación de que por fin se había hecho con el control, y aquella sensación de pureza y vacío le resultaba profundamente satisfactoria. Un sentimiento que no se atenuó, ni siquiera cuando Alice descubrió puñados de cabello en su cepillo, mechones en el suelo… y, en el espejo, el reflejo de alguien que no se parecía mucho a sí misma.

***

En cierto modo, la anorexia parece lo opuesto a la adicción. Caracterizamos la adicción por la pérdida del autocontrol, pero la anorexia representa el exceso de este. De hecho, las investigaciones revelan que, en comparación con otras personas, las que son anoréxicas toman mejores decisiones y de forma más rápida. Sin duda, Alice era ordenada y estratégica por naturaleza. Pero organizaba su vida a base de restringirse y reprimirse, apretando más y más alguna tuerca de la maquinaria de su mundo interior. ¿Cómo se explica, si no, que hubiese renunciado a tanto? No solo renunció a su rango de sirenita para convertirse en esclava de Laurie, sino que mantuvo aquella relación durante años y años, pese a las migajas de bienestar que obtuvo de ella. Se había empequeñecido cada vez más para adaptarse a la avidez de Laurie. Los adictos tienen fama de perder el autocontrol, de abandonarlo como un coche que se encuentra en las últimas. En cambio, los anoréxicos parecen tener el problema opuesto: no logran soltar el volante.

Sin embargo, la anorexia y la adicción guardan tantas similitudes que podrían ser hermanas gemelas. Ambas obtienen su enorme poder de la compulsividad, una compulsividad que le resulta obvia a todo el mundo mucho antes de que se lo resulte a quien la padece. Cuando la impulsividad se convierte en compulsividad, como ocurrió en cada relato incluido en este libro, el cuerpo estriado dorsal despierta de su letargo y se despereza, impermeable a cualquier otro plan, para insistir: «Tienes que hacer esto. Pero ya». Entonces las redes de autocontrol de la corteza prefrontal pierden su eficacia (y, al final, quizá también sus sinapsis) cuando intentan regularla. Ni los anoréxicos ni los drogadictos ejercen un control descendente en lo relativo a conductas que les hacen daño. Alice tenía escaso control sobre su necesidad de matarse de hambre. Ni siquiera los mechones de pelo en el suelo del baño fueron un presagio lo bastante

contundente como para que corrigiera su rumbo. Tampoco sentía que hubiera nada que debiera cambiar. En aquel momento de su vida, no creyó tener un problema grave. Y, pese a todo, ahí sigue la gran ironía de la anorexia: lo que Alice no lograba controlar era su convicción de que, por fin, tenía el control.

Ahora bien, la anorexia y la adicción guardan más similitudes. En ambos casos, rendirse a la autoprivación da lugar, durante la niñez y la adolescencia, al vertiginoso incremento de una necesidad abrumadora. Para evitar a su padrastro, Natalie se privó de toda espontaneidad y optó por la depresión, tras encerrarse en su cuarto. Donna mantuvo la boca cerrada y cumplió con la exigencia de acallar sus impulsos, en un esfuerzo por convertirse en la niña buena que su madre le requería que fuese. En cada relato sobre la adicción, podemos ver que subyace una corriente de ansiedad, ira o miedo al rechazo, y una complicidad inconsciente entre el niño y sus cuidadores para aceptar la carga de la insuficiencia. Una complicidad que resulta agotadora, pues genera una especie de inanición emocional.

En casi todas las adicciones, dicha inanición repunta en intentos desesperados y repetidos de realización personal. Los subidones que obtenemos con las drogas, el alcohol y la pornografía son antídotos extremos contra el vacío interior. Al igual que ratas hambrientas con elevadísimos niveles de dopamina, los adictos se ven dominados por la desesperación de llenar el vacío que ha ido creciendo en su interior. Sus niveles de dopamina se disparan ante el atisbo de una posible satisfacción. Pero el caso de las personas anoréxicas es distinto, pues satisfacer su necesidad consiste en privarse de forma constante. Por lo tanto, la anorexia es un minucioso modo de prolongar la abnegación, que resulta satisfactoria (ya que completa la búsqueda de la perfección iniciada años antes) a la vez que peligrosa (porque dicha búsqueda conduce al vaciado de la propia carne).

En cierto modo, los anoréxicos son adictos prototípicos, pues persiguen de forma implacable un símbolo. Los símbolos reúnen nuestra cognición, nuestros pensamientos y asociaciones, para condensarlos en emblemas coherentes, llenos de significado pero con poca consistencia en sí mismos. A fin de cuentas, siempre representan algo más, como mujeres atractivas, coches espectaculares, amor paternal, seguridad financiera o incluso la juventud como concepto. Cada símbolo es una flecha en un mapa, o una serie de flechas alineadas entre sí, marcando una dirección que seguir; toma un grupo de objetivos relacionados y los reduce a uno único que podemos perseguir con toda convicción. Para Alice, dicho objetivo pudo haber sido el atractivo físico, lo que la llevó a una percepción positiva, al menos en la infancia y la adolescencia. En cambio, ahora había pasado a ser simple autodominio, una sensación cristalina de control, un símbolo mucho más refinado, más idealizado, que todo lo que hubiera buscado con anterioridad.

Las drogas también son simbólicas de un modo que los expertos rara vez abordan (por no decir que nunca). Pero es probable que lo que simbolizan evolucione y mute. Los símbolos se desarrollan, y todo desarrollo lleva su tiempo. Como vimos en el caso de Brian, la excitación vertiginosa de un subidón de metanfetamina tardó muchos meses en significar lo que acabó significando: lucidez, poder y confianza en uno mismo. Y lo mismo ocurre con la autoinanición que se produce en la anorexia: lo que comienza como la búsqueda de un físico específico puede acabar teniendo muy poco que ver con la apariencia estética y bastante más con la restricción y el autocontrol.

No existe una única región o sistema cerebral donde se creen y se activen los símbolos. Ahora bien, la corteza prefrontal (CPF) desempeña un papel decisivo a la hora de conectar la experiencia presente con el conjunto de elementos que el símbolo representa. Sabemos que la parte de la CPF que reúne la información (la CPF dorsolateral) se activa mucho cuando los adictos se exponen a la droga que suelen consumir o cuando los anoréxicos y bulímicos se

enfrentan a comida o a indicios de esta. Al menos, hasta que empieza a desconectarse, como describí en el capítulo 6. La corteza perceptiva también desempeña su función (proporcionar las imágenes y sonidos que revisten el símbolo), al igual que la amígdala (donde de pronto se enciende la llama del significado emocional). Los símbolos contienen mucho significado, pero también abarcan temas, imágenes sensoriales o palabras que se pronuncian o se recuerdan. Las palabras y las imágenes son señales, y estas son llaves que abren las puertas de la adicción y la anorexia, desencadenan el deseo intenso y las recaídas, y liberan dopamina en el accumbens, lo cual pone en marcha el motor del deseo.

Así es como los símbolos gobiernan nuestras acciones, desde los mayores logros de la humanidad (descubrimientos científicos, sinfonías u obras de arte) hasta sus mayores tragedias (delitos, hostigamiento y, cómo no, adicciones). Pero el símbolo y la pasión no siempre convergen de forma instantánea. Pueden surgir en paralelo, para luego conectarse y acabar desarrollándose un poco más, como ocurrió con la anorexia de Alice, que comenzó en el orgullo infantil ante su capacidad de autocontrol y derivó en los austeros hábitos que definieron su cuerpo y su mente veinte años después. Tanto la anorexia como la adicción dependen de redes neuronales que crecen.

***

Con independencia de otros aspectos de su naturaleza, la anorexia es una forma literal de inanición. Cuando Alice comenzó sus estudios de posgrado en Toronto, estaba hambrienta a todos los niveles. Así que, como ocurre con casi todas las personas con trastornos alimentarios, su «diagnóstico» pasó de una difusa categoría a otra. A principios de su primer año, se encontraba en una fiesta donde no conocía a nadie, por lo que sentía timidez y ansiedad. No eran

sentimientos nuevos para ella. La novedad estaba en que sentía un hambre voraz. Recuerda estar de pie junto a la mesa de la comida, como si hubiera echado raíces en aquella especie de escondite, y de pronto cogió una enorme y deliciosa galleta. Durante una llamada de Skype, me mostró con los dedos el tamaño de aquella galleta. Una sola habría saciado a casi cualquiera.

Aquella noche Alice engulló catorce galletas del mismo tamaño, una tras otra. Recuerda el número exacto porque incluso ella se asombró: «Me hizo sentir de maravilla. Era justo lo que deseaba, lo que necesitaba». Por fin llenó un vacío en su interior.

Los atracones no tardaron en convertirse en algo habitual. Dos o tres veces por semana empezaba a comer y no paraba hasta que empezaba a sentarle mal. Ingería comida sabrosa, ya fuese dulce o salada, cuando no una combinación de ambas. Alimentos consistentes, incluidas enormes cantidades de guacamole, crema de cacahuete directamente del bote y chocolate. Luego tomaba algún laxante para deshacerse del exceso de masa, pues seguía a dieta. Aún trataba de mantener un peso bajo, pero ahora su autocontrol estaba a punto de estallar. En cuanto a sí misma, se veía tensada hasta el límite por fuerzas que tiraban en direcciones opuestas. En aquella época, le habrían diagnosticado bulimia, pero ella creía ser simplemente un desastre.

Los atracones guardan semejanzas más precisas con la adicción a sustancias que la anorexia. Son actos compulsivos de ingesta, que llenan el yo con algo muy deseado, algo que se necesita desesperadamente. El cuerpo estriado dorsal (que induce conductas automáticas e irreflexivas) se activa en la anorexia y la bulimia del mismo modo que en el consumo compulsivo de sustancias. Ahora bien, ¿qué ocurre con la CPF dorsolateral, el puente del barco, que entra en acción cuando se detecta alcohol o drogas (al principio) y luego se apaga, para quedar relativamente inactivo a medida que el hábito confluye? Según Nora Volkow, toda una autoridad en la neurociencia de la adicción, la CPF dorsolateral se desconecta del

cuerpo estriado tanto en los casos de obesidad como en los de atracones, al igual que lo hace en los de adicción a las drogas. Por lo tanto, se produce una ruptura en la comunicación entre la parte del cerebro que persigue objetivos y la que podría ejercer algún control sobre dicha búsqueda. ¿Es eso lo que provoca la pérdida de sinapsis en ciertas regiones prefrontales, a medida que se desarrollan adicciones y trastornos alimentarios? Aún no lo sabemos. Pero Volkow está convencida de que la falta de control (un rasgo que comparten tanto la adicción como los trastornos alimentarios) se debe a una ruptura en la comunicación entre las estructuras prefrontales y las estriatales.

Como muchas conductas adictivas, los atracones de Alice se desencadenaban durante períodos de ansiedad insoportable. Sus estudios de posgrado le resultaron mucho más difíciles de lo que esperaba, pues tenía miedo al fracaso y se sentía sola. Aunque asistía a un excelente departamento de una enorme universidad urbana, no tenía amigos allí. Su único amigo era el hombre con quien acababa de casarse, lo cual complicaba aún más las cosas. A Alice le repugnaban los atracones, y sabía que a él también. No quería que su marido viera en lo que se había convertido. Por otro lado, Alice no dejaba de sorprenderse mientras se atiborraba de comida que normalmente no tocaría ni con un palo. Al igual que los alcohólicos o los adictos al crack, se sentía dominada por deseos más poderosos que ella misma. Se sentía obligada a hacer aquello. Y, si su marido intentaba disuadirla cada vez que ella entraba en aquella dinámica, Alice lo abofeteaba, se clavaba las uñas en la piel y se tiraba al suelo, repitiendo como en un mantra: «Me odio, me odio…». Una vez que empezaba a darse el atracón, lo único que quería era que él se marchara, para poder continuar. Para hacer lo que tenía que hacer. Y para hacerlo a solas.

Pero lo que le resultaba atractivo a la vez que repulsivo no era solo la comida. También lo era su ritual, la secuencia de intrincados pasos que seguía cada vez más a rajatabla siempre que entraba en una fase de atracón. El cuerpo estriado se prende mediante señales:

estímulos (palabras e imágenes) o acontecimientos que predicen el acto adictivo. Y los símbolos crecen como telarañas resplandecientes, cada uno con un eje central conectado a múltiples puntos de anclaje. Los rituales combinan acciones y objetivos en cadenas de acontecimientos que son símbolos en sí mismos. Y resultan muy poderosos.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) suele considerarse una variante pura del impulso compulsivo que marca la última etapa de la adicción. Y, como sabemos, las personas con TOC organizan sus vidas en torno a rituales repetitivos. Por lo tanto, no debería sorprender que la mayoría de los adictos encuentren consuelo, pero también emoción, en los rituales que conducen al acto en sí. La meticulosa preparación de la inyección de heroína; la disposición de una superficie de vidrio y una cuchilla para pulverizar cristales de cocaína; el acicalamiento que precede a una noche de juegos de azar o de excesos sexuales. Los rituales se vuelven gratificantes en sí mismos, forman parte de la red de significado simbólico.

Algunos investigadores del campo de las adicciones, como Kent Berridge, han descubierto que las señales acaban controlando el surtidor de dopamina con una eficacia asombrosa. Al igual que ocurre en una carrera de atletismo, el testigo de la dopamina se pasa de una señal a la siguiente de forma sucesiva, y cada una de ellas predice a la que a su vez predice el momento final de liberación. La oleada de dopamina (que alguna vez alcanzó su punto álgido justo antes del acto adictivo) retrocede, paso a paso, de manera que los acontecimientos que de otro modo serían neutrales se acaban llenando de significado, determinación y emoción. Para Alice, como para otras personas con trastornos alimentarios, el preciado ritual consistía en contar calorías, pues esto condensaba una enorme importancia en una serie de actos triviales. Por ejemplo, hacía cálculos para averiguar si podía ingerir un plato de lechuga al mediodía o, en el caso de que se hubiera portado muy bien, darse un banquete más tarde. A la hora de la cena, si los números aún le daban como para ingerir cuatrocientas calorías, podía disfrutar de un

burrito sin sentirse culpable (una recompensa bien merecida). Así pues, contaba calorías en cada bocado, elaboraba listas, sumaba y restaba valores. Se pesaba en la báscula del baño varias veces al día. Había muchos huecos que llenar, muchas variables que vigilar. Le gustaba haber recuperado el control. Hasta el siguiente atracón, claro, cuando todo volvía a descontrolarse.

Durante meses, sus hábitos alimentarios dieron vueltas en un tiovivo de ansiedades que no aminoraban la velocidad: desde el miedo escénico que la atormentaba antes de dar una conferencia hasta la ansiedad social que experimentaba al encontrarse entre desconocidos. Y luego estaba la angustiosa mezcla de ambas situaciones: cuando debía poner mucho cuidado en su comportamiento social con tal de mantener las apariencias, como le sucedía cada vez que veía a su familia en Navidad, o que estaba con sus compañeros de estudios, o que tenía una reunión en el laboratorio con su supervisor. En aquellos tiempos, su vulnerabilidad empezaba a explotar a cámara lenta. Alice se esforzaba en reprimirlo durante horas o incluso durante días. Pero su determinación acababa desintegrándose y entonces la compulsión irrumpía, para arrastrarla en su oleaje como si no fuera más que una cerilla. Siempre se avergonzaba cuando se venía abajo (incluso antes de venirse abajo, cuando sabía que aquello era inminente). Su vergüenza crecía en fuerza y en ferocidad, golpeando los muros de su celda sellada hasta derribarlos. A casi todos los adictos les resulta familiar ese monstruo. Alice podía gestionar su vergüenza, pues la había experimentado de una forma u otra a lo largo de su vida. Sin embargo, aquel sentimiento se magnificó de forma grotesca cuando su marido la pilló con las manos en la masa. Alice intuía el asco que le provocaba a su marido el mero hecho de mirarla y, al poco tiempo, este le comunicó que su matrimonio estaba en la cuerda floja.

***

En realidad, aquel patrón de autocontrol sostenido, acompañado de una pérdida de control intermitente, es típico de muchas adicciones. Y los psicólogos que lo han estudiado durante casi dos décadas han decidido bautizarlo como «fatiga del ego» o «agotamiento del ego». Pero se trata de una denominación un tanto anticuada, incluso freudiana, así que a veces los investigadores contemporáneos lo denominan «agotamiento del autocontrol», que es exactamente de lo que se trata. Ahora bien, a los psicólogos les ha costado mucho averiguar cómo funciona. Algunas personas pueden mantener algún tipo de autocontrol durante períodos indefinidos. Y, sin embargo, sobre todo en las tareas que requieren que reprimamos nuestros deseos, que ocultemos nuestras emociones o que desestimemos información importante, el autocontrol comienza a parpadear y a apagarse como una bombilla averiada.

Roy Baumeister publicó en 1998 un estudio donde se recopilaban las primeras pruebas en torno al agotamiento del ego. Todos los participantes llegaron con hambre al laboratorio y se sentaron frente a un plato de galletas recién horneadas y otro de rábanos. A la mitad se les dijo que podían comer tantas galletas como quisieran; y a la otra mitad, que comieran tantos rábanos como quisieran, pero ninguna galleta. Minutos después, el segundo grupo no desempeñaba tan bien tareas que requerían autocontrol y esfuerzo sostenido, y en más ocasiones tardaron menos en darse por vencidos. El mismo efecto se detectó en aquellos participantes a quienes pidieron abstenerse de expresiones emocionales mientras veían un vídeo que resultaba emocionalmente cautivador. Después de aquello, perdían control cognitivo. Este tipo de tarea se ha repetido de diversas formas cientos de veces y los resultados son indiscutibles: tras haber suprimido los deseos, impulsos o respuestas habituales durante un período de tiempo, la maquinaria cognitiva del autocontrol se desgasta y se vuelve disfuncional.

Pero ¿por qué? En otra época, existía la creencia generalizada de que el agotamiento del ego lo provocaba el desabastecimiento de los recursos químicos necesarios para la capacidad intelectual. Sin

embargo, no hay datos que respalden dicha opinión. Investigadores contemporáneos como Michael Inzlicht, de la Universidad de Toronto, sugieren que la gente deja de esforzarse porque la frustración se va acumulando, y al final les resulta más tentador dejarse llevar. Pero sigue sin ser una gran explicación. Y aquí es donde entra la neurociencia. Como descubrió el propio Inzlicht, las ondas cerebrales que indican autorregulación (las cuales se medían en el momento en que las personas trataban de no cometer ningún error) se veían debilitadas con el agotamiento del ego, pero solo cuando dichas personas intentaban reprimir sus sentimientos. Otros tipos de control emocional, como la reinterpretación de acontecimientos emocionales, no provocaban agotamiento del ego. Este tipo de control, que requiere cambiar la perspectiva sobre cualquier cosa que parezca desafiante, no obstaculizó el desempeño ni perturbó las ondas cerebrales. Cuando el hambre física y psicológica de Alice amenazó con dinamitar sus hábitos dietéticos, todo lo que pudo hacer fue reprimir sus deseos. No pudo encontrar ningún otro modo de reinterpretarlos.

Los experimentos neuronales que utilizan escáneres cerebrales por resonancia magnética funcional nos brindan una imagen más precisa. El agotamiento del ego aumenta la activación en aquellas regiones del cerebro que se ocupan del significado emocional (la amígdala y la corteza orbitofrontal), al tiempo que reduce la comunicación entre estas áreas y la CPF dorsolateral, donde se aglutinan la información, el conocimiento y el autocontrol. Recordemos que esta desconexión de la CPF dorsolateral respecto al núcleo motivacional del cerebro se ha detectado una y otra vez en adictos de todo tipo. Y Volkow y su equipo han encontrado la misma desconexión en los atracones. La CPF dorsolateral se desconecta, el autocontrol se rompe y Alice pasa (después de dos días de intenso autocontrol) de hacer dieta a darse atracones.

A menudo, su debate interno alcanzaba un volumen ensordecedor: «No pienses en ello, no pienses en ello…, pero qué rico estará». Aunque intentaba abstraerse, los pensamientos intrusivos

penetraban sin piedad en su ensoñación. Era como intentar no pensar en un elefante, según me dijo. Para tratar de mantener el control, se deshacía de alimentos que pudieran formar parte de un futuro atracón. Tiraba a la basura todo lo que le parecía placentero. Y después, según sus palabras, «casi era como si mi subconsciente estuviera pensando en ello. A veces sacaba de la basura lo que había tirado. Me sentía tremendamente culpable, pero el componente de alivio superó al autocontrol». En ocasiones se sentaba a meditarlo de forma racional y sensata durante varios minutos, que podían convertirse en horas. Lo que ella me describió fue una ansiedad intensa y creciente. Creyó que nunca podría librarse de aquello. Que seguiría atormentándola. Que continuaría allí al día siguiente, pues no había modo de frenarlo. A veces, el atracón comenzaba muy despacio, con una taza de yogur relativamente inofensiva. Pero sus rituales daban un volantazo antes o después, y entonces se sorprendía agregándole a su inocuo yogur todo tipo de aderezos. Por último, llegaba la caída, cuesta abajo y sin frenos, hacia un rotundo atracón. Se detenía en la tienda de alimentación y compraba todo lo que no le convenía. Y luego se iba a casa a comérselo.

El agotamiento del ego es el azote de los adictos. Estos hacen esfuerzos (a veces titánicos) por resistirse al impulso de entregarse a la adicción. Pero tal vez se hayan esforzado demasiado, durante demasiado tiempo y de forma equivocada. La represión de los impulsos no funciona, sobre todo cuando dichos impulsos se van inflando hora tras hora. Además, el talón de Aquiles del agotamiento del ego se asocia con el del otro pie: el atractivo inmediato o descuento por demora. A medida que el autocontrol alcanza el punto crítico, se vuelve terriblemente complicado evitar sumergirse en recompensas inmediatas (como hizo Alice con el chocolate y la crema de cacahuete) en detrimento de recompensas futuras (como llevar una vida normal). Cuando el autocontrol se está desvaneciendo, cuando las sinapsis de dopamina zumban por todo el cuerpo estriado, esas recompensas inmediatas inundan la pantalla del radar, y resistirse a ellas acaba originando una ansiedad

creciente que solo puede atajarse repitiendo el acto prohibido. Porque tienes muy claro que, en realidad, es el único modo de que las cosas mejoren.

***

Por fin la situación de Alice llegó a un punto crítico. Una noche se encontraba en una fiesta, de pie junto a la mesa de la comida, posición que siempre acababa ocupando de forma automática. Se estaba atiborrando de patatas fritas, galletas, queso, guacamole y cualquier otra cosa que la atrajera desde la falsa seguridad de la mesa. No podía parar y la vergüenza la abrumaba, pues no había excusa ni razón posible para aquel tipo de conducta. Salió corriendo de la estancia, recorrió el pasillo, bajó en el ascensor y abandonó el edificio a todo correr. Se detuvo en la primera tienda que encontró para comprar un paquete grande de galletas Oreo. Después, regresó a su apartamento, donde podría estar a solas. Cierta paz interior la inundó al oír el clic de la cerradura. Ahora podría rebozarse en un desenfreno de verdad, en vez de conformarse con la agonizante medianía que había tenido que soportar en la fiesta. Así pues, empezó a atiborrarse a lo bestia. Usó las galletas Oreo para rebañar la crema de cacahuete y las devoró. Encontró unos panecillos, los cubrió con queso y los introdujo en el microondas, pero de pronto decidió abrir la puerta antes de que sonara el temporizador. ¡Ya están lo bastante cocinados como para comérselos! Se quemó los labios y la lengua, pero no pudo parar. De hecho, el dolor de la quemadura le iba que ni pintado para su infierno personal. Se merecía sufrir. Semejante placer no podía existir sin dolor.

Pero entonces se vio a sí misma desde otra perspectiva: «Esto es terrible, es espantoso». Aquella noche, de pie a solas bajo la dura luz de la cocina, donde la fiesta le parecía poco más que un recuerdo difuso, se dijo que ya no quería seguir haciendo aquello.

Estaba sufriendo muchísimo. Su estómago se convulsionaba debido al dolor. Tenía la lengua y los labios abrasados. Y, pese a todo, se diría que necesitaba seguir comiendo más rápido aún. «Esto no puede repetirse. Debo sacarlo de mi organismo ya mismo, esta noche… y terminar de una vez». Para entonces, el patrón ya resultaba muy evidente: cada vez que intentaba restringir durante demasiado tiempo la ingesta excesiva de comida, su jugada acababa saldándose con un atracón. El agotamiento del ego estaba pudriendo los puentes que ella seguía reparando. Algo tenía que cambiar, con lo que era inevitable que aquella noche llegara. Y la noche fue avanzando, hasta que Alice se encontró retorciéndose en el suelo y, más tarde, vomitando en el baño. No pudo evitarlo. De pronto, le resultaba imposible seguir ingiriendo comida.

Cuando su marido llegó a casa, Alice seguía en el suelo de la cocina. El hombre rompió a llorar: «No puedo ver esto. No sé cómo salvarte. No puedo seguir queriéndote si tú no eres capaz de quererte. Debes tomar la decisión de si quieres vivir o morir, yo no puedo hacerlo por ti». Dicho esto, salió del apartamento. En cuanto a Alice, se tumbó en el sofá del salón, lo más rígida posible. No logró conciliar el sueño. Aún le dolía demasiado.

***

Al día siguiente, Alice se lanzó al complicado proceso de registrarse en los servicios de orientación universitaria. También inició una búsqueda de grupos (en concreto, grupos para mujeres con trastornos alimentarios). Por aquel entonces iba con el piloto automático puesto. No le quedaba otra. Encontró la web de una organización que se encontraba no muy lejos, a solo media hora en autobús. Por suerte, habían programado una jornada de puertas abiertas para la semana siguiente. Su marido la acercó. Le ponía muy nerviosa la idea de sentarse en una habitación con otras

mujeres a hablar de sus problemas. Pero la ansiedad comenzó a disminuir en cuanto conoció a la recepcionista, quien la miraba con amabilidad mientras le dedicaba palabras reconfortantes. Una semana después, allí estaba Alice, rodeada de mujeres de todas las edades, cada una con una historia propia que contar. Y al poco tiempo le tocó hablar a ella.

«Lloré mucho. Me sentía un desastre», aseguró en una de nuestras entrevistas. Pero, incluso en aquella primera reunión, se le mezclaron el desaliento y el alivio. Por primera vez en su vida, se sentía comprendida. Nadie la había entendido hasta entonces. Se sentía capaz de confesar sus secretos más íntimos, y ninguna de las asistentes se conmocionó al escucharlos. Alice también lloró por el modo tan irracional con que se había autodestruido. ¿Cómo había llegado a aquel punto? Aunque no era la única que se sentía así, por lo que otras afirmaban: «Pues sí, le he hecho cosas terribles a mi cuerpo, pero no sé por qué».

En reuniones posteriores, Alice escuchó hablar sobre una asombrosa variedad de trastornos alimentarios. Había un sinfín de variantes y de sensibilidades de lo más explosivas e impredecibles. Se disuadía a las participantes de que profundizaran en los detalles de sus problemas, ya que dichos detalles podrían desencadenar un tsunami psicológico en alguna otra componente del grupo o favorecer una desconcertante competición por ver quién se encontraba en peores circunstancias. Estaba prohibido cualquier detalle sobre el peso, las calorías y la forma del cuerpo. Todas las asistentes mostraban mucho interés, y eso que todas recurrían a fórmulas complacientes del estilo «Cuando tengo mi trastorno alimentario, siento como si…». Alice insiste en que «no era en modo alguno un programa de los Doce Pasos», pero las reuniones se desarrollaban según unas reglas muy estrictas, que servían de gran ayuda.

Alice asistió al grupo una vez por semana durante aproximadamente un año. También recibió asesoramiento personal durante parte de ese tiempo. Eso sí, no modificó sus patrones de la noche a la

mañana. Durante tres meses le iba bien, pero al final acababa retomando los rituales, el recuento de calorías e incluso los atracones. La situación nunca llegó a ser tan terrible como en el pasado, pero aun así… A la semana siguiente, acudía al grupo para hablar de ello. «Tuve un desliz», afirmaba. No le pedían que contara los sórdidos detalles, más bien la animaban a hablar sobre el hecho de estar triste o asustada, sobre sus interacciones sociales, sobre el acoso laboral, el estrés escolar y el estrés conyugal. No tardó en quedarle claro el tema principal del grupo: «La mayoría de nosotras sentíamos miedo o que no encajábamos, así de simple, y en realidad solo queríamos sentirnos amadas».

En nuestra última entrevista, Alice me dijo que su matrimonio había mejorado desde que se unió al grupo y que sus problemas alimentarios habían comenzado a disminuir. Mientras ella se alejaba del borde del precipicio, su marido aprendió a estar menos ansioso y pendiente de cómo se relacionaba ella con la comida. «No siempre estoy en modo trastorno alimentario», le aseguraba. A medida que la confianza de él aumentaba, también lo hacían la eficacia y la seguridad de Alice respecto a sus progresos. Empezó a sentir que estaba haciendo aquellos cambios en beneficio propio, no para aplacar a su marido. «Me niego a que él o cualquier otra persona pongan el foco en eso. Quiero que sea algo en lo que yo trabajo y que yo logro. A veces tengo días complicados y prefiero que nadie me apunte con el dedo».

Uno de sus mayores retos ha sido dialogar con otras mujeres. Y, aunque ella no ha atado cabos en este sentido, no puedo evitar pensar en las conversaciones que mantuvo con su madre durante la infancia, centradas en la forma del cuerpo y en el atractivo físico. Conversaciones que parecieron allanar el camino para el creciente empeño de Alice en reprimir y restringir. Durante la primera fase de su recuperación, el mayor reto lo encontró en su suegra. «Las conversaciones de aquella mujer siempre giraban en torno a contar calorías», me dijo Alice. Sentía repelús cuando la señora cantaba las alabanzas de su dieta de mil doscientas calorías diarias. «¿Qué

sentido tiene hacer esa dieta? No es saludable», se decía Alice. Pero otras veces le daba la vuelta a su lógica interna y pensaba: «¿Por qué ella puede hacer eso y yo no?». Alice estaba dispuesta a enzarzarse en una discusión, a cuestionar las ridículas normas que su suegra parecía respaldar, pero se imaginaba que aquellas discusiones eran de algún modo «antifemeninas». En sus propias palabras, «conversar con mi suegra era como andar con cuidado por un campo de minas». Pero no me extrañaría nada que aquella peligrosa andadura ya hubiese comenzado en la infancia.

Hoy, varios años después, Alice asegura que se encuentra «bien, en líneas generales». Afirma que de vez en cuando sigue cometiendo errores, pero que ya no se siente tan culpable por ello. Las conversaciones con otras mujeres le parecen mucho menos controvertidas. De hecho, está trabajando para suavizar el maniqueísmo de su perspectiva, y ahora se permite aceptar que las mujeres que hacen dieta no necesariamente sufren trastornos alimentarios. «Mi batalla personal consiste en dejar de tenerle miedo a la comida», concluye.

Últimamente ha descubierto que el autocontrol no es un arnés que necesite poner a sus impulsos. Dice ser más consciente de lo que hace y lo que siente en cada momento, y asegura que puede corregir el rumbo cuando es necesario. Pero sus deslices se producen sobre todo cuando se siente triste o sola. En ese aspecto no ha cambiado. Para Alice, la recuperación no es lo que se dice un jardín de rosas. «Algunas chicas salen del tratamiento y dicen que todo es maravilloso, que el fin de semana han paseado en kayak, que aman su cuerpo y que por fin se aman a sí mismas». Pero a Alice no le ocurre eso, como me comentó: «No apoyo esa campaña de "amo mi cuerpo". Yo no amo mi cuerpo, pero tampoco lo odio tanto como antes. No pienso mucho en ello, y me parece una buena señal».

***

Algunos expertos en adicciones defienden el modelo del caballo y el jinete. Para ellos, el control cognitivo o el autocontrol vienen a ser el jinete, mientras que los impulsos son el caballo. Estos modelos de «proceso dual» han estado muy de moda en el campo de la psicología durante varias décadas y a menudo se aplican a la adicción. Los adictos tienen impulsos muy fuertes y han perdido la capacidad de controlarlos que casi todos tenemos. El jinete ha perdido el control: las riendas se le resbalan y el caballo se desboca. También puede ocurrir que el caballo sea demasiado fuerte como para domarlo, así que el jinete se da por vencido. Obsérvese que ambas interpretaciones se prestan al concepto de enfermedad. Porque, de cualquier manera, un caballo salvaje y sin jinete causará estragos hasta que lo aten o lo seden.

Ahora bien, controlar no resulta tan sencillo. El control cognitivo es una señal reguladora que surge de muchas partes del cerebro para extenderse a muchas otras. Incluye diferentes canales que reproducen programas muy diferentes. De hecho, la CPF dorsolateral realiza algunos actos de organización cognitiva, integración y selección. Pero no deberíamos verlo como el jinete de un caballo desbocado, sino más bien como el puente de un barco, donde la amplitud de perspectiva permite tanto una planificación a largo plazo como una dirección a corto plazo. Hay otras regiones prefrontales, una alrededor de la línea media inferior, y un par de regiones, una a cada lado, que generan otros tipos de control más primitivos. Además de la parte ventral (sur) del cingulado anterior, justo detrás de la corteza prefrontal, que intenta controlar la conducta en plena vorágine emocional. Teniendo en cuenta la diversidad de dichos sistemas, ¿cómo deberíamos entender el autocontrol y la pérdida de este?

La neurociencia nos dice que tanto la adicción como los trastornos alimentarios revelan una hiperactivación del sistema de control dorsolateral de la CPF, el más sofisticado de todos, seguida de una desactivación (o, para ser más precisos, una desconexión) de este sistema del núcleo motivacional del cerebro. Tanto la bulimia compulsiva de Alice como, en general, las adicciones en etapa avanzada se manifestarían no solo como actividades reducidas en la CPF dorsolateral, sino como actividades aumentadas en el cuerpo estriado, al menos cuando la tentación se encuentra al alcance de la mano. Con el tiempo, habría cada vez menos comunicación entre ambas estructuras. Pero podría decirse que esa es la imagen casi exacta que vemos con el agotamiento del ego, donde se muestra la misma desconexión entre el puente del barco y sus motores motivacionales, y la misma pérdida de control en el comportamiento volitivo. El estado transitorio del agotamiento del ego parece ahora un microcosmos del estado duradero que conocemos como adicción.

Los intentos de autocontrol de los adictos y de los bulímicos se ven continuamente socavados por el agotamiento del ego. Y la literatura neuropsicológica nos ayuda a entender el motivo. La represión pura y dura no funciona. Parecería que modalidades más primitivas de autocontrol, impulsadas por regiones inferiores de la corteza prefrontal, les han tomado el relevo a regiones superiores como la CPF dorsolateral. Pero lo único que pueden hacer es inhibir impulsos, tirar de las riendas irreflexivamente cuando surge la ansiedad. Y es una mala decisión, pues lo único que logran con ello es irritar al caballo.

Al juntar estas piezas, todo empieza a cobrar sentido: la CPF dorsolateral se desconecta y desactiva porque la han apartado de su trabajo. Los poderosos impulsos que surgen en el cuerpo estriado parecen exigir represión, pero esta no forma parte de su currículo. Así pues, la tarea del autocontrol queda relegada a otros sistemas de control más ventrales. Y estos funcionan con menos eficacia. Vendría a ser como utilizar los músculos equivocados para sostener el estómago o para mantener la cabeza erguida: antes o después,

acabarás sufriendo un grave dolor de espalda. A veces, el deseo intenso acumulado y la sensación de fracaso inminente que precedía a los atracones de Alice podían prolongarse durante días. No cuesta imaginarla luchando con todas sus fuerzas contra sus impulsos a cada hora de dicho período… y, por desgracia, amparándose en las partes equivocadas de su cerebro.

Pero el caballo tampoco es un animal sencillito. En el capítulo 6 describí los diferentes niveles del cuerpo estriado, que se extienden desde el impulso puro en su extremo sur hasta la compulsión pura en su región dorsal norte. Estos niveles suelen trabajar en equipo (recordemos la imagen del palo de mayo). Los atracones de Alice eran claramente compulsivos, pero también tenían un componente impulsivo (es decir, disfrutable), al menos al principio. Al igual que lo tenía, durante aproximadamente una hora, el hábito de Johnny de beber. A esta complejidad hay que sumarle los estragos del atractivo inmediato, cuando la intención de actuar se ve obnubilada por lo inminente y las consecuencias a largo plazo se debilitan. Hay más bravuconería estriatal y menos dominio dorsolateral, esto está claro, pero quizá a costa de que el caballo se haya convertido en el jinete. Como nos recuerdan Everitt y Robbins: «No hay nada aberrante o inusual en transferir el control del comportamiento a un… mecanismo estriado dorsal»[30]. De hecho, se produce a menudo en la vida cotidiana, cuando los hábitos (como asegurarnos de que hemos apagado los fogones de la cocina o las luces de casa) dejan de pedirnos permiso y se ejecutan con el piloto automático puesto.

Cabría preguntarse qué sentido tiene considerar que los adictos carecen de control. Recordemos que Donna ejercía un control minucioso, esbozando sonrisas radiantes y ocultando sus necesidades y resentimientos durante casi toda su vida (pese a su incesante búsqueda de pastillas). Y no hay duda de que las personas anoréxicas ejercen un control extraordinario pese a su hambre insaciable. Tanto Alice como todos los otros sobre quienes he escrito conservan en la mente símbolos poderosos que persiguen sin descanso, a través de preparativos o rituales que observan con

escrupulosa precisión y dejando de lado cualquier otro objetivo con tal de hacer aquello que más les importa.

Si sigue convenciéndote la idea del caballo y el jinete, ten en cuenta que hay muchos vaqueros pasándose las riendas unos a otros, y además cada uno con diferentes habilidades; de un momento a otro, el caballo puede pasar de ser un amigo dócil a una bestia furiosa; y nunca está claro del todo quién controla a quién.

***

No obstante, hay algo precioso en los niveles más elevados de control prefrontal, ejemplificados en la CPF dorsolateral (es decir, el puente del barco). Se trata de un tipo de control que utiliza la atención consciente para ajustar las acciones de modo que acabe resultando más beneficioso. Puede imponerse al atractivo inmediato, en parte imaginando un futuro valioso y volviéndolo accesible. Y también puede imponerse al agotamiento del ego. Como ya he mencionado, la mejor manera de evitarlo es cambiar de perspectiva y reinterpretar la propia situación emocional. Pero esto requiere ir más allá de la represión y alcanzar la introspección, que se basa en un software ya instalado en la CPF dorsolateral (aunque no te extrañe que dicho software tal vez necesite una actualización).

Alice tuvo que restablecer la conexión entre el puente del barco y los motores motivacionales de su cerebro, después de que estos se hubieran mantenido segregados, como quien dice, durante años. Tuvo que planificar su recuperación. Tuvo que buscar no solo ayuda, sino el tipo de ayuda adecuada para ella. Tuvo que motivarse para acudir a su grupo semana tras semana. Y tuvo que hablar de sus sentimientos, por mucho miedo que le diera. Aquellos pasos le exigieron esfuerzo, pero los dio guiada por la introspección y por un radical cambio de perspectiva. También los dio impulsada por el

deseo. Su trastorno alimentario se había convertido en su némesis. Lo que ahora anhelaba era, en sus propias palabras, «ser una persona normal, formar parte de otras personas, ser espontánea. Aferrarme a la idea de que mi cuerpo es lo último en lo que la gente se fijará. Y entender que puedo gustarles realmente a los demás por ser yo misma». La idea de gustar a otros, inesperadamente recurrente tras haber completado la terapia de grupo, la vivió casi como una experiencia religiosa, según me dijo (aunque se apresuró a puntualizar que no es una persona religiosa). Una poderosa sensación de pertenencia, de encontrarse bien. Un cambio de perspectiva tan absoluto que apenas podemos imaginarlo. Alice no se había gustado desde la infancia.

Lo que ella tuvo que hacer, y lo que todos los adictos han de hacer para superar su adicción, fue reconectar el deseo con los niveles superiores de cognición. Todos deben reconectar sus pensamientos y sentimientos. Y deben descubrir sus propias motivaciones en vez de atender exigencias ajenas, ya sean estas últimas reales o imaginarias. A menudo, tras un período de mucho sufrimiento, tienen que desear remodelar sus vidas, y tienen que desearlo más que otra dosis de la sustancia o que seguir incurriendo en la conducta que han estado perpetuando durante tanto tiempo. De este modo se reavivan, se amplían y se fortalecen las sinapsis entre el cuerpo estriado y la CPF dorsolateral. Y de este modo es como el volumen de materia gris regresa a regiones de control aisladas: no solo a niveles normales, sino incluso más allá de estos, como se describe en el capítulo 6. Cuando los hábitos pierden fuerza, cuando el tráfico sináptico encuentra viejas y nuevas rutas entre el cuerpo estriado y la corteza, no surge de repente el autocontrol, sino que más bien cambia de signo: de una imposición a un interés, de un reflejo cruel a un deseo sincero.

30. Barry J. Everitt y Trevor W. Robbins, «From the Ventral to the Dorsal Striatum: Devolving Views of Their Role in Drug Addiction», Neuroscience and Biobehavioral Reviews 37, n.º 9, parte A (2013): pp. 1946-1954.

No es fácil conectar la biología de la adicción con la experiencia de la adicción. Los conceptos neurocientíficos destilan información de cientos de miles de experimentos, cada uno realizado con docenas de individuos, utilizando complejas tecnologías que requieren cálculos numéricos elaborados y que manejan cientos o miles de puntos de datos para cada individuo. Condensar todo esto en tendencias y promedios es el modo que tienen las ciencias biológicas de dar sentido a…, en fin, a la vida, incluidos los cambios más sutiles en nuestro órgano más preciado: el cerebro. En cambio, la experiencia individual no es más que eso. Por lo general, implica casi el proceso opuesto: mucha reflexión sobre momentos singulares de una vida singular, cuando parecía producirse algo especial o significativo. Analizar la experiencia exige aplicar conocimientos personales a percepciones individuales, no tanto combinar innumerables registros hasta que surja algo significativo. Se trata de tipos de datos radicalmente diferentes. Y aunque hoy por hoy ya se producen intentos de lograr que sujetos individuales informen sobre su experiencia mientras se registran sus actividades cerebrales, lo cierto es que dicha metodología aún está en pañales. Queda mucho camino por recorrer.

He intentado tomar nuestro conocimiento científico sobre lo que sucede en el cerebro, a través de la adicción y la recuperación, y combinarlo con los relatos de personas que han vivido ese proceso. No me cabe la menor duda de que los cambios cerebrales registrados por los científicos se producen justo al mismo tiempo que los experienciales de las personas de carne y hueso. No puede ser de otra manera. Este libro toma muy en serio esa correspondencia e intenta comprender, bajo una nueva óptica, la adicción, para lo cual la examina de cerca.

Pero, antes de cerrar con esta nueva visión de la adicción, debemos revisar el modo en que se la ha concebido hasta ahora. La idea es derribar mitos y prejuicios para reemplazarlos con un marco que nos permita observar la adicción de manera más realista, sin subestimar sus componentes biológicos y psicológicos. En otras palabras, debemos tener claro lo que no es la adicción para luego concentrarnos en lo que sí es.

POR QUÉ LA ADICCIÓN NO ES UNA ENFERMEDAD

En su versión actual, el modelo de enfermedad de la adicción afirma que esta última es una enfermedad cerebral crónica y recurrente, y que se manifiesta a través de cambios cerebrales (sobre todo, alteraciones en el cuerpo estriado) que se originan en la absorción repetida de dopamina en respuesta a drogas y otras sustancias. También afirma que se manifiesta en cambios en la corteza prefrontal, donde las regiones que se encargan del control cognitivo se desconectan parcialmente del cuerpo estriado y, a veces, pierden parte de sus sinapsis conforme la adicción progresa. Se trata de cambios enormes que no podemos ignorar. El modelo de la enfermedad es el único enfoque coherente de la adicción que presta verdadera atención a los cambios cerebrales descritos por cientos de laboratorios en miles de artículos científicos. No se puede negar que explica la neurobiología de la adicción mejor de lo que lo hace el modelo de «decisión propia», entre otros. Además, puede brindar cierta utilidad médica real. Da sentido a la impotencia que experimentan los adictos y los alienta a expiar su culpa y su vergüenza, validando la convicción que estos tienen de que no pueden mejorar sin ayuda de terceros. Por otro lado, parece explicar la asombrosa persistencia de la adicción, su propensión a que se produzcan recaídas. Incluso demuestra por qué el modelo de «decisión propia» no puede ser la respuesta absoluta, ya que la decisión está regida por la motivación, que a su vez está regida por la dopamina… y, supuestamente, el sistema de dopamina está enfermo.

Entonces, ¿por qué deberíamos rechazar el modelo de enfermedad?

La razón fundamental es la siguiente: cada experiencia que, debido a su atractivo motivacional, repetimos un número suficiente de veces cambiará el cableado del cuerpo estriado (y de regiones asociadas) al tiempo que ajustará el flujo y la absorción de dopamina. Sin embargo, me resisto a llamar «enfermedad» a la emoción que sentimos cuando visitamos París, cuando tenemos una cita con nuestro amante o cuando ovacionamos a nuestro equipo. Cada experiencia gratificante construye su propia red de sinapsis dentro y alrededor del cuerpo estriado (y de la COF), y dichas redes siguen extrayendo dopamina de su depósito en el mesencéfalo. Esto ocurre cuando viajamos a París, cuando nos citamos con nuestro amante, cuando mete gol nuestro equipo y cuando nos chutamos heroína. Cada red sináptica se fortalece y se ajusta a medida que anticipamos y vivimos esas experiencias, por lo que la absorción de dopamina se vuelve más selectiva conforme se identifican las recompensas y se establecen los hábitos. Raramente se estudia el control prefrontal en los casos de viajes o de partidos de fútbol, pero los laboratorios y la vida misma nos indican que a menudo los objetivos atrayentes se imponen al autocontrol. Sabemos que el agotamiento del ego y el atractivo inmediato, los cuales son procesos naturales, reducen la coordinación entre los sistemas de control prefrontal y el núcleo motivacional del cerebro (como lo he denominado). Así pues, aunque es cierto que los hábitos adictivos pueden estar más profundamente arraigados que muchos otros, no existe una clara línea divisoria entre la adicción y la búsqueda repetida de otros objetivos atrayentes, ya sea en la experiencia o en la función cerebral. Te has hartado de Londres y ahora lo que te encanta es París. La buena comida, el sexo, la música…, todo eso ya te deja frío. Pero la cocaína sigue surtiendo efecto en ti.

Entonces, ¿cómo sabemos qué impulsos, atracciones y deseos etiquetar como «enfermedad» y cuáles considerar aspectos de la experiencia normal y el cambio cerebral? En algún punto se tendría que poder trazar el límite. Ahora bien, no puede estar tan solo en la cantidad de dopamina liberada, ni en el grado de singularidad de lo que nos parece gratificante, ni en la (falta de) disponibilidad de

control cognitivo descendente, pues en todos estos casos se trata de dimensiones continuas. No se prestan a dos categorías distintas, como lo serían las de enfermedad versus buena salud. Algunos expertos aplican la etiqueta de «enfermedad» cuando una droga, bebida o actividad interfiere gravemente con la vida de quien la consume o practica. Pero, repito, ¿dónde deberíamos trazar el límite? Nuestro amante podría estar casado con alguien. Y sabemos que, cuando la emoción de los fanáticos de los deportes se dispara, acaban enzarzados en peleas, arrestados e ignorando sus responsabilidades familiares. Una vez más, la «adicción» no encaja en un sello fisiológico único, como sí ocurre con la «enfermedad». Ni siquiera encaja en una categoría social, como sí ocurre con el «fanático deportivo» o con «nuestro amante». Simplemente, describe la búsqueda repetida de objetivos muy atrayentes cuando otros ya han perdido su encanto, así como los cambios cerebrales que condensan este ciclo de pensamiento y comportamiento en un hábito bien aprendido. En otras palabras, de poco sirve llamar «enfermedad» a la adicción, porque «enfermedad» y «normalidad» son categorías imprecisas que se solapan, casi siempre delimitadas por psiquiatras que no tienen acceso a experiencias o cerebros individuales.

El cerebro muta con todas las experiencias de aprendizaje, pero aún cambia más rápida y radicalmente en respuesta a vivencias con un elevado impacto motivacional. Tales cambios conducen a la creación de hábitos (neuronales y conductuales) que se autoperpetúan y se autoestabilizan. Además, dichos hábitos reemplazan otras actividades menos atrayentes. Así está diseñado el cerebro, mediante las toscas herramientas de la evolución, para que pueda funcionar con la mayor eficiencia posible. Pero, al igual que ocurre cuando mantenemos la columna vertebral erguida, el diseño no es perfecto y puede provocar dolor (a la evolución siempre le ha importado un comino el sufrimiento). Pero no deberíamos aplicar el término «enfermedad» a los dolores de espalda o a las adicciones. Los cambios cerebrales (incluso en los casos más extremos) no implican que algo esté mal en el cerebro. Más bien pueden implicar

que una persona no ha estado utilizándolo de la mejor manera, pues con demasiada frecuencia se ha obcecado en perseguir una única recompensa de alto impacto y ha dejado que otras se desvanezcan hasta acabar siendo insignificantes.

LA ADICCIÓN SIN SUSTANCIAS DE POR MEDIO

Uno de los mayores mazazos a la noción actual de la adicción como enfermedad lo ha dado el hecho de que las adicciones conductuales pueden resultar tan graves como las relacionadas con sustancias. Durante décadas, siempre hemos visto la misma línea de debate por parte del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas inglesas), la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas inglesas) y la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones: que la adicción la causa principalmente el abuso de sustancias. Pero, si eso fuera cierto, ¿por qué se produce con tanta frecuencia la adicción a la pornografía, al sexo, a los juegos en línea, a la comida o a los juegos de azar? ¿Y por qué los «trastornos» caracterizados por un exceso en cualquiera de dichas actividades muestran patrones de activación cerebral casi idénticos a los que se observan en la adicción a las drogas? (Por ejemplo, sobreactivación del cuerpo estriado cuando hay señales presentes y se produce una elevada anticipación, o desactivación de algunas regiones prefrontales cuando la complacencia toma la delantera).

Quizá resulte sorprendente que la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) evite aplicar el término «adicción» cuando habla de la dependencia de las drogas y el alcohol. Prefiere denominarla «trastorno por uso de sustancias (TUS)». Pero no nos andemos con rodeos: los trastornos por uso de sustancias son precisamente lo que casi todos entendemos por «adicción». Por otro lado, la versión actual del DSM sí se refiere a los juegos de azar como adicción. ¿Significa esto que los juegos son más adictivos que la heroína? Además, ha sumado a la lista el «trastorno de juego por internet» como «afección que

necesita más estudio». Esto solo significa una cosa: que no están muy seguros de cómo llamarlo (aunque parecen meterlo en el mismo saco que la metanfetamina). Quizá los psiquiatras que siguen perfeccionando el mapa de los trastornos mentales se encuentran casi tan confundidos como sus pacientes. O, por decirlo con más suavidad, los psiquiatras se están dando cuenta de que los problemas adictivos se definen por patrones de conducta, no por sustancias concretas. Y eso es un paso en la dirección correcta.

La gente desempeña ciertas actividades de forma repetida, y a menudo con escaso control, porque le resultan muy atrayentes. Esto puede abarcar cualquier cosa, desde el descontrol en los gastos monetarios hasta la sobreprotección de los hijos o el yihadismo, entre otras muchas actividades. Pero hay un afán humano muy habitual que la mayoría de nosotros reconocemos como el epítome del deseo ciego y la búsqueda recurrente: enamorarse. Los amantes piensan de manera obsesiva en el objeto de su amor, exageran sus cualidades positivas y evitan pensar en repercusiones futuras. El amor romántico (pero también el amor paternofilial, o incluso modalidades más retorcidas de amor como el fetichismo, el sadomasoquismo, etc.) puede volverse fácilmente compulsivo, difícil de controlar y demasiado centrado en lo inmediato, sin tener en cuenta las previsiones a largo plazo. Resultan obvios los paralelismos con la adicción, al menos en los ámbitos psicológico y conductual.

Pero, si echamos un vistazo a la neurociencia del amor, descubriremos algunas similitudes notables, esta vez en el ámbito de la biología. Se acepta de forma generalizada que «los niveles elevados de dopamina central contribuyen a que el amante centre su atención en el ser amado y a que el amante tienda a considerar al ser amado como único»[31]. De hecho, varios investigadores han estudiado directamente el vínculo entre el amor y la adicción. James Burkett y Larry Young reseñaron gran parte de este trabajo. Tras subrayar que «todas las drogas adictivas que conocemos provocan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens», siguieron

resumiendo lo que ya sabemos sobre la neurofisiología del emparejamiento en los mamíferos:

Al igual que ocurre con las drogas adictivas, la dopamina mesolímbica [que termina en el cuerpo estriado] contribuye de manera decisiva a la formación de lazos afectivos en parejas de topillos de la pradera, sobre todo en la región del núcleo accumbens. Se ha demostrado que el apareamiento provoca la liberación de dopamina en el núcleo accumbens de los roedores… En los topillos de la pradera, se logra evitar la formación de lazos afectivos entre parejas de apareamiento si los receptores de dopamina en el núcleo accumbens se encuentran… obstruidos… Además, la activación inespecífica de los receptores de dopamina en el núcleo accumbens es suficiente para ocasionar vínculos de pareja, incluso si no se produce apareamiento[32].

Los paralelismos neuronales y conductuales entre el amor y la adicción resultan mucho más complejos de lo que indica este breve resumen. Y, por cierto, pocas especies de mamíferos son monógamas (ni siquiera levemente), lo que nos obliga a depender de pequeñas criaturas peludas para obtener información. El caso es que, tras haber revisado gran cantidad de estudios, Burkett y Young llegaron a esta conclusión:

En la fase incipiente de la adicción, se recopilan grandes cantidades de datos sensoriales sobre el objeto de la misma. En la adicción a sustancias, esto se aplica a las modalidades sensoriales más pertinentes para la droga: el gusto y el olfato; la experiencia particular única de la droga; y el contexto en el que esta se consume. En la adicción a la pareja, dicha información es fundamentalmente social: miradas, caricias, palabras, olores, la

forma del cuerpo y de la cara y, posiblemente, las experiencias sexuales. Cuando dichas interacciones tempranas con el objeto de la adicción producen resultados gratificantes, se libera dopamina en el núcleo accumbens, que actúa para aumentar la prominencia de los indicios de incentivo que predicen la recompensa[33].

Así pues, el amor y la adicción se caracterizan por muchos de los mismos rasgos psicológicos y neuronales. De hecho, ambos autores utilizan el término «adicción a la pareja», y no cabe duda de que eso es precisamente lo que parece ocurrir en muchas relaciones sentimentales. Por otro lado, quienes han luchado contra la adicción a sustancias suelen describir su atracción por una específica como si de un enamoramiento se tratara. Brian me comentó apesadumbrado que, cuando dejó la metanfetamina, se sintió como si estuviera rompiendo su relación con un amigo o una amante. Para él, la sensación de pérdida era la misma. Incluso había llegado a considerarla como un sustituto de Vera, una mujer con quien había tenido una relación sentimental durante años. Y ahora, por segunda vez, tenía que vivir con el corazón roto.

Dudo que haya mucho más que añadir a esta comparación. Si la adicción es una enfermedad, también lo ha de ser el amor.

Pero aquí ofrezco algunas razones más para no llamar enfermedad a la adicción. En líneas generales:

•Los cambios cerebrales mensurables que caracterizan la adicción suelen desaparecer cuando se deja de consumir (aunque podemos señalar que persisten cambios cerebrales más sutiles, como también debe de suceder con los examantes). Esto también se aplica a las adicciones que no tienen que ver con sustancias, por lo que los cambios cerebrales en ambas direcciones no guardan relación con las sustancias en sí.

•La pérdida de densidad sináptica en determinadas regiones prefrontales suele considerarse la prueba decisiva de que la adicción es una enfermedad. Pero lo único que se está produciendo aquí es una poda. La poda sináptica es uno de los dos motores principales del desarrollo cortical normal; sabemos que es el resultado del aprendizaje y que, por lo general, aumenta la eficiencia neuronal.

•Desde hace décadas, conocemos muy bien los factores ambientales que predisponen a las personas a la adicción. Sin embargo, la comunidad médica sigue enfatizando el papel de la genética, a la vez que se sigue restando importancia al papel de la experiencia (incluidos los acontecimientos vitales y la calidad de vida).

•Los predictores psicológicos y ambientales tienen mucho más que ver con el modo en que experimentamos nuestro entorno que con la verdadera naturaleza del mismo. Sin embargo, las enfermedades se basan en la exposición, no en la experiencia.

•La poderosa atracción hacia las drogas y las actividades adictivas surge como respuesta a cierto grado de sufrimiento psicológico, incluidos el aislamiento social y las emociones negativas recurrentes. Los estudios del «parque de ratas» revelaron que incluso estas dejan por voluntad propia el consumo de narcóticos cuando sus entornos se vuelven más habitables, al igual que ocurrió con la mayoría de los veteranos de la guerra de Vietnam tras su regreso a casa.

•Si bien los medicamentos farmacéuticos pueden aliviar los síntomas de abstinencia, que son de corta duración para algunas drogas e inexistentes para otras, tan solo pueden reducir los impulsos adictivos mientras dichas sustancias permanezcan en el flujo sanguíneo. Para reprimir los impulsos, reemplazan las sustancias químicas adictivas por otras estrechamente vinculadas que también pueden resultar adictivas.

•Una excepción a lo anterior puede encontrarse en los medicamentos que alteran el sistema de dopamina. Sin embargo,

bloquear el metabolismo de la dopamina también restringe las emociones, la búsqueda de objetivos, la libido y el dinamismo en general. Por desgracia, ese es el efecto secundario de muchos fármacos antipsicóticos.

•De hecho, los centros de tratamiento que consideran la adicción como una enfermedad recurren casi exclusivamente a medicamentos para aliviar los síntomas de abstinencia. Después de eso, suelen pasarse a métodos de los Doce Pasos, que en realidad carecen de base médica.

•Muchos profesionales del tratamiento de la adicción consideran que las herramientas más efectivas son aquellas que abordan procesos cognitivos y motivacionales, como la autodeterminación, la introspección, la fuerza de voluntad y el perdón a uno mismo. Sin embargo, hay que señalar que ninguna enfermedad puede curarse utilizando dichos procesos.

•También se ha demostrado la eficacia de procesos sociales, como el apoyo y el amor, y de procesos contemplativos, como la meditación de atención plena. Sin embargo, lo vuelvo a decir: no podemos recurrir a tales procesos para curar enfermedades (que sepamos).

PERO, SI NO ES UNA ENFERMEDAD, ¿QUÉ ES?

En el capítulo 2 ofrecí una imagen bastante completa de cómo cambian los cerebros a medida que las personas (así como sus hábitos, sus personalidades) evolucionan. La repetición de experiencias particulares modifica las redes sinápticas, lo cual crea un ciclo de retroalimentación entre la experiencia y el cambio cerebral, en el que cada uno da forma al otro. Los nuevos patrones de conexiones sinápticas se autoperpetúan como los surcos que el agua de lluvia traza en el jardín. ¿Qué podemos concluir de todo esto? Pues que los cambios cerebrales se asientan de forma natural en los hábitos cerebrales, que a su vez fijan los hábitos mentales. Las experiencias más atrayentes son las que se repiten más a menudo y de manera más fiable, y las que realmente logran cambiar las sinapsis en vez de limitarse a estar de paso, como quien dice. No en vano, el deseo es el agente evolutivo que nos lleva a perseguir objetivos una y otra vez. Por lo tanto, los deseos intensos y recurrentes cambiarán de forma natural el ritmo de aprendizaje. Acelerarán el ciclo de retroalimentación entre la experiencia y el cambio cerebral.

Con toda probabilidad, este aprendizaje acelerado creará hábitos arraigados, como los que comprenden la adicción, por varias razones:

•El deseo centra la atención, sobre todo mediante la activación de circuitos entre el cuerpo estriado y otras partes del cerebro. Deseo + atención = atracción. La atracción impulsa la implicación y la repetición (y, por lo tanto, el aprendizaje).

•Cuanto más rápido vaya el circuito de retroalimentación, en mayor cantidad generará aquello que genere, lo cual se salda con un nuevo

incremento en la aceleración de su ritmo. A esto lo conocemos como el famoso «efecto bola de nieve».

•Todo proceso de crecimiento que se acelere lo suficiente dejará atrás cualquier elemento que compita con él. Dado que las sinapsis que no se utilizan acaban por marchitarse y desaparecer, y que las adicciones se persiguen a expensas de otros objetivos, los hábitos adictivos llegan a desplazar otros incompatibles con la adicción, como la generosidad, la integridad y la empatía.

•La adicción ofrece recompensas muy anheladas que no tardan en esfumarse, lo que activa el deseo una y otra vez.

Este último punto merece un análisis en profundidad. Sabemos que los patrones sinápticos se refuerzan cada vez que repetimos el mismo tipo de experiencia, ya sea tocar el piano, hornear pan o fumar crack. Y sabemos que la repetición potenciada por la motivación es el mayor impulsor de la configuración sináptica. Cada vez que el deseo vuelve a lanzarnos en pos de droga, alcohol, pornografía o juegos de azar, ajusta la red de sinapsis con que se ancla la adicción. Imaginemos, pues, la potencia de una ansiada recompensa que se prolonga durante tan solo unas pocas horas. A su paso deja pérdida, desilusión y, con frecuencia, depresión. Entonces el deseo vuelve a avivarse de forma natural, en forma de antojo o deseo intenso, y es muy probable que el ciclo se repita.

De esta forma, las adicciones se basan en publicidad engañosa. El cuerpo estriado responde con ansiosa anticipación al brillo que confieren nuestros deseos y fantasías. Pero el subidón nunca es tan bueno como se prometía y, lo que es peor, no dura demasiado. Para Brian, consistía en una pipa repleta de relucientes cristales de metanfetamina (que lo acababan llevando a la extenuación). Para Johnny, en un vaso de ron donde tintineaban los cubitos de hielo (seguido de un desvanecimiento progresivo hasta perder la conciencia). En cuanto a Alice, cada atracón se saldaba con un

intenso malestar físico y una punzante vergüenza. Con estas y otras adicciones, el goce se desvanece a toda velocidad a medida que las drogas dejan de tener efecto, o que la bebida hace perder el conocimiento, o que el dinero se esfuma, o que la pirotecnia sexual se vuelve aburrida. Y entonces…, pues ahí aparece de nuevo, unas horas más tarde o al día siguiente, para llamarnos con sus cantos de sirena. Paladeamos una y otra vez pedacitos de recompensa, seguidos en cada ocasión por una pérdida y un intenso deseo renovado. Al reavivarse con tanta frecuencia la llama del deseo, los mismos conductos neuronales quedan dragados una y otra vez. Y el resultado es un aprendizaje acelerado.

Pero el surgimiento de la adicción no siempre se asemeja a una curva de aprendizaje acelerada. Las biografías de Brian y Donna nos revelan que puedes haber estado consumiendo drogas durante mucho tiempo antes de volverte adicto. El consumo de estimulantes por parte de Brian y el de opiáceos por parte de Donna tuvo escaso impulso motivacional durante aquel período inicial. Brian intentaba mantenerse despierto y alerta para poder lograr sus objetivos laborales, mientras que Donna tomó Vicodin para el dolor mucho antes de tomarlo por placer. Sin embargo, ambos alcanzaron un punto de inflexión donde la curva de aprendizaje debió de aumentar de forma considerable. En el caso de Donna, ocurrió más de una vez, ya que se dieron períodos de calma entre sus convulsas épocas de sustracción de medicamentos. Por primera vez, la espiral de aprendizaje se aceleró (mostrando no solo un efecto de bola de nieve en el comportamiento, sino una cascada de cambios neuronales) cuando Donna y Brian empezaron a buscar drogas llevados por los sentimientos que estas les proporcionaban, no como medio para un fin. O, dicho de otro modo, cuando el deseo entró en acción y su búsqueda de drogas anuló cualquier otro objetivo. Fue entonces cuando sus vidas empezaron a desmoronarse.

El surgimiento de una adicción debe incluir una o más fases de aprendizaje acelerado, pero también puede cocerse a fuego lento durante largos períodos. Por eso he optado por la expresión

«aprendizaje profundo». Con ella pretendo describir el perfil global del aprendizaje adictivo, incluidos los períodos de cambios rápidos, los de inercia y las remisiones temporales (en lenguaje médico). Como puede observarse en la figura 2, este perfil se asemeja a una curva de aprendizaje estándar, solo que más pronunciada.

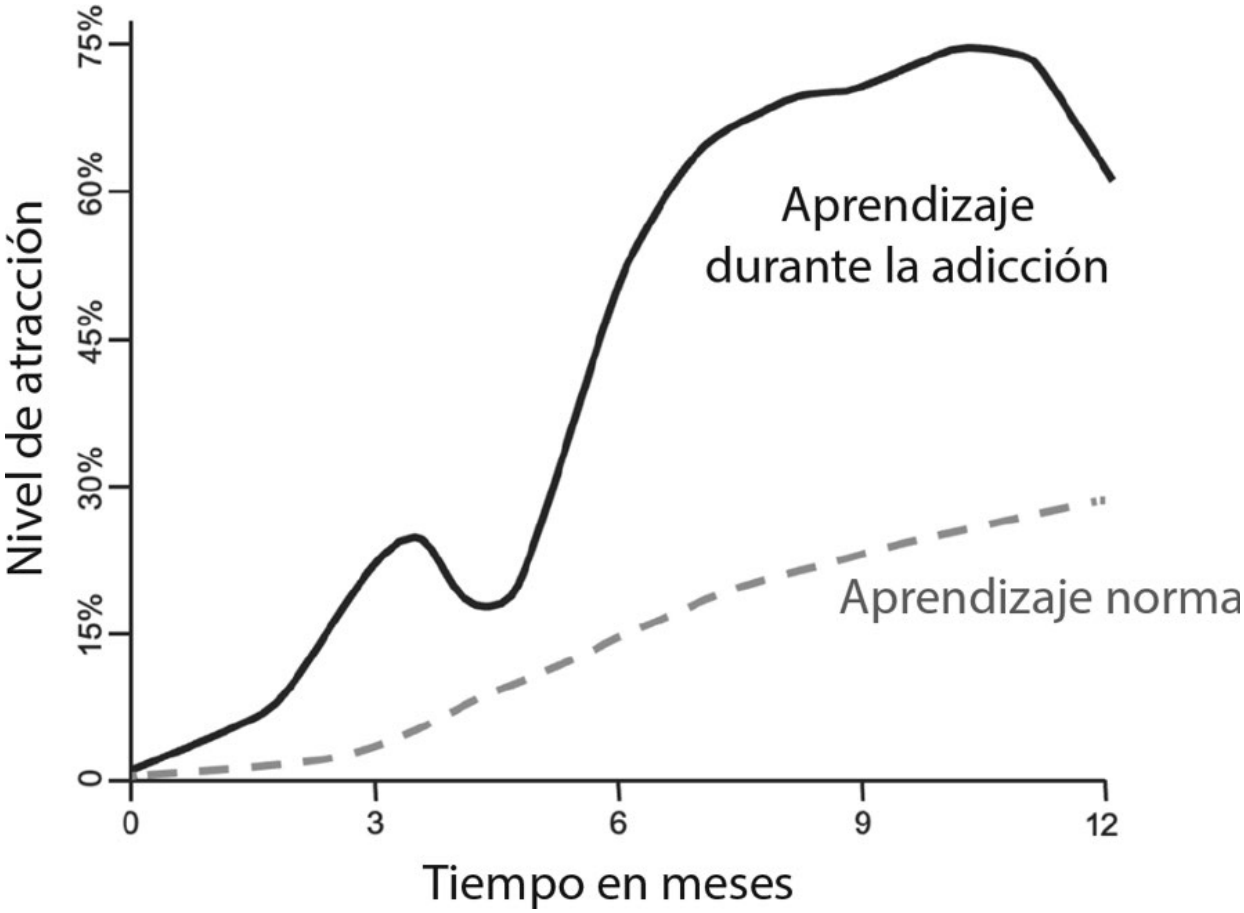


Figura 2. Aprendizaje profundo: Perfil del surgimiento de una adicción, que incluye fases de aprendizaje acelerado, estabilidad y reducción.

El deseo es el principal estado emocional que impulsa el aprendizaje. Pero cabe recordar que las emociones negativas, como la ansiedad y la vergüenza, también alimentan las configuraciones sinápticas

(configuraciones que se fortalecen a través del desarrollo, como cuando van surgiendo inclinaciones a la depresión o a la ansiedad). Así pues, la adicción no difiere tanto de otras lamentables direcciones que toma el desarrollo de la personalidad, pues se trata de un hábito que se autorrefuerza y se basa en emociones intensas que se experimentan una y otra vez. Y lo que es más importante: dichos brotes evolutivos (tanto los que denominamos «cambios de personalidad» como los que llamamos «adicción») pueden aparecer al mismo tiempo, cada uno creciendo a partir del otro, apoyándose mutuamente. Las redes sinápticas no solo se refuerzan a sí mismas, sino también unas a otras, pues al cerebro le gusta conservar estructuras y recursos, como ocurre con todos los seres vivos.

El trampolín motivacional para la formación de hábitos se halla justo en el centro del cerebro, dentro de la corteza, rodeando el mesencéfalo. Este es el «núcleo motivacional» que incluye el cuerpo estriado, la COF y la amígdala. Los cambios en el cableado de estas regiones se producen cuando los animales se ven motivados repetidamente para obtener algo o alejarse de algo, como ocurre con los roedores hambrientos, los niños que piden cosas llorando y los adolescentes cuando están cachondos. Gran parte de este recableado proviene de la absorción de dopamina en respuesta a objetivos muy apremiantes, lo que genera un circuito de retroalimentación cada vez más estrecho entre el deseo y la adquisición, entre el querer algo y el obtenerlo. En cuanto a los aspectos cognitivos de la formación de hábitos, podemos observar al menos el mismo recableado en las sinapsis de la corteza. Los sesgos a la hora de escoger, planificar, atender y evaluar las propias opciones dependen de cambios corticales, sincronizados con la actividad en las regiones motivacionales que acabo de mencionar. En resumen, las emociones intensas, la atención especial y las adaptaciones cognitivas no solo sacan provecho mutuo, sino que juntas dejan huellas duraderas en el tejido neuronal. Así cambia el cerebro durante el desarrollo y así se forman los hábitos.

Así pues, ¿en qué consiste exactamente la adicción? Se trata de un hábito que crece y se autoperpetúa con relativa rapidez cuando perseguimos de forma repetida un objetivo altamente atrayente. O, en pocas palabras, es aquella repetición motivada que da lugar a un aprendizaje profundo. Los patrones adictivos crecen más rápido y se arraigan mucho más que otros hábitos no tan atrayentes. Esto se debe a la intensidad de la atracción que nos motiva para que los repitamos, sobre todo cuando nos dejan anhelándolos y cuando otros objetivos ya han perdido su atractivo. La mecánica neurobiológica de este proceso involucra múltiples regiones del cerebro, que se entrelazan para formar una red que perpetúa la adicción. A menudo, la agitación emocional durante la niñez o la adolescencia nos lleva a buscar recompensas adictivas que pueden brindarnos alivio y consuelo pasajeros. Pero también hay otros puntos de entrada, pues la adicción es una casa con muchas puertas. Independientemente de cómo caigamos en ella y de cómo logremos superarla, la adicción es una condición de deseo recurrente hacia un único objetivo que abre surcos profundos en los fundamentos neuronales del yo.

¿POR QUÉ EL DESEO?

Es bien sabido que la adicción se caracteriza por un intenso deseo y un estrecho foco de atención, que permanecen unidos durante largos períodos o se repiten mucho combinados. Y no debería sorprendernos, ya que un deseo intenso siempre capta y retiene la atención. De hecho, esta superpareja tiene un nombre común: «atracción». Basta con echarle un vistazo al cerebro para descubrir que el deseo, generado por la absorción de dopamina en el cuerpo estriado, produce una expectativa (atención a lo que está por venir, reluciendo en las sinapsis de la COF). Los circuitos que conectan estas estructuras crecen como la hiedra a medida que la adicción se afianza. Con la inclusión de la amígdala, que desencadena intrincados momentos emocionales, este conjunto neuronal funciona como motor motivacional de la adicción.

Ahora bien, evaluemos la importancia del deseo sobre la de otros estados motivacionales. El deseo merece mucho respeto, al igual que el terreno neuronal que la evolución le ha legado. Recordemos aquel bocado de espaguetis que te llevabas a la boca. Observa hacia dónde se dirige tu atención mientras comes. Conforme los espaguetis abandonan el plato para acercarse a tu boca, es probable que al menos parte de tu atención se centre en la comida. De momento, la atención queda vinculada al objetivo de llevar los espaguetis a su destino. Y sientes deseo, aunque sea a cierto nivel. Si no lo sintieras, ¿qué sentido tendría comer otro bocado? Una vez más, el deseo y la atención convergen en un solo foco. Pero, tan pronto como te has introducido la comida en la boca, tu atención se redirige a otra parte: regresa a la conversación que estabas teniendo con otro comensal, o al libro que estabas leyendo mientras comías, o al programa que estabas viendo en la tele. La cantidad de atención

que le prestas al sabor de ese bocado es ínfima si la comparamos con la que dedicaste para llegar allí.

Así pues, quizá tristemente, quizá irónicamente, el placer es una pequeña parte de la experiencia común de comer, incluso cuando estás comiendo algo delicioso. El deseo y la expectativa constituyen un alto porcentaje de la experiencia. Y el acercamiento es, con diferencia, el acto principal. Pero esta relación desproporcionada tiene mucho sentido. La exigencia evolutiva de centrarse en el placer resulta casi nula. En cuanto la comida está en tu boca, lo cierto es que ya no necesitas hacer nada más para mejorar tus probabilidades de supervivencia y procreación. Pero es inconmensurable la exigencia evolutiva de llevarte esa comida a la boca, impulsado por el deseo. Si no estuvieras profundamente comprometido, concentrado, atento y decidido a alcanzar el objetivo de introducirte comida en la boca, tu capacidad de supervivencia sería más bien escasa.

El cuerpo estriado es una estructura grande y compleja, cuya finalidad es perseguir y alcanzar objetivos a base de manipular tu comportamiento mediante un deseo repleto de matices: impulsividad, compulsividad, necesidad y anhelo. Cada uno de dichos matices puede ser generado por una región distinta, o por una combinación de regiones, en el cuerpo estriado y por un cóctel diferente de dopamina. Por otro lado, el placer se obtiene a través de un segmento relativamente pequeño del cerebro (en torno a un centímetro cúbico, según el neurocientífico Kent Berridge) que parece incluir una diminuta porción del cuerpo estriado y una fórmula química muy diferente.

De modo que, en realidad, el deseo es el gran motor que mueve todas nuestras actividades encaminadas a objetivos. Y la adicción tampoco se desmarca en ese sentido. Durante más de una década, las investigaciones del laboratorio de Berridge se han centrado en el papel fundamental que el deseo desempeña en el cerebro. Berridge fue el primero en defender que la adicción consiste en desear algo,

no en que ese algo te guste (deseo, no placer), y los demás expertos en su campo se han ido poniendo al día poco a poco. El bajo perfil que el placer mantiene en la adicción explica por qué Natalie siguió inyectándose heroína, por qué Brian siguió fumando metanfetamina y por qué Johnny siguió bebiendo alcohol, mucho después de que el placer que experimentaban quedase reducido a la sombra de lo que una vez fue. Y también explica por qué rara vez vemos que los fumadores celebren el placer que les produce el acto de fumar (al menos, tras el primer cigarrillo del día). Por otro lado, la satisfacción que obtenemos gracias a ese alivio ni siquiera merece nuestra atención durante mucho tiempo. Sin embargo, el impulso por lograr dicho alivio adquiere proporciones épicas, sobre todo cuando ha estado fuera de nuestro alcance durante algún tiempo.

No es que el placer carezca de importancia. De hecho, hay un motivo por el que todas las variedades de fruta han evolucionado hasta producir azúcar: para que los mamíferos las coman y esparzan sus semillas. El placer es muy eficaz a la hora de desencadenar el deseo, de hacernos anhelar más. Pero, en cuanto se establece esa conexión en el primer acto de la primera escena, el público dirige su atención casi exclusivamente al deseo.

La biología del deseo no solo nos ayuda a comprender la adicción, sino también a comprender por qué la adicción no es una enfermedad. A comprender por qué es, más bien, el triste resultado de un mecanismo neuronal normal que evolucionó porque era útil.

UN MAL ORIGEN

He comparado las adicciones con las aventuras amorosas para demostrar que ambas comparten muchas características psicológicas y neurológicas. Sin ir más lejos, la atracción es la mecha que prende las adicciones y las aventuras amorosas, que en ambos casos resultan muy gratificantes hasta que empiezan a causar más problemas que satisfacciones. Resulta asombrosamente complicado alejarse de ellas hasta que sus consecuencias se vuelven intolerables. Y las dos satisfacen poderosas necesidades emocionales, pues de lo contrario no serían tan cautivadoras. A veces son necesidades humanas genéricas, como desestresarse, reconfortarse, obtener placer, autopromocionarse o sentirse conectado con algo o alguien distinto de nosotros mismos. Todo el mundo tiene esas necesidades, así que cualquiera puede volverse adicto. Pero lo más probable es que la adicción surja de unas más concretas, anidadas en personalidades con heridas específicas provocadas por situaciones dolorosas o desorientadoras en la niñez o la adolescencia. Las personas jóvenes son incapaces de controlar no solo los entornos conflictivos o caóticos en los que se mueven, sino también todas las emociones negativas (como la ansiedad o la depresión) que se derivan de dichos entornos. Es más, la labor de controlar tales estados negativos puede complicarse muchísimo. Prácticas adictivas como el consumo de drogas brindan un potente antídoto contra aquello que estén sintiendo, y ayudan a librarse de esa sensación de impotencia y a salir del pozo de la depresión, al menos durante un tiempo. Por eso la adicción surge tan a menudo después de que se produzca alguna adversidad psicológica, social o física en los primeros años de vida. El modelo de adicción a la automedicación resalta este vínculo y encaja muy bien con el énfasis que pretendo darles al aprendizaje y al desarrollo[34].

Natalie y Donna sufrieron depresión durante la infancia. La de Natalie surgió en respuesta a un padrastro irascible del que no podía huir y al que no podía evitar. La de Donna se originó en el hecho de amordazar voluntariamente su propia personalidad con tal de mantener la paz en un hogar frágil bañado por el alcohol. Ambas llevaban una vida de ansiedad en un mundo caótico y amenazante. Ambas estaban aisladas socialmente y recurrían a una falsa personalidad tanto en casa como en la escuela. Y ambas desarrollaron una poderosa atracción por los opiáceos, cuya contribución biológica y psicológica consiste en brindar una sensación de comodidad, seguridad y alivio. Brian se vio reprendido y asfixiado, de manera alternativa, por una madre que sufría sus propios problemas emocionales. Su infancia quedó marcada por la perpetua espera de críticas y por una búsqueda infructuosa de reafirmación. La metanfetamina le permitió sentirse fuerte, apoyado e independiente, combinación que claramente compensó lo que jamás había tenido en su infancia. Johnny pasó sus primeros años de adolescencia rehuyendo a depredadores sexuales y profundamente avergonzado por orinarse en la cama. Hasta que descubrió que el alcohol atenuaba su ansiedad. Así pues, el miedo y el complejo de inferioridad lo condujeron a diversos aprendizajes, como que el alcohol regula la ansiedad y que, cuanto más bebes, mejor te sientes.

En realidad, el desarrollo de la personalidad consiste simplemente en establecer hábitos para llevarnos bien en el mundo: hábitos de atracción, de autorregulación, para aliviar las preocupaciones emocionales y para limar asperezas en nuestras vidas. Así pues, podemos entender la adicción como una rama del desarrollo de la personalidad que surge de las cenizas de necesidades insatisfechas e intentos fallidos. La ansiedad y la depresión descontroladas nos empujan a buscar nuevas fuentes de alivio. La baja autoestima nos sensibiliza ante cualquier oportunidad de sentirnos hábiles, diestros. Pero, en cuanto la adicción toma las riendas, nuestros recursos inadecuados para la autorregulación se ven obligados a abordar la emoción negativa más difícil: el deseo intenso, surgido de la propia adicción. Entonces esta última se convierte en una necesidad

insatisfecha que eclipsa a todas las demás y que sigue construyendo su propio caparazón. Al menos, hasta que necesitemos hallar un medio de autorregulación radicalmente distinto.

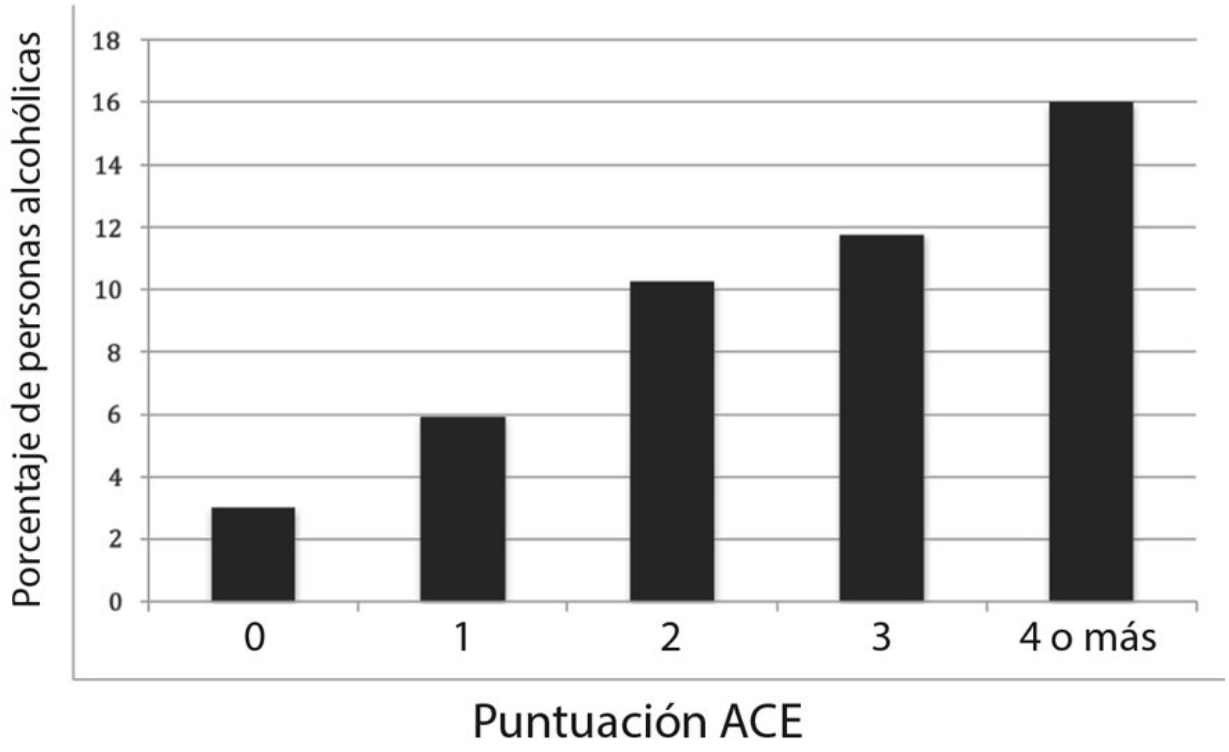
Contamos con muy diversas pruebas del impacto de la adversidad temprana, incluido un influyente estudio realizado en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas inglesas), que recoge una muestra de diecisiete mil ciudadanos estadounidenses de clase media (una muestra de gran tamaño). Este estudio analizó las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas inglesas) en relación con posteriores problemas físicos y mentales. Los resultados vinculados con la adicción quedan muy bien resumidos por Maia Szalavitz en una revista en línea llamada The Fix[35]. Se calculó una puntuación ACE para cada participante, en función del número de tipos de experiencias adversas que cada uno comunicó durante la niñez o la adolescencia. Estas experiencias incluían abusos físicos, abusos emocionales, abusos sexuales, alcoholismo en familiares muy próximos o depresión crónica de alguno de los padres (al menos una de estas experiencias aparece de forma manifiesta en cada una de las cinco biografías relatadas en este libro). Los resultados eran inequívocos: cuanta mayor puntuación ACE tenía un participante, más probabilidades había de que acabara siendo alcohólico, drogadicto, fumador o adicto a la comida (entre otras cosas). La figura 3 muestra dos ejemplos gráficos.

Estos resultados revelan que las experiencias adversas tempranas predicen un aumento del 500% en la incidencia de alcoholismo en adultos y del 4600% en la del consumo de drogas intravenosas. Aunque hay críticas al estudio, basadas sobre todo en preocupaciones en torno a la autoevaluación retrospectiva, estas correlaciones son enormes y muy significativas. Además, los estudios prospectivos de seguimiento están arrojando resultados similares.

El panorama neuronal también resulta inequívoco. El trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión y los trastornos de

ansiedad dependen de una amígdala que se encuentra hiperactiva debido a las evaluaciones de amenaza o pérdida de la COF y un intento de búsqueda de alivio por parte de un cuerpo estriado un tanto inquieto. Estos componentes del motor motivacional se implantan antes de que las personas jóvenes tengan ocasión de desarrollar un sistema de guía sofisticado (y realista), basado en la maduración de la CPF dorsolateral (el puente del barco), la cual no se encuentra plenamente desarrollada hasta la edad adulta temprana. La amígdala traumatizada sigue señalando la probabilidad de amenaza o rechazo, incluso cuando en el entorno inmediato no se detectan indicios preocupantes. Por otro lado, el agudo gemido de todo el motor motivacional activa redes cuyo objetivo es encontrar seguridad, control o alivio lo antes posible. Las drogas, el alcohol, los juegos de azar y la pornografía nos ayudan a evadirnos de nosotros mismos para centrar nuestra atención en otra parte. Pueden acelerar nuestra excitación y nuestra sensación de pericia (en el caso del speed, la cocaína y los juegos de azar), o directamente pueden calmar la ansiedad al reducir la activación de la amígdala (en el caso de los sedantes, los opiáceos, el alcohol y quizá la comida). Los adictos y exadictos saben muy bien lo valiosas que pueden llegar a ser estas fuentes de auxilio. Encontramos algo que alivia la persistente sensación de que todo está mal, así que lo tomamos o lo practicamos, y después lo hacemos de nuevo.

PUNTUACIÓN ACE VERSUS ALCOHOLISMO EN ADULTOS



PUNTUACIÓN ACE VERSUS CONSUMO DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA

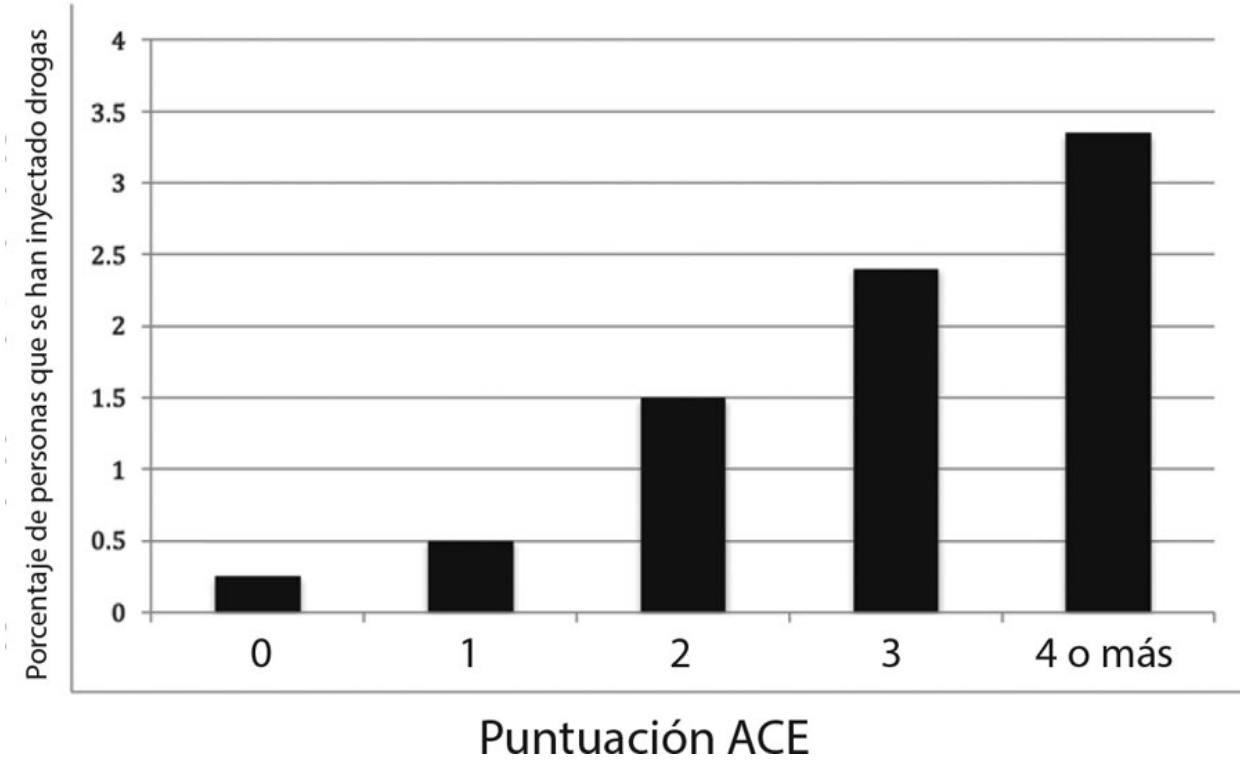


Figura 3. Estos gráficos muestran la correlación de las puntuaciones ACE con el alcoholismo (primer gráfico) y con el consumo de drogas por vía intravenosa (segundo gráfico). Obtenido de V. J. Felitti, «Ursprünge des Suchtverhaltens—Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen», Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52 (2003): pp. 547-559.

LO QUE EL CAMBIO CEREBRAL SIGNIFICA PARA LOS PROPIOS ADICTOS

Se producen cambios cerebrales similares en muchos tipos de adicciones, incluidas las sustancias y las actividades como los juegos de azar y los atracones. Suponemos que estos eventos neuronales son bastante universales, pues se han replicado en estudios científicos de todo el mundo. Pero, para entender lo que sienten los adictos y cómo tratan de afrontar dichos cambios cuando se producen, nos conviene escuchar sus propias historias.

Los capítulos que relataban la adicción de Natalie a la heroína y la de Brian a la metanfetamina han dejado muy claro el cambio cerebral clave que subyace tras todas las adicciones: la modificación sináptica del cuerpo estriado ventral o accumbens, alimentada por oleadas de dopamina que son liberadas desde el mesencéfalo por señales asociadas con una recompensa específica. La absorción de dopamina se especializa más y más con la adicción, ya que esta refuerza la misma red sináptica cada vez que se percibe, se recuerda o se lleva a cabo una determinada actividad o el consumo de una sustancia específica. Y, cuanto más aumente la experiencia con dicha sustancia o actividad, más se consolidará esa red, hasta que exista un circuito neuronal bien definido que se encuentre especialmente sintonizado con esa recompensa y ninguna otra. «¡Ven a por ella!». Mientras, ya no se buscan demasiado otras recompensas, por lo que las redes que estas solían activar acaban echándose a perder. El resultado es cada vez menos competencia de otras colonias neuronales, como aquellas que buscan la aprobación paterna, pizza o una serie de televisión favorita.

No es casualidad que la adicción y el amor parezcan más o menos iguales en un escáner cerebral. Ambos tienen en común la

intensidad del deseo, la singularidad del objetivo y la rivalidad menguante de otras metas. Además, tanto en el amor como en la adicción, la red de conexiones desde el cuerpo estriado hasta otras partes del cerebro, como la COF, permite que el deseo capte la atención, creando y manteniendo un foco de atracción. Tanto Natalie como Brian informaron sobre la naturaleza obsesiva de sus pensamientos, sobre su incapacidad para olvidarse de las drogas. No podían dejar de pensar en lo lejos que estaba su camello o en lo pronto que quedarían con él. Una vez formados sus hábitos adictivos, las configuraciones sinápticas siguieron generando coherentemente pensamientos y expectativas sobre lo que sentirían al drogarse y cuándo podrían consumir más. Imágenes de heroína invadían la mente de Natalie cuando veía en el restaurante una cuchara doblada; respecto a Brian, antes de acostarse por la noche para intentar dormir, se dejaba preparada una pipa para fumársela en cuanto despertara. Me habló de la metanfetamina en términos que rayaban la adoración religiosa. Después del trabajo, Natalie volvía a casa para consumir heroína del mismo modo que otras personas lo hacen para estar con su pareja o su mascota.

En los capítulos dedicados a Natalie y a Brian, no llegué a defender que la compulsión fuese un tipo específico de deseo (ya había suficiente de lo que hablar). Tampoco me referí de manera concreta a la compulsión como parte de la lucha de Donna. Sin embargo, las biografías pueden arrojar luz sobre la biología de la adicción tanto como a la inversa. Las historias de Natalie, Brian y Donna sugieren que, conforme la adicción se arraiga con el tiempo, la compulsión suele surgir de tipos de deseo más comunes (pero intensos). Evidentemente, la búsqueda de drogas por parte de Natalie se volvió compulsiva cuando empezó a revisar su móvil cada pocos minutos durante las horas de trabajo, a la espera de una llamada de Steve. En cuanto a Brian, la compulsividad apareció cuando empezó a sentir que necesitaba pasar por casa de su camello siempre que iba a visitar a su hija. Donna se obstinó en perpetuar sus particulares hurtos de medicamentos incluso a costa de incurrir en riesgos enormes, y la rígida constricción de su mundo emocional ya tenía

matices de compulsividad mucho antes de que se convirtiera en adicta.

Quizá no debiéramos considerar la compulsión como un tipo de deseo, sino más bien como un mecanismo de control rígido e incluso irracional. Sin embargo, desde el punto de vista biológico, suele surgir de la búsqueda de objetivos por parte del accumbens. Cada vez que esta se repite, las fibras de dopamina del mesencéfalo serpentean a lo largo de ese palo de mayo del cuerpo estriado hasta alcanzar su cumbre dorsal (al norte). Cuando esto ocurre, la conducta ya no se ve impulsada únicamente por la expectativa de recompensa, sino también (y, a menudo, principalmente) por la intención de satisfacer un impulso. El hábito de beber que tenía Johnny ilustra muy bien la naturaleza compulsiva de la adicción en una fase avanzada. Él sabía que, tras las dos primeras copas, iba a encontrar escaso placer y mucho sufrimiento (como en una especie de tortura autoimpuesta). Y el empeño de Alice en matarse de hambre, seguido de atracones que la avergonzaban profundamente y ponían en riesgo su matrimonio, era una conducta de lo más compulsiva. Estos son los aspectos amargos del cambio cerebral (aspectos que, no obstante, siguen las reglas típicas del aprendizaje humano).

Tan pronto como el cuerpo estriado ejerce control sobre la bomba de dopamina, el motor motivacional se enciende y se afloja. A continuación, se afianzan los hábitos relativos al deseo, y el resto del cerebro ha de adaptarse. En el capítulo dedicado a Donna, la corteza prefrontal medial (CPF medial) era la región del cerebro que acaparaba el foco de atención. Al igual que muchas otras representaciones neuronales vistas en estas páginas, quizá era una simplificación excesiva, pero muy ilustrativa. Los cambios cerebrales que se producen durante la adicción nos afectan más que nuestra percepción de lo que deseamos; por otro lado, cimientan cambios en nuestro modo de percibirnos (a nosotros y a los demás), en la forma con que definimos y modelamos nuestra identidad. Conforme Donna se volvía adicta, también perfeccionó su capacidad para mentir, para

obtener satisfacción del engaño e incluso para racionalizar y aceptar en quién se había convertido. Los cambios en su CPF medial parecían respaldar dos patrones de personalidad distintos: uno centrado en complacer a los demás y otro lleno de resentimiento y rebeldía que se asentaba en hurtos y mentiras. Cabe prever que dichos caminos permanecerán separados durante la adicción y acabarán convergiendo durante la recuperación. Sea como sea, la adicción conforma una fase de desarrollo individual, no solo en cuanto a los hábitos adictivos en sí, sino también en cuanto a las transformaciones que configuran a la persona en su conjunto. Resulta imposible entenderla como algo independiente del desarrollo, al igual que no se puede entender el desarrollo de las personas como algo independiente de sus adicciones.

Existen dos mecanismos psicológicos únicos que hacen de la adicción algo particularmente tenaz. En el capítulo dedicado a Brian, vimos cómo el atractivo inmediato (descuento por demora) centra la atención en las recompensas cercanas y devalúa las futuras. El capítulo dedicado a Alice destacó el agotamiento del ego, la ruptura del control cognitivo cuando las personas intentan reprimir sus sentimientos o bloquear sus impulsos durante un tiempo. Ambas debilidades psicológicas son naturales, ambas se detectan también en otros animales y ambas se corresponden con sucesos neuronales específicos. Ahora bien, el atractivo inmediato quedó representado en la famosa prueba de las nubes de golosina de Walter Mischel: a unos niños de tres a cuatro años les dijeron que podían comer una nube de golosina tan pronto como la examinadora saliera de la habitación, pero que, si esperaban unos minutos a que ella regresara, podrían comerse dos nubes en vez de una. Los niños de tres años solían devorar la primera nube en un abrir y cerrar de ojos, perdiendo así la oportunidad de comerse la segunda. Los de cuatro años eran capaces de esperar. Pero, si echamos un vistazo a los vídeos de este experimento (o a los de sus múltiples variantes), detectaremos que también se manifiesta agotamiento del ego. Muchos niños, y muchos adultos, tan solo logran resistirse a la tentación durante un tiempo limitado. Tras uno o dos minutos de

contemplar la nube de golosina que tienen delante, o incluso de acariciarla y lamerla, pierden el autocontrol y se rinden al deseo.

El atractivo inmediato viene a ser un foco de atención que se estrecha hasta incidir tan solo en una recompensa muy atractiva y de disponibilidad inminente. Esa es ni más ni menos la situación en la que los adictos se encuentran día tras día, una y otra vez. Y la culpable, una vez más, es la dopamina estriatal. Una de las principales funciones de la dopamina consiste en resaltar los objetivos disponibles, que son los inmediatos, y las redes estriatales rebosan dopamina cada vez que dichos objetivos anuncian: «¡Aquí estoy!». La oleada de dopamina acaba dispersando el atractivo de otras metas, como reservar suficiente dinero para pagarle a la niñera o ser una mejor persona dentro de una semana a partir del martes. Pero los adictos que no se han rendido por completo a su adicción (y, en realidad, la mayoría no lo ha hecho) recurren a la ayuda de su corteza prefrontal para resistirse a la tentación de lo inmediato. Durante un tiempo, logran resistirse. Para ello, aplican las técnicas que les ha enseñado casi todo el mundo: desde asesores hasta terapeutas, jueces, padres, etc. «¡Resiste! ¡Inhíbete!». Sin embargo, las investigaciones muestran de forma inequívoca que la represión es el camino equivocado, pues acelera el agotamiento del ego. La mejor manera de resistirse a la tentación es cambiar de perspectiva y reinterpretar tu estado emocional. En vez de atarte al mástil del navío para resistirte al canto de las sirenas, debes reconocerlas como presagios de muerte y reformular sus cantos como si para ti fueran ruido de fondo.

Por supuesto, los niños acaban asimilando los controles cognitivos necesarios para resistirse a la tentación. De hecho, aprenden a ver más allá del atractivo inmediato y, aproximadamente al mismo tiempo, refuerzan su resistencia al agotamiento del ego. Podríamos concluir que su fuerza de voluntad no hace más que mejorar con la edad, pero eso no supone una gran novedad. Más esclarecedores son los cambios cerebrales que respaldan una mejor autorregulación a medida que crecen. La corteza prefrontal cambia muchísimo

durante la infancia y la adolescencia. Para describir dicha tendencia podemos afirmar, por ejemplo, que las regiones más ventrales (como la COF) son las primeras en madurar y que las más dorsales (como la CPF dorsolateral) se conectan en un lapso mucho más prolongado. Como ya he subrayado antes, la CPF dorsolateral es una de las últimas regiones en madurar, por lo que su capacidad de introspección y discernimiento aún no se ha desarrollado hasta los veintipocos años de edad. Quizá por eso las formas más sofisticadas de autodirección, como reevaluar los propios objetivos para ponerlos en perspectiva, deben esperar hasta que hemos dejado atrás los años de la adolescencia. Los niveles más altos de autocontrol pueden considerarse enormes logros en el cableado sináptico del cerebro. Y, al igual que otros éxitos del desarrollo neuronal, dependen en gran medida de la práctica (lo cual lleva su tiempo).

PÉRDIDA DE CONTROL

Las investigaciones revelan que la capacidad de los niños para superar el atractivo inmediato mejora con la edad, desde la niñez intermedia hasta la adolescencia media. Y al menos un estudio atribuye dicha mejora a la maduración de la CPF dorsolateral (izquierda)[36]. Muchos otros estudios han demostrado que, para controlar el atractivo inmediato, los adultos activan la CPF dorsolateral, a menudo en el lado izquierdo del cerebro. Uno de mis favoritos lo dirigió Bernd Figner, hoy en la Universidad Radboud de Nimega (Países Bajos), donde yo mismo trabajo en la actualidad.

Figner recurrió a la estimulación magnética transcraneal (EMT), un procedimiento que interrumpe temporalmente la actividad en la corteza, para observar la destreza cortical de las personas en cuanto a su vulnerabilidad al atractivo inmediato. Como se muestra en la figura 4, dispuso la máquina EMT sobre la CPF dorsolateral izquierda o derecha de los participantes adultos e hizo que estos se sentaran frente a una pantalla. Las diapositivas que se proyectaban en esta última ofrecían una serie de opciones, que iban desde recompensas inmediatas de menor valor económico hasta otras futuras de mayor valor. Les pedían a los participantes que pulsaran ciertas teclas para seleccionar sus opciones preferidas. Cuando el dispositivo se colocaba en el lado izquierdo de la cabeza y se activaba la corriente, los participantes elegían recompensas inmediatas con más frecuencia que unos minutos antes. En cambio, no se producía tal efecto cuando el dispositivo se colocaba en el lado derecho de la cabeza. En otras palabras, necesitaban su CPF dorsolateral izquierda para superar el atractivo inmediato y elegir las recompensas futuras. En cambio, cuando dicha región quedaba parcialmente bloqueada, su interés se centraba en lo inmediato[37]. Unos párrafos más adelante retomaremos la cuestión izquierda/derecha, pero antes es importante

que comprendamos a grandes rasgos el papel de la CPF dorsolateral en el control descendente de la conducta impulsiva.

Las biografías de Johnny y Alice nos hablan de cerebros que siguen cambiando con la adicción, no solo en el núcleo motivacional, sino también en la CPF dorsolateral (el puente del barco). Cuando pensamos en dichos cambios, ¿en qué términos debemos hacerlo? La CPF dorsolateral se sobreactiva en las primeras etapas de la adicción, lo cual resulta de lo más gratificante. «Me gusta mucho y quiero seguir haciéndolo. Pero debería controlarlo, ¿no? De lo contrario, ¡lo más probable es que me vuelva adicto! O que me arruine… Vale, solo lo esnifaré, no pienso chutármelo». O bien: «Solo beberé por la noche, no durante el día». Pero, al cabo de un tiempo, tras haber consumido sustancias varias o desarrollado algún que otro trastorno alimentario (incluidos atracones), la CPF dorsolateral se desconecta parcialmente del cuerpo estriado. El puente del barco pierde el control del motor motivacional. Y entonces el consumo se convierte en un niño imprudente que se niega a obedecer. Las razones de esta desconexión son complejas y ni siquiera las comprendemos del todo, pero baste decir que los hábitos se liberan de controles de orden superior porque el cuerpo estriado ya no envía solicitudes de participación prefrontal. Esto ocurre más o menos desde el mismo momento en que la compulsión le toma el relevo al impulso, por lo que cabe pensar que el control cae en manos del cuerpo estriado dorsal (que es precisamente el supervisor con un coeficiente intelectual más bajo).



Figura 4. Máquina de EMT dispuesta sobre la CPF dorsolateral izquierda. Cortesía de Bernd Figner.

Una vez que la adicción se ha instalado como una densa niebla, el control descendente desaparece cada vez que el camello llama por teléfono o que la licorería está a punto de cerrar. El motor motivacional sigue rugiendo mientras en el puente del barco el capitán regresa a su partida de póquer. Se pierden las conexiones funcionales, lo que significa que algunas vías sinápticas se podan y acaban por desaparecer. Entonces se destruyen las conexiones estructurales, lo cual explica la pérdida de volumen de materia gris que observamos en adicciones prolongadas.

Como ya he señalado, la poda sináptica es un proceso normal de desarrollo. No denota enfermedad. De hecho, las investigaciones revelan que, cuando encontramos de forma reiterada los mismos estímulos, algunas conexiones se agotan para mejorar la eficiencia general[38]. Sin embargo, a los adictos les cuesta mucho superar el atractivo inmediato una vez que el puente del barco ha dejado de responder. Al igual que los participantes del estudio de Figner, los adictos descubren que su CPF dorsolateral se ha tomado un breve descanso, lo que los vuelve más susceptibles a impulsos que les conviene ignorar. No obstante, desconocen que su cuerpo estriado ha dejado de enviar las señales correctas. Si bien dicho estado de desconexión no es poco frecuente en el juego del cambio de forma del cerebro, supone un gran inconveniente para quienes intentan resistirse al atractivo de las recompensas inmediatas, ya sean estas juegos en línea o fumar crack. Si la CPF dorsolateral es necesaria para superar el atractivo inmediato, y esa región del cerebro se toma un descanso cada vez que se presentan oportunidades adictivas, entonces el autocontrol debe depender ahora de métodos de control más primitivos. Todo lo que experimentan es inhibición y represión en estado puro (transmitidas por regiones más ventrales de la CPF). En otras palabras, para resistirse a las órdenes despóticas de compulsión, transmitidas desde el cuerpo estriado dorsal, los adictos se ven obligados a confiar en estrategias de control fundamentalmente pueriles: «¡No lo haré! ¡Me niego a hacerlo! ¡Ni siquiera voy a pensar en ello!» (O en aquel famoso lema: «Di no a las drogas»).

De hecho, esta es la peor estrategia posible de autocontrol, ya que solo consigue acelerar el agotamiento del ego. Según Alice, sus intentos de evitar atracones eran un esfuerzo tan vano como tratar de no pensar en un elefante. Ahora bien, recordemos que el agotamiento del ego también se corresponde con una desconexión entre el núcleo motivacional y la CPF dorsolateral, aunque dicha desconexión sea funcional, no estructural (es decir, se produce en cuestión de minutos, no de meses). Así pues, el agotamiento del ego debilita el contacto entre el impulso y el autocontrol de la misma

manera que lo hace la adicción, y ambos están sustentados por los mismos cambios neuronales, aunque tienen lugar en escalas de tiempo psicológica y biológicamente muy diferentes.

En resumen, el atractivo inmediato fortalece los impulsos y entra en el terreno de la compulsión, perpetuando hábitos de deseo basados en lo inmediato. Mientras, los métodos ineficaces de autorregulación aceleran el agotamiento del ego, liberando dichos hábitos a partir de lo que queda de la supervisión dorsolateral: el puente del barco. Con el tiempo, el diagrama de cableado de la corteza prefrontal adopta formas más propias de niños que de adultos. En este juego, el agotamiento del ego gana el tanto, pero el atractivo inmediato gana la partida. Estos cambios cerebrales son enormes y pueden verse reforzados por la pérdida de vías sinápticas alternativas, a través de una poda continua. Eso sí, rara vez son permanentes. La poda sináptica es un medio para alcanzar un objetivo, ya que el cerebro actualiza su repertorio continuamente. La pérdida de volumen de materia gris en unas pocas regiones corticales incrementa la eficiencia y agilidad del cerebro (aunque quizá no estemos muy de acuerdo con los pormenores), de forma bastante parecida a la poda cortical masiva que se produce al principio de la adolescencia. Sin embargo, la adicción puede ser como una pared de ladrillos o como el borde de un precipicio: los cambios en esa especie de baile entre el deseo y el autocontrol implican sufrimiento para muchos y muerte para algunos. En el próximo capítulo exploraremos cómo se pueden evitar las consecuencias (a veces trágicas) de la adicción prolongada, redirigiendo en vez de extinguiendo la biología del deseo.

Y POR ÚLTIMO...

Para concluir este capítulo, dejaremos atrás los hallazgos ya asentados (y repetidos) de la neurociencia de la adicción y pasaremos a un terreno más especulativo, con la idea de proponer un ajuste del mapa neuronal de la adicción que hemos trazado hasta ahora. A casi todos nosotros nos han enseñado que los dos hemisferios del cerebro (izquierdo y derecho) tienen funciones distintas. Cada uno cuenta con su propia perspectiva, su propio código y una labor propia que desempeñar. Y, aunque no cabe duda de que esto es cierto, aún no he hablado de la especialización hemisférica (bastante complicado era todo lo que tenía que explicar). Pues bien, dividamos la corteza por la mitad y pensemos en lo que cada lado contribuye, o deja de contribuir, cuando alguien se vuelve adicto.

Si nos centramos en la corteza prefrontal, podemos identificar el hemisferio izquierdo con el pensamiento analítico, la planificación, el pensamiento secuencial y el lenguaje. De hecho, el lenguaje podría ser el código necesario para todas estas formas «lineales» de pensamiento. Un derrame cerebral o una lesión en la CPF izquierda dificultan o incluso imposibilitan el habla o la gestualidad de manera muy significativa. Nos deja recluidos en una especie de mundo privado sin la posibilidad de que nos comuniquemos con normalidad. También dificulta o imposibilita la planificación, el discernimiento o la actuación racional y organizada. Necesitamos que nuestro cerebro izquierdo nos ayude a mantener el rumbo y optimizar resultados. Por el contrario, la CPF derecha no se especializa en el lenguaje, sino que más bien obtiene el «significado» de una manera más espontánea, basada en información procesada globalmente, a menudo espacialmente, en lugar de hacerlo de manera fragmentada a partir de las palabras de una oración. A menudo se considera que

el hemisferio derecho no solo es más intuitivo, sino también más «emocional», quizá porque no logra eludir la conciencia de los sentimientos como lo hace el izquierdo, pensando en situaciones o racionalizando desafíos. Dado que el hemisferio derecho no piensa de forma secuencial, a veces se cree que su sentido del tiempo es más cíclico que lineal. Puede especializarse en patrones repetidos, como el paso de un día al siguiente o la alternancia de las estaciones, en lugar de proyectar un curso temporal que vaya del pasado al presente y al futuro.

Hemos visto que, como resultado de la adicción, el núcleo motivacional (cuerpo estriado, COF, amígdala), donde se orquesta el deseo, se desconecta de la CFC dorsolateral (el puente del barco), responsable de la capacidad de diferenciar, discernir y autocontrolarse de forma consciente. También hemos visto que los dos talones de Aquiles que quedan más expuestos en los adictos consisten en el atractivo inmediato (descuento por demora) y el agotamiento del ego, y que ambos saboteadores surgen de un patrón similar de desconexión: la relativa pérdida de compromiso de la CPF dorsolateral. Para que se entienda en toda su dimensión, diré que los estudios que acabamos de revisar consideran la CPF dorsolateral izquierda como la principal defensa contra el atractivo inmediato, de desarrollo pausado en la infancia y la adolescencia, pero inquebrantable y muy comprometida cuando los adultos renuncian a recompensas inmediatas. No sería de extrañar que la CPF dorsolateral izquierda fuese la que comenzara a fallar en una adicción prolongada. Pero, si bien esta delimitación ha surgido en varios estudios, lo cierto es que aún no ha quedado demostrada de forma rigurosa. Sea como sea, si llegáramos a validarla, ¿cómo podría ayudarnos a explicar la adicción?

Podría ayudarnos a explicar el desafío que les supone a los adictos superar el atractivo inmediato, debido a su incapacidad para mantener un sentido lineal del tiempo. El único modo de que alcancen el bienestar futuro es que logren imaginar dicho futuro. E imaginar el futuro requiere un sentido lineal del tiempo (tiempo que

avanza como una flecha). Pero este sentido lineal del tiempo que mantiene el hemisferio izquierdo puede volverse poroso o amorfo una vez que la CPF dorsolateral de ese lado de la cabeza se ve anestesiada por la búsqueda de lo inmediato. En cuanto las metas adictivas pasan a ser casi las únicas que se persiguen, puede haber poco que anhelar y escasa capacidad para querer algo más allá de lo que está sucediendo en el presente. Aun así, necesitamos algo especial, cierta conexión entre el presente y el futuro que nos permita superar el embrujo de lo inmediato y vislumbrar la posibilidad de un futuro mejor. A veces, a ese algo lo llamamos «voluntad». De hecho, el magistral libro que George Ainslie publicó en 2001 sobre el descuento por demora y su papel en la adicción se titula simplemente Breakdown of Will («El colapso de la voluntad»). Dicho colapso es la deficiencia fundamental que nos lleva a deleitarnos de forma bastante facilona con las recompensas inmediatas. Y puede reflejar el correspondiente colapso en la comunicación entre la CPF izquierda y el núcleo motivacional.

Los filósofos y los neurocientíficos discuten incesantemente sobre la existencia del libre albedrío, pero todos sabemos perfectamente qué sentimos cuando estamos a la espera de que llegue algo mucho mejor que aquello de lo que disponemos en la actualidad. Sabemos que no solo hace falta esfuerzo, sino también perspectiva o introspección, es decir, la capacidad de ampliar nuestro sentido de nosotros mismos hasta que alcance la posibilidad de algo aún inexistente. La CPF dorsolateral es la única parte del cerebro lo bastante sofisticada como para imaginar ese futuro, sopesar su valor y tomar la decisión de ir tras él. El don de la parte izquierda del cerebro puede consistir en una CPF dorsolateral con la capacidad de un pensamiento lineal, es decir, la capacidad de pensar en el futuro.

El núcleo motivacional del cerebro necesita conectarse con muchas otras regiones para estar a la altura de su potencial evolutivo. Ahora bien, de todas las regiones que pueden ayudarnos a atravesar el laberinto de atracciones de este mundo tan complejo, las más decisivas son las zonas superiores de la corteza prefrontal, con sus

exquisitas capacidades de comparación, evaluación, discernimiento y toma de decisiones. Las conexiones entre las estructuras límbicas motivacionales y la CPF dorsolateral suelen desarrollarse y estabilizarse no solo durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, sino también a lo largo de la vida, cada vez que quedamos deslumbrados por nuevas recompensas. Con una salvedad: la adicción modifica dichas conexiones, las ensombrece, las apaga como un haz de leña que no logramos prender tan rápido. Mientras toleremos la adicción, esa reconfiguración del patrón sináptico permanece inmutable. Pero más adelante, cuando ya no la toleremos más, el cerebro cambiará otra vez, reconectando sus motores motivacionales con el puente del barco, desde donde al fin podremos otear el horizonte.

---

31. Véase Helen E. Fisher, Arthur Aron, Debra Mashek, Haifang Li y Lucy L. Brown, «Defining the Brain Systems of Lust, Romantic Attraction, and Attachment», Archives of Sexual Behavior 31, n.º 5 (2002): pp. 413-419.

32. James P. Burkett y Larry J. Young, «The Behavioral, Anatomical and Pharmacological Parallels Between Social Attachment, Love, and Addiction», Psychopharmacology 224, n.º 1 (2012): pp. 1-26. Para facilitar la comprensión, he reemplazado las siglas de estructuras anatómicas por nombres completos.

33. Ibídem.

34. En su libro In the Realm of Hungry Ghosts (Toronto: Vintage Canada, 2008), Gabor Maté ha documentado los vínculos entre la

adversidad temprana, las alteraciones en el desarrollo neuronal y la adicción en la vejez.

35. Maia Szalavitz, «How Childhood Trauma Creates Life-long Adult Addicts», 7e Fix, 25 de septiembre de 2011.

36. Nikolaus Steinbeis, Johannes Haushofer, Ernst Fehr y Tania Singer, «Development of Behavioral Control and Associated vmPFC–DLPFC Connectivity Explains Children's Increased Resistance to Temptation in Intertemporal Choice», Cerebral Cortex, 2014; DOI:10.1093/cercor/bhu167.

37. B. Figner, D. Knoch, E. J. Johnson, A. R. Krosch, S. H. Lisanby, E. Fehr y E. U. Weber, «Lateral Prefrontal Cortex and Self-Control in Intertemporal Choice», Nature Neuroscience 13, n.º 5 (2010): pp. 538-539; DOI:10.1038/ nn.2516.

38. Véase Xing Tian y David E. Huber, «Playing "Duck Goose" with Neurons: Change Detection Through Connectivity Reduction», Psychological Science 24, n.º 6 (2013): pp. 819-827.

Existe un gran debate sobre cómo promover que los adictos se recuperen. Los profesionales con orientación médica consideran que los productos farmacéuticos son la mejor protección posible. Los actuales medicamentos disponibles pueden suprimir el deseo intenso, aliviar los síntomas de abstinencia y combatir problemas concomitantes como la depresión. Sin embargo, los productos farmacéuticos distan mucho de resultar infalibles. De hecho, tan solo funcionan mientras se tomen con regularidad y, a decir verdad, algunos prolongan la adicción, aunque con ligeras modificaciones. Otros enfoques para la recuperación se pueden resumir, a grandes rasgos, de acuerdo con dos posibles líneas de pensamiento: o bien el clásico «di no a las drogas» (o sea, apretar los dientes, reprimir los impulsos y no descarrilar), o bien un fomento de la sinceridad, la introspección y el cambio de perspectiva. Probablemente, en la vida real la recuperación implica ambos enfoques en diferentes etapas, pero si me obligaran a determinar cuál me parece el fundamental, diría que la sinceridad que conduce a un cambio de perspectiva.

Bajo mi punto de vista, superar la adicción viene a ser un proceso evolutivo (de hecho, una continuación del proceso evolutivo que provocó la adicción en primer lugar). Y la biología del cambio neuronal (la manera en que los cerebros se transforman y en que los hábitos se modelan y se remodelan) ayuda a explicar cómo funciona ese proceso evolutivo. De hecho, la importancia de este cambio no se puede rebatir tan fácilmente cuando vinculamos la neurobiología de la adicción con los relatos personales de quienes pasaron por ello y lograron salir adelante. Esa es la idea que me sirvió de inspiración para estructurar este libro.

LA NEUROPLASTICIDAD

El término «neuroplasticidad» se ha acabado utilizando muchísimo. Y, si bien autores como Norman Doidge han contribuido a que el público se familiarice con él, en realidad hace más de cien años que está reconocido como una característica fundamental del cerebro humano. En 2000 el doctor Eric Kandel, de la Universidad de Columbia, fue galardonado con el Premio Nobel ex aequo, en reconocimiento a décadas de investigación sobre los cambios que el cerebro experimenta durante el aprendizaje. En pocas palabras, Kandel demostró que las conexiones entre neuronas (las sinapsis) han de cambiar físicamente para que puedan formarse recuerdos. Mostró esto a nivel molecular, validando la famosa idea que Hebb había defendido en la década de 1940: «Lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado». Tanto el aprendizaje como la memoria dependen de esta fórmula básica. La neuroplasticidad, que queda reflejada en los cambios neuronales que se producen cuando aprendemos o recordamos cosas, conforma el punto de partida natural para que el cerebro emprenda cualquier proceso de aprendizaje. Obviamente, esto incluye el desarrollo de la adicción. Pero también conforma el trampolín hacia la recuperación.

La neuroplasticidad se amplifica mucho cuando sentimos una gran motivación. Por eso todo aprendizaje requiere de cierta carga emocional y por eso los hábitos arraigados, como la adicción, surgen del deseo intenso. Es obvio que el deseo de revivir una potente experiencia de placer o alivio conforma la rampa motivacional que conduce a la adicción. Pero ¿acaso la motivación también fomenta la recuperación? ¿Necesitamos las luces largas del deseo para encontrar el camino de salida?

En La mujer que transformó su cerebro, Barbara Arrowsmith-Young describe los numerosos ejercicios cognitivos que ideó para superar sus graves dificultades de aprendizaje. Practicó estos ejercicios de forma prodigiosa. Como resultado, pasó de ser una estudiante de secundaria incapaz de asimilar el temario de Historia o analizar oraciones simples a una escritora y docente que ha abierto, por toda Norteamérica, unas setenta escuelas para niños con dificultades de aprendizaje. Conocí a esta extraordinaria mujer en una feria del libro australiana, y me convencí de que la intuición, la creatividad y la determinación que había mostrado para imponerse a sus problemas de aprendizaje eran precisamente los mismos medios que los adictos usan para recuperarse. También me dio a conocer allí la graciosa frase que aplica a la neuroplasticidad que necesitamos para reemplazar los malos hábitos por otros buenos: «Lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado; y lo que se activa de forma separada queda lógicamente separado». En otras palabras, a menudo los nuevos patrones mentales necesitan rutas de tráfico sináptico divergentes: si antes había un solo camino que llevaba a Roma, ahora hay dos.

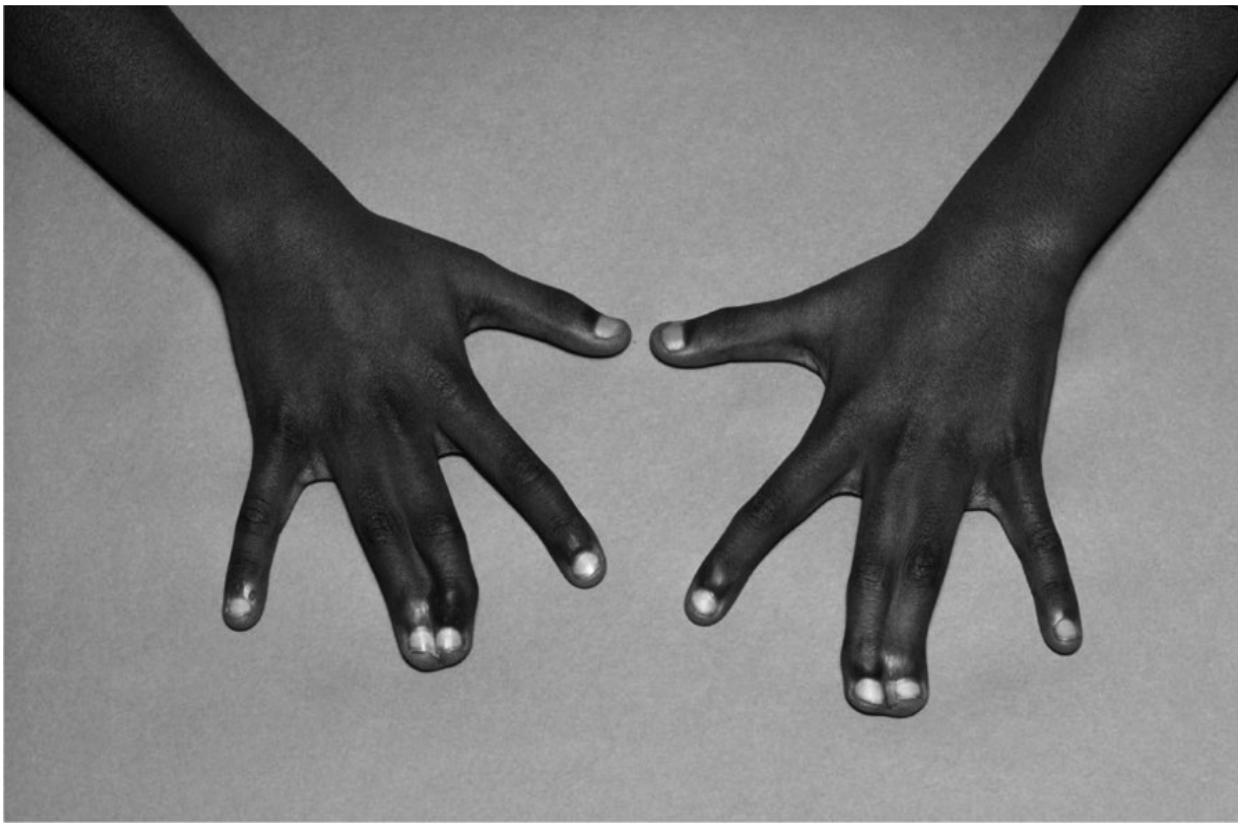


Figura 5. Dedos palmeados. Obtenida de A. Mogilner, J. A. Grossman, U. Ribary, M. Joliot, J. Volkmann, D. Rapoport, R. W. Beasley y R. R. Llinás, «Somatosensory Cortical Plasticity in Adult Humans Revealed by Magnetoencephalography», Proceedings of the National Academy of Sciences 90, n.º 8 (1993): pp. 3593-3597. Cortesía del Hospital St. Bartholomew/Biblioteca de fotografías científicas.

En 1993, Alex Mogilner y su equipo estudiaron los cerebros de personas con dedos «palmeados» (véase la figura 5). Esto significa que algunos de sus dedos estaban unidos y que, por lo tanto, no podían moverse de forma independiente, solo conjuntamente. Tras una operación quirúrgica para permitir que los dedos se movieran por separado, los investigadores observaron ciertos cambios en la corteza somatosensorial. De hecho, descubrieron que algunos grupos de

neuronas que siempre se habían activado juntas ahora lo hacían parcialmente de forma independiente: «Los mapas prequirúrgicos mostraban representaciones de manos reducidas y no somatotópicas. A las pocas semanas de la operación, era evidente la reorganización cortical que se producía en distancias de 3 a 9 mm, lo que se correlacionaba con el nuevo estado funcional de sus dedos separados»[39]. Así pues, el cerebro ajustó su cableado, rompiendo el hábito consistente que había asumido (basado en los detalles —ineludibles— de patrones de acción repetidos) y reemplazándolo con nuevos hábitos (basados en patrones de acción novedosos). De hecho, estos cambios pudieron observarse apenas unas semanas después de que se produjera el cambio en los patrones de acción. ¿Y si la recuperación funciona del mismo modo?

Si consideras descabellada la analogía de los dedos palmeados, te diré, en primer lugar, que no se trata de una analogía. Así funciona exactamente la neuroplasticidad, ya sea para abordar problemas graves de aprendizaje (que, sin duda, implican la corteza prefrontal) o para revertir una anomalía física surgida durante el desarrollo prenatal. En segundo lugar, es probable que el ejemplo de los dedos palmeados subestime la plasticidad de la CPF dorsolateral (es decir, la región responsable de la toma consciente de decisiones, del discernimiento y del autocontrol deliberado). El cableado de la corteza motora se completa en la niñez intermedia, lo que no es de extrañar, pues casi todas las secuencias de acción se han aprendido debidamente a esa edad. Si, mucho después de haber madurado en la infancia, a la corteza motora le lleva unas pocas semanas reorganizarse (al menos, en cuanto a sus detalles), imaginemos el potencial de cambio de la CPF dorsolateral, región que conserva su plasticidad durante décadas.

Cuando nos recuperamos de un derrame o una conmoción cerebral, se produce el mismo tipo de recableado en muchas regiones de la corteza. Incluso el lenguaje, una de las funciones humanas más básicas, puede volver a aprenderse tras haberse visto seriamente afectado por un daño cerebral, a través del recableado sináptico de

regiones corticales que antes se ocupaban de otras tareas. Por ejemplo, después de que se produzca un derrame cerebral en áreas del hemisferio izquierdo que se ocupan del lenguaje, a menudo el derecho incrementará su participación en las funciones del lenguaje, lo que facilitará muchísimo su recuperación. Por lo tanto, en la vida real pueden producirse (y, de hecho, se producen) cambios neuroplásticos, y además a una velocidad y con una fuerza casi siempre inimaginables.

Pero volvamos al tema de la adicción. Las personas la aprenden a través de la neuroplasticidad, que es como lo aprendemos todo. Mantienen su adicción porque pierden parcialmente esa plasticidad. Se parece al problema de los dedos palmeados: ya no pueden separar su deseo de bienestar de su deseo de drogas, alcohol o cualquier cosa de la que dependan. Más adelante, su neuroplasticidad regresará cuando por fin se recuperen, ya sea en Alcohólicos Anónimos, en Narcóticos Anónimos, en SMART Recovery o desnudos en pleno febrero en un balcón del piso treinta y tres del hotel Sheraton de Chicago. Entonces, sus cerebros empiezan a cambiar de nuevo, tal vez de forma radical. Como ya hemos visto en cada una de las cinco biografías, comienzan a separar un conjunto de deseos de otro y a actuar sobre ellos de forma independiente. Por ejemplo, Johnny desvió su anhelo de alcohol hacia una búsqueda de relajación corporal que podría satisfacer mediante la práctica del yoga. Alice tomó su obsesión por la comida y la separó en hábitos que calificaba de saludables o de no saludables. Al igual que ocurría en el estudio de Mogilner, sus cerebros comenzaron a desarrollar nuevos patrones sinápticos para permitir dichas distinciones, conservarlas a lo largo del tiempo y, por lo tanto, adquirir nuevas perspectivas de libertad personal y bienestar prolongado.

La conclusión es sencilla: recuperarse conlleva cambios muy significativos en el pensamiento y la conducta, y dichos cambios requieren un desarrollo neuronal continuo. Si no se produjeran ajustes de desarrollo en los patrones sinápticos, jamás evolucionaríamos lo más mínimo. Esto plantea una incógnita: ¿por

qué deberíamos llamarlo «recuperación», cuando en realidad es el comienzo de algo nuevo? Quiero enfatizar que el término «recuperación» se ha convertido en todo un emblema para los adictos que superan sus adicciones, y muchas personas y organizaciones usan el sintagma «en recuperación» para denotar que alguien ha pasado página de forma exitosa. Bajo mi punto de vista, dicho sintagma tiene una base poco sólida, debido a sus connotaciones médicas. Sin embargo, respeto muchísimo que lo usen para referirse al hecho de dejar una adicción (tanto si dicho uso proviene de individuos como si proviene de programas de tratamiento o rehabilitación o grupos de apoyo que ayudan en este proceso).

CAMINOS EXPERIENCIALES Y NEURALES PARA SUPERAR UNA ADICCIÓN

Tanto el desarrollo de una adicción como el modo de superarla son procesos bastante complejos y enigmáticos. No pueden resumirse con una sola palabra, como «neuroplasticidad». En períodos de adicción, los cerebros se encuentran notablemente estancados. De hecho, lo más sincero que podemos decir sobre la neuroplasticidad en dichos períodos es que no se encuentra por ningún lado. Entonces, ¿qué hace que la situación cambie? ¿Cómo logra alguien pasar del estancamiento a la flexibilidad tras haber repetido miles de veces sus hábitos neuronales autodestructivos? En esta sección señalaré algunos pasos psicológicos intermedios que parece necesario dar para superar la adicción (sugeridos por las experiencias de quienes lo lograron) y los combinaré con sus probables equivalentes neuronales. Porque nuestra comprensión de los cambios cerebrales no solo debe informar sobre los conocimientos obtenidos a partir de experiencias individuales, sino que también debe derivarse de ellos.

Pero, antes de relatar dichas experiencias, quisiera resumir los mecanismos neuropsicológicos que he destacado como piedras angulares de la adicción: el atractivo inmediato que proviene de recompensas muy definidas; el agotamiento del ego que surge de los intentos de resistirse a la tentación; y el desarrollo de la personalidad, la corriente continua de cambio y estabilidad en las mentes individuales.

Es crucial el papel que el atractivo inmediato desempeña en la adicción. Los mamíferos solemos encontrar más seductoras las recompensas inmediatas que otras futuras de mayor valor. Ahora bien, el atractivo inmediato se ve impulsado por la absorción de

dopamina en el cuerpo estriado: las recompensas inmediatas siempre resultan más atrayentes que las que son a largo plazo, y los circuitos de dopamina han evolucionado para capitalizar ese hecho tan sencillo. Además, dicho mecanismo se cierra de forma insidiosa en torno a sí mismo. Las recompensas adictivas se convierten en la única alternativa posible una vez han colonizado los circuitos de dopamina y las que son a largo plazo se han vuelto cada vez más difíciles de recordar. ¿Qué ocurre entonces? Pues que te percatas de que te has metido en un lío, así que intentas resistirte a la tentación y reprimir el deseo recurrente de obtener más. Esto desemboca en el agotamiento del ego, que viene a ser una especie de microcosmos de adicción: una pérdida de control cognitivo descendente, potenciada en vez de atenuada por los intentos de reprimir los impulsos. El agotamiento del ego refleja una desconexión entre el puente del barco (la CPF dorsolateral) y sus motores motivacionales dentro del cuerpo estriado y alrededor de este. Y lo más importante es que la propia desconexión, la pérdida de comunicación entre estos sistemas cerebrales, se afianza a través de la poda sináptica cuando la adicción cristaliza durante meses e incluso años.

Los intentos fallidos de recuperarse (que se conocen por «recaídas») pueden explicarse fácilmente mediante el agotamiento del autocontrol, que es cuando el atractivo inmediato y el agotamiento del ego trabajan codo con codo y se vuelve más difícil acceder al puente del barco desde la sala de máquinas motivacional. Los esfuerzos por reprimir la atracción hacia recompensas inmediatas amplifican el agotamiento del ego, así que cedemos a deseos que de otro modo podríamos eludir. Sin embargo, la adicción se toma su tiempo, deja huellas profundas y se basa en hábitos mentales ya existentes. Por lo tanto, la adicción es un aspecto del desarrollo de la personalidad, a menudo una prolongación de patrones formados a través de intentos fallidos de lidiar con emociones negativas de la infancia. De hecho, los patrones adictivos no son un mero resultado del desarrollo de la personalidad, sino una prolongación del mismo. Los adictos siguen cultivando su autoimagen y modificándola (casi siempre empeorándola), por lo que la adicción se convierte en parte

de su personalidad, una personalidad caracterizada por la huella de anteriores fracasos.

Estos procesos trabajan unidos para generar adicciones. Ahora bien, ¿cómo se transforman cuando alguien supera su adicción?, ¿cómo cambia su modo de relacionarse?

Durante el tiempo que Natalie pasó en prisión, muerta de aburrimiento y asolada por el desánimo, no tenía mucho más que hacer aparte de plantearse cómo había llegado a aquella situación e imaginar posibles futuros mejores. Había redirigido sus deseos casi por completo a la búsqueda de heroína, a menudo a diario, para así aliviar su ansiedad y su depresión. Aquel estado casi de trance tan solo le permitía centrarse en el momento presente, así que le impidió poner su vida en perspectiva. Natalie era incapaz de ver que, mediante su consumo de heroína, perseguía el mismo objetivo que en su infancia cada vez que había huido a su habitación para evadirse leyendo montañas de libros. Jamás había examinado en profundidad su pasado; respecto al futuro, ni siquiera lo barajaba.

Después aprendió a meditar. Gracias a ello, comenzó a verse a sí misma en el presente desde la perspectiva del pasado: todos aquellos años de soledad, encerrada en su habitación, intentando huir del mal genio de su padrastro y de la exclusión social a la que creía que la condenaban los demás. Por primera vez, entendió que la heroína había sido la solución a un problema que se remontaba muchísimos años atrás (una solución tan equivocada como encerrarse a cal y canto en su cuarto durante la infancia). Y si llegó a aquella conclusión fue gracias a un cambio de perspectiva que disminuyó el atractivo de la droga en sí. Supongo que un cambio debido a una reconexión entre la CPF dorsolateral (responsable de la introspección y el discernimiento) y los circuitos motivacionales moldeados por la búsqueda de drogas. No juntó todas las piezas del rompecabezas a la vez, pero comenzó a ordenarlas estando en prisión. Aquello le bastó para ver la heroína por lo que era (o por lo que había sido para ella). Y le bastó para que lograse evitarla,

gracias a la repulsión que esta le provocaba, en cuanto regresó al mundo exterior.

En cuanto Brian comenzó a ir a psicoterapia, también empezó a poner en perspectiva su propio desarrollo. Empezó a identificar su fascinación hacia la metanfetamina como un resultado de la necesidad de independencia y destreza que había tenido en su infancia. La metanfetamina había hecho que se sintiera diestro de un modo en que jamás le había hecho sentir nadie. Aprendió a ver su presente como una prolongación de su pasado y amplió dicha percepción para incluir un futuro que lo cautivaba y lo impulsaba hacia la siguiente etapa de su desarrollo.

Durante sus años de adicción, el caso de Brian se convirtió en el epítome del atractivo inmediato, pues se lanzaba a por su pipa ante el menor indicio de bajón. Al igual que con Natalie, aquel tiempo presente tan parecido a un estado de trance bloqueó el canal que conectaba su pasado con su futuro, imposibilitando que percibiera la historia global de su vida desde el caos de su existencia momentánea. Más adelante, con la ayuda de su terapeuta, empezó a construir un puente desde el presente hasta el pasado, piedra a piedra. Un puente que lo conduciría a un futuro seguro, satisfactorio y valioso tanto para él como para los demás. En el pasado había soñado con aquel objetivo y por fin le resultaba lo bastante atractivo como para perseguirlo en el presente. Aquel tipo de introspección reflexiva solo podría alcanzarse haciendo que volvieran a crecer las vías entre su CPF dorsolateral y su cuerpo estriado. Brian tuvo que pensar, imaginar, comparar y decidir lo que hacer mientras notaba el calorcito del deseo, con el que tan familiarizado estaba. Hizo falta que ambos sistemas se activaran simultáneamente para que pudieran brotar nuevas conexiones.

Así funciona el cerebro. Lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado. Y lo que se activa de forma separada queda lógicamente separado. Ante nosotros se abren caminos nuevos e ignotos cada vez que recordamos, mantenemos en la mente y

exponemos a la fragua del deseo planes inexplorados para la satisfacción a largo plazo. Esto implica que, con el objeto de llegar a la gratificación inmediata, no tomamos el camino que siempre habíamos tomado, sino más bien un atajo. Así comenzó a trabajar Brian para convertirse en un sanador en vez de una víctima: primero cuidó de animales; después, de personas; luego inició una comunidad terapéutica rural para adictos; y, por último, creó su propio programa de tratamiento en Ciudad del Cabo.

Por lo visto, Natalie y Brian comenzaron a superar sus adicciones cuando por fin fueron capaces de reflexionar sobre sus vidas, conectar su pasado con sus problemas del presente e imaginar un futuro muy distinto a la realidad que estaban viviendo. Creo que fue precisamente este proceso de reflexión y puesta en perspectiva lo que les permitió superar el atractivo inmediato de las drogas. Como resultado, ya no necesitaban luchar contra sus impulsos con el mismo esfuerzo extenuante hora tras hora y día tras día. Esto redujo en gran medida el agotamiento del ego, lo cual resultó fundamental para que cambiaran el comportamiento momentáneo y aprendieran a confiar en el control descendente. Por fin podían ir avanzando hasta adquirir una sensación de seguridad (surgida del autocuidado) y un sentido del propósito (resultante de logros que solo podrían materializarse con el tiempo). Consiguieron detectar un cambio en el curso del desarrollo de su propia personalidad: la aparición de nuevos hábitos mentales, nuevos hábitos conductuales y una concepción diferente de quiénes eran como personas.

Hasta que los adictos comienzan a reflexionar de este modo, su preocupación por lo inmediato queda atrapada en la marea de dopamina. Se hallan absortos en una espiral de deseo y adquisición, de querer y obtener, de obtener y perder. El atractivo inmediato no solo es una devaluación de recompensas futuras; en el caso de la adicción, se trata de un desfiladero excavado en el continuo de la vida de una persona, mediante el cual el desarrollo de la personalidad queda dividido en un pasado no analizado y un futuro inimaginable. Las personas pueden vivir durante mucho tiempo en

ese lugar. Incluso pueden morir allí. Y a veces pueden encontrar una salida. Pero esto último requiere que logren conectar las mitades desiguales de su propia vida (pasado y futuro), para lo cual deben descubrir y relatar la historia de su propio desarrollo, así como prolongar dicha ruta de desarrollo más allá de las siguientes horas, hasta que se adentre en los meses y años venideros.

Una transformación similar pareció producirse en el caso de otras personas cuyas biografías he esbozado. Donna descubrió lo mucho que había invertido en la duplicidad. Aprendió a reconocer aquella tierra de nadie que ella misma había habitado entre el poder y la sumisión, entre la satisfacción y la desesperación. Este fue un componente fundamental de la terapia a la que se sometió: el impulso de compartir con un práctico desconocido secretos personales que jamás había analizado. Johnny sacó provecho de un tratamiento residencial, de su paso por Alcohólicos Anónimos y, finalmente, de sesiones de psicoterapia para dejar por completo la bebida. Y, conforme daba estos pasos intermedios, desenterró aquellas inquietudes de las que siempre había estado huyendo. La desintoxicación tan solo conformó la primera fase de su recuperación. En realidad, lo que lo mantuvo sobrio fue el hecho de llegar a comprender quién era, quién había sido en su infancia y quién podía aspirar a ser todavía sin el bálsamo del alcohol. En cambio, la historia de Alice fue un poquito más complicada, pues se veía incapaz de vivir sin una fórmula establecida de autocontrol. No obstante, sus rígidas y restrictivas medidas de control tan solo habían conseguido ponerla en peligro, arrastrándola al cenagoso territorio de la anorexia, para luego repuntar en bruscos bandazos destructivos entre hacer dieta y darse atracones. Gracias a un grupo de apoyo para mujeres con trastornos alimentarios, Alice encontró un cable que se extendía desde un presente insostenible hasta un futuro posible, atractivo y satisfactorio. En cuanto logró visualizar aquel cable y tensarlo desde su perspectiva, se le hizo factible encauzar su vida a lo largo de este.

CREAR UNA NARRATIVA DESDE EL PASADO HASTA EL PRESENTE Y EL FUTURO

A continuación, me gustaría compartir con los lectores los resultados de un original y profundamente conmovedor programa de investigación dirigido por Michael Chandler y asociados en la Universidad de Columbia Británica[40]. Tras hacer un sondeo entre comunidades nativas de gran parte del oeste de Canadá, lo que a los investigadores les llamó la atención casi de inmediato fue la asombrosa tasa de suicidio entre adolescentes (de quinientas a ochocientas veces el promedio nacional) que se daba en muchas de aquellas comunidades. Pero no en todas. Algunas comunidades nativas informaron tasas de suicidio de cero. «Cuando estas comunidades se dividieron en grupos más grandes según su membresía en uno de los 29 consejos tribales dentro de la provincia, las tasas variaron desde un mínimo de 0 (detectado en 6 consejos tribales) hasta un máximo de 633 suicidios por cada 100000 habitantes». ¿Qué podía marcar la diferencia entre los lugares donde los adolescentes no tenían motivos para vivir y aquellos donde no tenían motivos para morir?

Tras entrevistarse con los niños, los investigadores recogieron diversos relatos personales. Pidieron a los adolescentes que les hablaran sobre sus vidas, sus metas y su futuro. Y descubrieron que los jóvenes de las comunidades con elevadas tasas de suicidio no tenían nada que contar. Eran incapaces de hablar de sus vidas de forma coherente y organizada. No tenían una idea clara de su pasado, de su infancia y de las generaciones que los habían precedido. Y sus intentos de esbozar hipotéticos futuros estaban vacíos en cuanto a forma y significado. A diferencia de los otros niños, eran incapaces de ver sus vidas como narraciones, como

relatos. Sus intentos de responder preguntas sobre sus historias vitales quedaban marcados por largas pausas y oraciones inconclusas. No tenían nada más que el presente, nada que anhelar, razón por la cual muchos de ellos se suicidaban.

El equipo de Chandler no tardó en detectar significativas razones sociales que explicaban las diferencias entre dichas comunidades. En aquellas donde los jóvenes tenían historias que contar, la continuidad quedaba incorporada en su sentido de identidad gracias a la estructura de su sociedad. Los consejos tribales continuaban siendo órganos de gobierno activos y eficaces. Se profesaba respeto hacia los mayores, que asumían la responsabilidad de enseñar a los niños quiénes eran y de dónde venían. Durante décadas, el idioma y las costumbres de la tribu se habían preservado de manera concienzuda. Gracias a ello, los jóvenes se veían a sí mismos como parte de una narrativa más amplia, en la que las historias de sus vidas encajaban y tenían sentido. Por el contrario, las comunidades con un elevado índice de suicidios habían perdido sus tradiciones y rituales. Los niños comían en el McDonald's y veían mucha televisión. Sus vidas eran como islotes agrupados en medio de la nada. De hecho, sus vidas no tenían sentido. Solo existía el presente, el terreno vacío del hoy.

Desde que comencé a estudiar la adicción y la recuperación, he pensado en estas investigaciones innumerables veces. Para mí, el mensaje está muy claro: los seres humanos necesitamos poder ver cómo progresan nuestras vidas, cómo avanzan desde un pasado significativo hacia un futuro viable. Necesitamos ver que nos movemos en alguna dirección, que somos personajes de una narrativa, que hay sentido en nuestra existencia. Sin embargo, en el caso de los adictos, la obsesión incesante por las recompensas inmediatas excava una pequeña madriguera en la riqueza potencial del tiempo. En términos psicológicos, es el resultado de ciclos recurrentes de atractivo inmediato y agotamiento del ego. Pero, en realidad, los matices resultan más abrumadores. La letra pequeña nos habla de una espiral cada vez más estrecha de deseo,

adquisición y pérdida. Nos habla de la reducción de perspectiva y significado, la rígida fascinación por recompensas a nuestro alcance y en las que podemos confiar, pero que nos resultan mortalmente aburridas; recompensas que, a su paso, tan solo dejan vacío y un intenso deseo. El adicto vive en la tumba del presente, convertido en un cadáver porque ha perdido su conexión con el pasado del que surgió.

En términos neuronales, como hemos visto, dicho estado se corresponde con la ruptura de comunicación entre el núcleo motivacional del cerebro (el cuerpo estriado, la COF y la amígdala) y el puente del barco (la CPF dorsolateral). En virtud de esta desconexión, el deseo impulsa el comportamiento en pequeños círculos reiterados, independientemente de la percepción, la perspectiva y objetivos más elevados. El deseo ruge dominado por la inmediatez, por las ganas de materializarse, pero sus aliados naturales son el discernimiento y la orientación, la planificación y la perspectiva (capacidades programadas en la CPF dorsolateral durante la niñez y la adolescencia). Una vez que dicha alianza se ha venido abajo, hay que volver a ponerla en pie.

Quisiera mencionar ahora, como sugerencia para seguir reflexionando, otra implicación que las investigaciones de Chandler tienen para la adicción. Diversos académicos o expertos en adicción han propuesto que las condiciones sociales restrictivas y la alienación respecto a la propia cultura son ingredientes de vital importancia en el aumento de la adicción. En 2008, Bruce Alexander, quien dirigió los estudios del parque de ratas que vimos en el capítulo 1, esbozó una amplia teoría social de la adicción en su libro The Globalization of Addiction («La globalización de la adicción»), donde investiga el desarraigo social y su impacto negativo[41]. Carl Hart (a quien también presenté en el capítulo 1) mostró cómo los miembros de grupos minoritarios que vivían en el centro de la ciudad tomaron la decisión de consumir drogas porque no tenían a mano otras opciones o porque estas carecían de sentido para ellos. Salta a la vista lo que estas poblaciones tienen en común con las

comunidades con altos índices de suicidio estudiadas por Chandler: la pérdida de una narrativa cultural viable en la que las narrativas individuales tuvieran sentido.

De todos modos, sentir desarraigo no necesariamente es irreversible. De hecho, el aislamiento personal característico de la adicción ha sido el objetivo principal de los grupos de apoyo que luchan contra la adicción. El apoyo y el aliento brindados por otros adictos en recuperación, ya sea en comunidades terapéuticas o en reuniones en sótanos de iglesias, ayudan a las personas a contextualizar su propia adicción, a través del intercambio de historias de vida y el esfuerzo mutuo por alcanzar un futuro mejor. De este modo, la comunicación y el consenso ayudan a construir una especie de cultura en torno a las luchas a las que se enfrentan los adictos. Al parecer, mediante la creación de esta narrativa más extensa se busca construir un sentido de continuidad que funcione como andamiaje para narrativas individuales, lo cual marcó la diferencia en los índices de suicidio de los jóvenes nativos.

ENCONTRAR UN FUTURO: AUTONARRATIVA Y AUTOCONFIANZA

Quizá lo que falte en la adicción sea la capacidad de ver la vida de uno mismo como una narrativa. Y la pérdida de una autonarrativa accesible se corresponde con indicios de que la CPF dorsolateral se desconecta parcialmente del núcleo motivacional, tanto en episodios de atractivo inmediato como en el curso a largo plazo de la adicción. Sé que la atención que le he puesto a la CPF dorsolateral izquierda es en parte especulativa, pero puede ayudarnos a entender lo que sale mal cuando las personas parecen incapaces de dejar sus adicciones. No solo resulta difícil acceder a los recuerdos y las ambiciones, sino que la percepción del tiempo como una dimensión lineal, que conecta el presente con el futuro, queda reemplazada por una percepción del tiempo como algo cíclico: la proclividad del hemisferio derecho. Los adictos son incapaces de visualizar un futuro que se abre ante ellos, sino tan solo una reiteración del presente. Si esta fuera una imagen precisa, entonces reconectar la CPF dorsolateral izquierda con el núcleo motivacional permitiría que el deseo y la perspectiva trabajasen unidos, y esa podría ser la mejor manera (de hecho, la única) de construir un camino desde el presente hacia el futuro.

Los adictos experimentan algo sobrecogedor cuando logran ampliar su visión de sí mismos desde el presente inmediato hacia el pasado que les dio forma y avanzar en dirección a un futuro que les resulte satisfactorio y posible de alcanzar. Lo que sienten se asemeja a pasar de los grumos de una experiencia momentánea a la coherencia de convertirse en personas completas. Sienten que son autores y defensores de su propia vida. Sienten que es real.

Pensemos ahora en cómo eso influye en la capacidad de confiar en los juicios, valores, instintos y logros propios. La persona pasa de tomar decisiones obviamente autodestructivas a tomar otras que la ayudan a mejorar y a sustentarse. Y no hay que subestimar el valor de dicha transformación. Los adictos pueden vivir durante años sin experimentar ni una pizca de autoconfianza. ¿Por qué vas a confiar en que lograrás cambiar, cuando en realidad todo apunta a que seguirás siendo el mismo? ¿Por qué vas a creer que tienes la capacidad de perseguir aquello que te resulta beneficioso, en vez de aquello que tienes al alcance de la mano, cuando miles de veces has evitado pasar por esa encrucijada?

Se experimenta una maravillosa sensación de continuidad entre el yo del presente, el yo del pasado y el yo del futuro. Pero cuando durante algún tiempo se ha carecido de esa sensación (quizá durante toda la vida), no resulta fácil encontrarla. Requiere cierta perspectiva que tan solo puede obtenerse abordando el futuro en el contexto del pasado. Y también requiere otra cosa, un recurso clave: el propio acto de desearlo. No hay manera de avanzar con determinación y esperanza a menos que desees con todas tus fuerzas llegar allí.

REALINEAR EL DESEO

El campo del tratamiento de las adicciones no ha subestimado la importancia de la introspección y la toma de perspectiva. La terapia cognitivo-conductual, la prevención de recaídas basada en la atención plena, las entrevistas motivacionales y los programas de tratamiento que combinan de un modo u otro estas técnicas tienen como objetivo cierta autorreflexión y toma de perspectiva. Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos también fomentan un cambio significativo de perspectiva y la determinación de mantener dicho cambio. Los enfoques basados en la terapia de introspección se ocupan explícitamente de indagar en el pasado para extraer significado que ayude a las personas a comprender sus luchas presentes. Sin embargo, ninguno de estos enfoques capta por completo el modo en que el tiempo colapsa en la adicción, ni la importancia crítica de replantear los vínculos entre pasado, presente y futuro.

Dudo mucho que podamos apreciar o comprender en su totalidad la naturaleza de la toma de perspectiva si antes no hemos considerado la mecánica del atractivo inmediato, mediante el cual los objetivos adictivos bombean dopamina directamente al núcleo motivacional del cerebro, mientras que el tiempo se contrae hasta quedar limitado al presente inmediato. Por lo tanto, la neurociencia de la adicción apunta a una relación muy estrecha entre la perspectiva, el atractivo inmediato y el deseo, y nos revela que el atractivo inmediato obtiene su poder de la biología del deseo. Una vez que la bomba de dopamina se encuentra bajo el control de las metas adictivas, tal vez ya nada pueda mantener al deseo alejado de ellas, sobre todo cuando otros objetivos han perdido su valor o su aparente disponibilidad. Así pues, si el deseo no puede apagarse o alejarse de las metas adictivas, inmediatas, entonces debe amarrarse a otras

incompatibles con la adicción, tales como liberarse del sufrimiento, lograr proyectos de vida, acceder a relaciones amorosas y sentir coherencia y amor propio gracias a la abstinencia. Y si dichas metas no pueden concebirse debido a una preocupación estática por el presente, entonces hay que saber combinar la autonarrativa y el deseo: la autonarrativa para reorientar la perspectiva hacia objetivos a largo plazo; y el deseo para impulsar la persecución de esas metas.

Los temas emocionales resultan indispensables para que las historias funcionen. Sería imposible seguirlas sin ellos. No habría ninguna motivación que permitiera avanzar al siguiente párrafo o capítulo (ni para el personaje principal ni para el lector). De igual modo, para que las narrativas de la vida real puedan mantenerse en la mente, necesitan sentimientos que les den forma. Y el deseo es el más potente de esos sentimientos. El deseo tiene la capacidad de impulsarnos a través de la vida, de llevarnos desde el ahora hasta el más adelante. Por tanto, el truco para superar la adicción está en la realineación del deseo, de modo que pase del objetivo del alivio inmediato al objetivo de la satisfacción a largo plazo. Al igual que ocurre con los cambios cerebrales derivados de la separación de los dedos palmeados, las rutas sinápticas que salen del núcleo motivacional deben activar dos redes neuronales distintas, subyacentes tras cada resultado diferenciado. A continuación, se debe fortalecer un conjunto de sinapsis y dejar que el otro decaiga. Ya se sabe: lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado.

El empoderamiento es un objetivo explícito del tratamiento en enfoques no médicos para abordar la adicción. Por ejemplo, SMART Recovery es un enfoque terapéutico que integra métodos cognitivo-conductuales con apoyo interpersonal en entornos grupales. Esta organización fomenta el autoempoderamiento y el cambio autodirigido, y sus responsables enseñan métodos que ayuden a desarrollar dichas capacidades. Las técnicas de entrevista motivacional (también incorporadas a SMART Recovery) se han

diseñado especialmente para aprovechar la motivación del paciente y redirigirla hacia objetivos que él mismo haya seleccionado en un ambiente compasivo y de apoyo. Sin embargo, tanto en estos como en otros enfoques actuales, se accede a la motivación a través de medios cognitivos. Se insta a los pacientes a que exploren las opciones de las que disponen, evalúen posibles resultados, los compararen y decidan cuál les interesa perseguir. También se los puede invitar a que examinen y modifiquen sus propios sistemas de creencias. Las técnicas basadas en la cognición pueden resultar útiles, no cabe duda, pero pierden eficacia desde el instante en que pasan por alto la realidad visceral del deseo momento a momento. Como hemos visto, lo que parece positivo en un momento dado puede carecer de sentido o resultar irrelevante en otro. Por eso el deseo ha de estar conectado con la decisión propia, lo cual solo puede producirse en el momento.

El único modo de forjar nuevas conexiones entre el núcleo motivacional y la CPF dorsolateral es activarlos ambos al mismo tiempo. Recordemos que lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado. El deseo tiene que encender el cuerpo estriado, mientras que la CPF mantiene el discernimiento y la perspectiva. Esta fórmula me recuerda a la serpiente que se muerde la cola: nuestros cerebros son capaces de imaginar un futuro que se extiende de forma casi ilimitada, pero el único modo de que dicho futuro acceda a nuestros cerebros es en el momento, ya que la composición química y estructural de estos cambia muy rápido. Si los adictos pueden acceder a la autonarrativa en caliente, aunque sea por un corto espacio de tiempo, entonces el deseo tiene el potencial de saltar, igual que si fuera electricidad estática, hacia nuevas posibilidades y pulirlas con impulso. Esto puede suponer un complicado acto de malabarismo. No obstante, si bien no hay una única fórmula para que esto funcione, existen varios modos de mejorar al máximo las posibilidades del malabarista.

CÓMO AYUDAR A SUPERAR UNA ADICCIÓN

¿Cómo logramos que ese profundo análisis del atractivo inmediato, de la falta de comunicación de las estructuras cerebrales y de la autonarrativa se sume a nuestras tácticas para superar la adicción? En realidad, no necesitamos recurrir a la neurociencia para defender el papel del empoderamiento en el tratamiento de las adicciones. Y a menudo las personas superan sus adicciones sin tener que recurrir a ningún tratamiento. Sea como sea, nos resultará más sencillo salir de una adicción, estemos o no en tratamiento, si nos tomamos en serio nuestro cerebro: si reconocemos el poder de los sentimientos, la urgencia química con la que surgen, sus volubles ajustes al tiempo y las circunstancias, y su exquisita capacidad para centrar la atención. La ciencia del cerebro nos ayuda a comprender cómo funciona el deseo y cómo nos conecta con objetivos (tanto nuevos como antiguos). Bajo mi punto de vista, este conocimiento logrará perfeccionar cualquier metodología orientada al cambio.

Para determinar qué puede ofrecerles este enfoque a los adictos que intentan salir de una adicción, comencemos echando un vistazo a los fracasos de la medicalización, que además se perpetúan debido a la amplia aceptación del modelo de enfermedad. Como ya comenté al principio de este capítulo, la medicalización de la adicción ha aportado ciertos beneficios. El más importante ha sido el desarrollo de agentes farmacéuticos que pueden disminuir los síntomas de abstinencia y aliviar la intensidad del deseo. Quizá se trate de medidas temporales, pero pueden lograr cambios muy significativos en los momentos más difíciles. El modelo de enfermedad también ha llevado a que la comunidad médica y la sociedad en general desarrollen una visión más informada de la adicción, que entienden como un fenómeno muy humano con claros fundamentos biológicos, a la vez que se fomenta el trato humanitario a aquellos que la

padecen. Sin embargo, los enfoques de tratamiento basados en el modelo de enfermedad suelen resultar ineficaces. Los adictos siguen siéndolo, por mucho que se esfuercen sus médicos. Los medicamentos que ayudan a afrontar los síntomas no avivan el deseo de cambiar ni arrojan luz sobre nuevos modos de vivir más allá de la adicción. Y lo que es peor: los rígidos métodos estandarizados y los intereses propios que tienen algunas instituciones hacen que, demasiado a menudo, el «tratamiento» se convierta en un callejón sin salida o en una puerta giratoria para quienes buscan ayuda. La premisa de este libro es que la medicalización y el modelo de enfermedad han dejado de ser útiles.

Para que se entiendan mejor los inconvenientes de la medicalización, pensemos en lo que he dicho de que la adicción solo puede vencerse si el deseo se alinea con objetivos de cariz personal y orientados al futuro. ¿Es posible que el tratamiento médico favorezca el éxito de dichos planes? Más bien al contrario: ese tipo de tratamiento es casi siempre institucional, y las instituciones tienen fama de erosionar precisamente la autonomía que puede haber llevado a los adictos hasta ellas. Por lo general, quienes buscan tratamiento reciben largas, a menos que el sistema legal les ordene seguir dicho tratamiento (lo que, obviamente, se impone desde el principio a cualquier capacidad de autodirigirse). Más adelante les dan fecha para evaluarlos. Cualquier retraso puede justificarse fácilmente: «Queremos asegurarnos de que esté usted realmente preparado». Por último, lo programan todo para que comiencen el tratamiento semanas después. Y eso si tienen la suerte de ahorrarse las tristemente largas listas de espera para recibir atención subvencionada por el Estado o permitirse los lujos que les ofrece alguna institución privada.

Se les asigna una cama. Lo irónico es que, si bien dichas camas son el emblema de su petición de ayuda, no debemos olvidar que también son el lugar donde la gente duerme y donde los enfermos yacen cuando no pueden caminar. Así pues, difícilmente pueden verse como plataformas para la iniciativa y el empoderamiento. Por

otro lado, si la larga espera para recibir atención no ha socavado por completo las motivaciones de cambio que tenían los adictos, será la filosofía de atención médica la que logre hacerlo. Los adictos se convierten en pacientes, y a estos no se les permite tomar decisión alguna sobre su tratamiento, sino que siguen los regímenes dictados por figuras de autoridad que comprenden el funcionamiento de su enfermedad mucho mejor que ellos. Por lo tanto, las intenciones personales no tienen cabida en el tratamiento.

Si crees que estoy siendo demasiado radical, basta con que escuches lo que cuentan algunos adictos que han pasado por cuidados institucionales o que leas los impactantes relatos recopilados por Anne Fletcher en Inside Rehab («Dentro de rehabilitación»)[42]. Incluso los adictos con una férrea voluntad de dejarlo suelen sentirse abrumados por el peso de la despersonalización, la pasividad y la sumisión a la autoridad, el desinterés del personal en los puntos de vista de los pacientes y el modo en que los excluyen de las evaluaciones en torno a cómo les está yendo, qué están haciendo y cuándo están hartos. Al principio les dicen: «Tendremos que derribaros para poder reconstruiros de nuevo», una frase que se suele escuchar en entornos institucionales, según Matt Robert, amigo mío, exadicto y moderador de grupo en programas institucionales y comunitarios. Y no es que tales políticas resulten malintencionadas, sino que, más bien, están en un error. Los defensores del modelo de enfermedad, como David Sack (de quien hablamos en el capítulo 1), se desesperan porque «gran parte de los adictos siguen consumiendo en los años posteriores al tratamiento, independientemente de la droga específica que haya de por medio»[43]. Esto les parece una prueba inequívoca de que la enfermedad de la adicción es terriblemente grave y requiere toda la ayuda que la sociedad pueda prestar, lo que a menudo se traduce en más dinero y más camas en instituciones. Sin embargo, la conclusión obvia es que el tratamiento convencional para la adicción no funciona, así de simple. Y, puesto que dicho tratamiento se basa en el modelo de enfermedad, es probable que el propio modelo esté equivocado.

¿Qué alternativas podrían derivarse de un enfoque evolutivo del tratamiento que tome el poder del deseo momentáneo y lo aplique a un cronograma personal para superar la adicción? Lo más importante es que ninguna estrategia, organización, método o filosofía ocupe una posición central. Cualquier iniciativa que se les brinde a los adictos, cuando estén listos para abandonar su adicción, supondrá una valiosa ayuda para que sigan adelante. Los entornos comunitarios pueden desempeñar este papel con mayor facilidad, ya que no existe ningún muro que escalar, ninguna fila en la puerta y ningún campo de minas financiero que se deba atravesar. Tampoco parece probable la existencia de rígidas políticas que prevalezcan sobre los incentivos personales del adicto. El tratamiento puede comenzar en cuanto el deseo esté listo para pasar del objetivo de un alivio inmediato al de un futuro valioso. No a base de inducir el deseo (los únicos que pueden lograr eso son la frustración y el sufrimiento), sino captando y manteniendo la visión personal de ese futuro. He comparado los procesos de grupos en recuperación con las narrativas sociales que ayudaron a los jóvenes nativos de Canadá a mantener una historia personal e imaginar un futuro factible. En los grupos comunitarios, incluidos Alcohólicos Anónimos y SMART Recovery, este tipo de andamiaje narrativo está listo y a la espera de aquellas personas dispuestas a superar su adicción (aunque es posible que falten otros recursos importantes). También en los tratamientos institucionales suele haber reuniones grupales, pero nadie puede asegurar que las habrá cuando los adictos se encuentren listos para dar el salto. Y, si bien los procesos grupales pueden resultar útiles, lo cierto es que no siempre lo son ni conforman el único camino que seguir. Puede ser de lo más valioso que un terapeuta esté dispuesto a empezar en el momento exacto en que el adicto esté preparado a abandonar su conducta adictiva. Lo único que el tratamiento requiere es la atención de otro ser humano capaz de mantener, quizá filtrar y, con suerte, ampliar la narrativa impulsada por esa ola creciente que surge del deseo de cambiar por parte de un individuo.

Lo que mejor funcionará es todo aquello que se encuentre al alcance cuando las vías sinápticas del deseo entren en contacto con las regiones del cerebro responsables del cambio de perspectiva. Podría ser la presencia de un amigo que te acompañe a tu primera reunión de los Doce Pasos, como le ocurrió a Brian en el momento en que se dijo que ya estaba harto. O la atención de un terapeuta que de verdad entienda por lo que has pasado y adónde quieres ir, como fue el caso de Donna en el límite de su desesperación. Incluso puede ser el terrible abrazo de una celda de prisión donde ves tus opciones con una lucidez brutal, como le ocurrió a Natalie. Puede ser un mes en la granja de tu abuelo, un libro que te encoge el corazón cuando creías haberlo perdido o esa ventana que durante tanto tiempo permaneció obstruida pero que ahora has logrado abrir a través de la meditación, una relación sentimental o una terapia contra la depresión.

Superar una adicción requiere que el deseo y la perspectiva se fusionen, tal vez que colisionen (una vez más, lo que se activa mutuamente queda mutuamente conectado), pero no exige ningún tipo específico de intervención. Sea como sea, quisiera concluir esbozando una iniciativa de tratamiento radical propuesta por mi amigo Peter Sheath, con la que creo que se ejemplifica un enfoque en tiempo real para combatir la adicción. Peter es otro exadicto y asociado principal de un grupo consultor para la prestación de servicios en el Reino Unido. Con el apoyo de Reach Out Recovery (ROR), la ciudad de Birmingham se está embarcando en una campaña para brindar ayuda a los adictos en el mismo instante en que se activa su deseo de cambio. El objetivo del programa es distribuir nodos de tratamiento en los puntos comunitarios que se encuentren más al alcance de los adictos en su vida cotidiana. Los comerciantes (incluidos dependientes de quioscos, panaderos, carniceros y farmacéuticos) reciben formación en intervenciones breves. Sus tiendas «a favor de la recuperación» exhiben una pegatina ROR en el escaparate, para que los adictos sepan que pueden acudir allí en busca de ayuda. Llegan personas directamente desde la calle, quizá para comprar a la vez una barra de pan, y

afirman: «¡Se acabó! ¡Estoy listo para dejarlo!». Después, el comerciante les dice que han venido al sitio adecuado, hace un rápido inventario y les aconseja cómo proceder a continuación. Quizá les dice: «Oye, no bebas demasiado hoy y vuelve más tarde, a las cinco en punto, que charlaremos». O, en casos más graves, puede decirles: «No estoy lo bastante capacitado para trabajar contigo, pero conozco a alguien que sí lo está». Tal vez los remita a compañeros mentores que acudirán al día siguiente para ayudarlos con cuestiones complejas como la desintoxicación y temas familiares. Hay médicos participantes disponibles para aquellos que necesiten atención médica. Y se publican números telefónicos de asistencia inmediata de telesalud, para ayudar a iniciar y coordinar servicios. Incluso se han unido taxistas, de modo que si llevan en su vehículo a un adicto que va de camino a comprar drogas, este puede levantar las manos y pedirle que no lo lleve, para así no desaprovechar ese repentino cambio de opinión.

Me parece un enfoque muy creativo y lleno de posibilidades. Eso sí, está por verse si funcionará tan bien como esperamos. El llamado «modelo de Birmingham» nos sirve como ejemplo de un enfoque que ilustra los argumentos expuestos en este capítulo. Pero si lo he descrito en detalle es también porque ejemplifica las innovaciones que acabarán por surgir cuando el modelo de enfermedad quede obsoleto y permitamos que una nueva perspectiva, libre de ortodoxias e intereses particulares, ocupe su lugar. El modelo de Birmingham se inspiró en intuiciones sobre la naturaleza voluble del deseo y el papel fundamental que el momento oportuno desempeña en el tratamiento de las adicciones. Pero también se basa en la idea de que los adictos no están enfermos ni necesitan intervención médica para cambiar sus vidas. Lo que necesitan es un andamiaje social sensible e inteligente que mantenga en su sitio las piezas de su futuro imaginado… mientras tratan de alcanzarlo.

***

Si la región del cerebro que nos permite imaginar el futuro está sincronizada con las que nos impulsan hacia nuestros objetivos, y si ese vínculo se practica y se refuerza, de tal modo que las autopistas sinápticas adquieran fluidez y eficiencia, entonces la adicción no tiene por qué ser más que una etapa en el desarrollo del yo. De hecho, a menudo, es exactamente eso. No pocos exadictos me han comentado que, pese a lo desdichados que pudieron haberse sentido, jamás habrían sido quienes son ahora de no haber encarado los enormes desafíos que tuvieron que afrontar mientras intentaban superar su adicción. Como neurocientífico, veo este trayecto del mismo modo que un arquitecto urbanista visualizaría la construcción de un paso elevado para aliviar el tráfico congestionado. Como desarrollista, lo concibo como un ejemplo muy gráfico del papel que el sufrimiento desempeña en el crecimiento individual. Y como alguien que ha conocido de primera mano la adicción, lo identifico con el giro que nuestras vidas pueden dar cuando tocamos fondo con demasiada frecuencia.

---

39. A. Mogilner, J. A. Grossman, U. Ribary, M. Joliot, J. Volkmann, D. Rapoport, R. W. Beasley y R. R. Llinás, «Somatosensory Cortical Plasticity in Adult Humans Revealed by Magnetoencephalography», Proceedings of the National Academy of Sciences 90, n.º 8 (1993): pp. 3593-3597.

40. Véase Michael J. Chandler y Christopher Lalonde, «Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations», Transcultural Psychiatry 35, n.º 2 (1998): pp. 191-219.

41. Bruce Alexander, 7e Globalization of Addiction (Oxford: Oxford University Press, 2008).

42. Anne M. Fletcher, Inside Rehab: 7e Surprising Truth About Addiction Treatment—and How to Get Help 7at Works (Nueva York: Viking, 2013).

43. David Sack, «Addiction Is a Disease and Needs to Be Treated as Such», blog Room for Debate, 7e New York Times, 11 de febrero de 2014.

AGRADECIMIENTOS

Tras escribir un libro sobre mi paso por la adicción, necesitaba averiguar qué tenían en común mis experiencias con las de otras personas. Así pues, comencé a llevar de forma regular un blog que atrajo a una comunidad muy inteligente, bulliciosa y empática compuesta por adictos en recuperación y exadictos. Los numerosos comentarios suscitados tanto por mis publicaciones como por las de otros miembros me proporcionaron gran cantidad de conocimientos e información que no habría soñado encontrar en ningún otro sitio. Así pues, quiero dar las gracias a todas y cada una de las personas que se han unido a mí en esta conversación. Todos vosotros me inspirasteis a escribir este libro y me habéis ayudado a comprender la adicción lo bastante bien como para sentir que podía hacer una valiosa contribución.

Los cinco exadictos cuyas historias he relatado merecen la gratitud de cualquiera que intente comprender la adicción combinando la experiencia personal con otras formas de conocimiento. Las personas que se ofrecieron como voluntarias para este proyecto tuvieron la amabilidad de dedicar muchas horas a responder mis preguntas, y lo hicieron con muchas ganas y honestidad, sacando a relucir detalles de experiencias que quizá hubieran preferido olvidar. Cuando adoptaba el rol de entrevistador, a menudo me sentía como un dentista que provoca dolor al perforar una muela muy hondo, hasta desenterrar cada fragmento del pasado de mi encuestado. Aguantaron con valentía y proyectaron la luz del autoexamen allí donde yo les pedía que lo hicieran. Les estoy profundamente agradecido.

Lisa Kaufman, mi editora en PublicAffairs, me ayudó a comprender mejor el pasado y el presente del mundo de la rehabilitación, hasta que logré adquirir la perspectiva necesaria para retratarlo con

sensibilidad y precisión. Pero, además, le estoy muy agradecido por animarme a seguir las implicaciones de mi propio modelo desde las abstracciones teóricas hasta instrucciones más específicas para la práctica. Fue ella quien me convenció de que, para muchos lectores, el libro debería hacer hincapié en ello. Y tuvo razón.

Tim Rostron, mi editor en Doubleday Canadá, ha sido mi gurú de la escritura en dos de mis libros, y sigo celebrando la buena suerte que he tenido de conocerlo. El dominio de Tim de las profundas y sutiles corrientes del inglés, así como su dedicación a la transparencia y la fluidez, han impulsado mi crecimiento de científico a escritor.

Me beneficié muchísimo de la perspectiva y la experiencia de dos editores no remunerados: Matt Robert y Cathy O'Connor. Como pionero en la comunidad de rehabilitación y brillante comentarista de las tendencias actuales, Matt me mostró las bambalinas del mundo de la rehabilitación y la recuperación. Se leyó la mayoría de estos capítulos (si no todos), me señaló las carencias que encontraba tanto en forma como en fondo y me ayudó a suavizar ciertos términos y conceptos para que no se le atragantaran al lector. Con enorme generosidad, Cathy echó mano de su talento editorial para guiarme por esa tierra de nadie entre lo que creí estar explicando con toda claridad y lo que seguramente captarían los lectores. Había agujeros por todas partes, la mayoría en lugares que no habría revisado. Cathy me los señaló con paciencia y precisión, y me ayudó a descubrir cómo llenar aquellos huecos. Les estoy muy agradecido a ambos.

También recibí la ayuda de otros expertos en tratamiento. Estoy particularmente en deuda con Shaun Shelly, quien siguió el ritmo de cada paso conceptual que di, tanto en el libro como en el blog, y recopiló ejemplos que ayudaran a respaldar el punto de vista que ambos compartimos respecto a la adicción. En cuanto a Peter Sheath, quien lideró el modelo de Birmingham descrito en el último capítulo y me contagió su valentía, quisiera agradecerle la

creatividad y el optimismo que ha aportado al mundo del tratamiento.

Mi editora más generosa y de mayor confianza sigue siendo Isabela Granic, mi pareja sentimental durante dieciocho años. Tu inquebrantable capacidad de síntesis fue el mortero que permitió que mis detalles se cohesionaran y quedaran fijados. Seguiste indicándome en qué soy bueno y recordándome lo valioso que es eso. Y avivaste el fuego cada vez que me desanimaba o, simplemente, me sentía agotado. Este libro no podría haber existido sin ti.

Por último, a Ruben y Julian, gracias por respetar que trabajase todas aquellas horas, cuando debería haber estado jugando con vosotros. Ruben, gracias por ajustar mi silla. Julian, gracias por los arrumacos. Intentaré compensaros a los dos ahora que el libro está terminado.

YONKI

Un año antes de imprimir este libro, la editorial publicó *Insaciable* de Judith Grisel y *Cerebro sano* de Maia Szalavitz. Tres títulos que dialogan entre sí para mostrar una fotografía completa de las distintas aproximaciones a la naturaleza de la adicción.