



ASAM

American Society of Addiction Medicine

Declaración de política pública: Definición de la adicción

Breve definición de la adicción:

La adicción es una enfermedad crónica primaria del circuito de recompensa del cerebro, de la motivación, de la memoria y de los circuitos relacionados. La disfunción de estos circuitos conduce a manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales características. Esto se refleja en un individuo que busca patológicamente la recompensa o el alivio mediante el consumo de sustancias y otros comportamientos.

La adicción se caracteriza por la incapacidad de abstenerse de forma sistemática, el deterioro del control de la conducta, el ansia de consumo, la disminución del reconocimiento de los problemas significativos de las propias conductas y de las relaciones interpersonales, y por una respuesta emocional disfuncional. Así como sucede con otras enfermedades crónicas, la adicción suele implicar ciclos de recaída y remisión. Sin tratamiento ni participación en actividades de recuperación, la adicción es progresiva y puede provocar discapacidad o muerte prematura.

Definición larga de la adicción:

La adicción es una enfermedad primaria y crónica del circuito de recompensa del cerebro, de la motivación, de la memoria y de los circuitos relacionados. La adicción afecta la neurotransmisión y las interacciones dentro de las estructuras de recompensa del cerebro, incluidos el núcleo accumbens, el córtex cingulado anterior, el prosencéfalo basal y la amígdala, de modo que las jerarquías motivacionales se alteran, y los comportamientos adictivos, que pueden o no incluir el consumo de alcohol y otras drogas, suplantando a los comportamientos saludables relacionados con el autocuidado. La adicción también afecta la neurotransmisión y las interacciones entre los circuitos corticales y del hipocampo y las estructuras cerebrales de recompensa, de modo que el recuerdo de anteriores exposiciones a recompensas (como la comida, el sexo, el alcohol y otras drogas) conduce a una respuesta biológica y conductual ante las señales externas, lo que a su vez desencadena el ansia de consumo o la participación en conductas adictivas.

La neurobiología de la adicción abarca algo más que la neuroquímica de la recompensa.¹ El córtex frontal del cerebro y las conexiones de materia blanca subyacentes entre el córtex frontal y los circuitos de recompensa, motivación y memoria son fundamentales en las manifestaciones del deterioro del control de los impulsos, la

15 de agosto de 2011 Página 1

alteración del juicio y la búsqueda disfuncional de recompensas (que a menudo la persona afectada experimenta como un deseo de "ser normal") que se observan en la adicción, a pesar de las consecuencias adversas acumuladas por el consumo de sustancias y otras conductas adictivas. Los lóbulos frontales son importantes para inhibir la impulsividad y ayudar a los individuos a retrasar la gratificación de forma apropiada. Cuando las personas con adicción manifiestan problemas para aplazar la gratificación, existe un lugar neurológico de estos problemas en el córtex frontal. La morfología, la conectividad y el funcionamiento del lóbulo frontal aún están en proceso de maduración durante la adolescencia y la adultez temprana, y la exposición precoz al consumo de sustancias es otro factor importante en el desarrollo de la adicción. Muchos neurocientíficos sostienen que la morfología del desarrollo es la base para que la exposición temprana a las sustancias sea un factor tan importante.

Los factores genéticos representan aproximadamente la mitad de las probabilidades de que un individuo desarrolle una adicción. Los factores ambientales interactúan con la biología de la persona y afectan la medida en que los factores genéticos ejercen su influencia. La resiliencia que el individuo adquiere (a través de la crianza de los hijos o de experiencias posteriores en la vida) puede afectar al grado en que las predisposiciones genéticas conducen a las manifestaciones conductuales y de otro tipo relativas a la adicción. La cultura también desempeña una función en la forma como la adicción se actualiza en personas con vulnerabilidad biológica al desarrollo de la adicción.

Otros factores que pueden contribuir a la aparición de la adicción, que conllevan manifestaciones bio-psico-socio-espirituales características, son:

- a. Un déficit biológico subyacente en la función de los circuitos de recompensa, de modo que se prefieren y se buscan como reforzadores las drogas y las conductas que potencian la función de recompensa;
- b. La participación repetida en el consumo de drogas o en otros comportamientos adictivos, lo que provoca una neuroadaptación en los circuitos motivacionales que conduce a un deterioro del control sobre el consumo de drogas o a una participación en comportamientos adictivos;
- c. Distorsiones cognitivas y afectivas, que dañan las percepciones y comprometen la capacidad de lidiar con los sentimientos, lo que da lugar a un autoengaño significativo;
- d. Interrupción de los apoyos sociales saludables y problemas en las relaciones interpersonales que repercuten en el desarrollo o en la resiliencia;
- e. Exposición a traumas o factores de estrés que superan las capacidades de afrontamiento del individuo;
- f. Distorsión en el significado, el propósito y los valores que guían las actitudes, el pensamiento y el comportamiento;
- g. Distorsiones en la conexión de la persona consigo misma, con los demás y con lo trascendente (denominado Dios por muchos, un Poder Superior por los grupos de 12 pasos, o la conciencia superior por otros); y

- h. La presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes en personas que consumen sustancias o que presentan otras conductas adictivas.

La adicción se caracteriza por²:

- a. **Incapacidad de Abstenerse de forma consistente;**
- b. **Deterioro del control de la Conducta;**
- c. **Ansia de consumo;** o aumento del "hambre" por las drogas o por experiencias gratificantes;
- d. **Reconocimiento Disminuido de los problemas significativos** de las propias conductas y de relaciones interpersonales; y
- e. **Una respuesta emocional disfuncional.**

El **poder de las señales externas** para desencadenar el ansia y el consumo de drogas, así como para aumentar la frecuencia de participación en otras conductas potencialmente adictivas, es también una característica de la adicción. Aquí, el hipocampo desempeña una función importante en la memoria de las experiencias eufóricas o disfóricas anteriores, y la amígdala es importante para que la motivación se concentre en la selección de conductas asociadas a estas experiencias pasadas.

Aunque algunos creen que la diferencia entre las personas que tienen problemas de adicción y las que no los tiene es la *cantidad* o la *frecuencia* del consumo de alcohol o drogas, de participación en conductas adictivas (como la ludopatía o el gasto impulsivo)³, o de exposición a otras recompensas externas (como la comida o el sexo), un aspecto característico de la adicción es la *forma cualitativa* en que el individuo responde a esas exposiciones, factores de estrés y señales ambientales. Un aspecto particularmente patológico de *la forma* en que las personas con problemas de adicción buscan el consumo de sustancias o las recompensas externas es que la preocupación, la obsesión o la búsqueda de recompensas (por ejemplo, el consumo de alcohol y otras drogas) persisten a pesar de la acumulación de consecuencias adversas. Estas manifestaciones pueden producirse de forma compulsiva o impulsiva, como un reflejo del deterioro del control.

El riesgo persistente o la recurrencia de las recaídas, tras períodos de abstinencia, es otra característica fundamental de la adicción. Esto puede ser desencadenado por la exposición a sustancias y conductas gratificantes, por la exposición a señales ambientales de consumo y por la exposición a factores de estrés emocional que desencadenan una mayor actividad en los circuitos cerebrales del estrés.⁴

En la adicción existe un deterioro significativo del funcionamiento ejecutivo, que se manifiesta en problemas de percepción, aprendizaje, control de los impulsos, compulsividad y juicio. Las personas con adicción suelen manifestar una menor disposición a cambiar sus comportamientos disfuncionales a pesar de las crecientes preocupaciones expresadas por personas significativas en sus vidas; y muestran una aparente falta de apreciación de la magnitud de los problemas y complicaciones acumulados. Los lóbulos frontales de los adolescentes, aún en desarrollo, pueden agravar estos déficits en el funcionamiento ejecutivo y predisponer a los jóvenes a realizar conductas de "alto riesgo", incluido el consumo de alcohol u otras drogas. El profundo impulso o ansia de consumir sustancias o involucrarse en conductas aparentemente gratificantes, lo que se observa en muchos pacientes con adicción, subraya el aspecto compulsivo o avoluntario de esta enfermedad. Esta es la conexión

con la "impotencia" respecto de la adicción, y la "ingobernabilidad" de la vida, como se describe en el Paso 1 de los programas de 12 Pasos.

La adicción es más que un trastorno del comportamiento. Las características de la adicción incluyen aspectos de los comportamientos, las cogniciones, las emociones y las interacciones con los demás, incluida la capacidad de la persona para relacionarse con los miembros de su familia, de su comunidad, con su propio estado psicológico y con las cosas que trascienden su experiencia diaria.

Las manifestaciones y complicaciones conductuales de la adicción, que se deben principalmente al deterioro del control, pueden incluir:

- a. El uso excesivo o la participación en conductas adictivas, en cantidades o frecuencias mayores que aquellas que la persona pretendía, a menudo asociadas a un deseo persistente y a intentos infructuosos de control conductual;
- b. Tiempo excesivo perdido en el consumo de sustancias o en la recuperación de los efectos del consumo de sustancias o de la participación en conductas adictivas, con un impacto adverso significativo en el funcionamiento social y ocupacional (por ejemplo, el desarrollo de problemas en las relaciones interpersonales o el descuido de las responsabilidades en el hogar, la escuela o el trabajo);
- c. El consumo o participación continuados en conductas adictivas, a pesar de la presencia de problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes que pueden haber sido causados o exacerbados por el consumo de sustancias o por conductas adictivas relacionadas;
- d. Una reducción del repertorio conductual centrado en las recompensas que forman parte de la adicción; y
- e. Una aparente falta de capacidad o disposición para emprender una acción consistente correctiva a pesar del reconocimiento de los problemas.

Los cambios cognitivos en la adicción pueden incluir:

- a. Preocupación por el consumo de sustancias;
- b. Evaluaciones alteradas de los beneficios y perjuicios relativos asociados a las drogas o a las conductas gratificantes; y
- c. La creencia inexacta de que los problemas experimentados en la vida son atribuibles a otras causas en lugar de ser una consecuencia predecible de la adicción.

Los cambios emocionales en la adicción pueden incluir:

- a. Aumento de la ansiedad, la disforia y el dolor emocional;
- b. Mayor sensibilidad a los factores estresantes, asociada a la activación de los sistemas cerebrales de estrés, de modo que "las cosas parecen más estresantes"; y

- c. Dificultad para identificar los sentimientos, distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales de la excitación emocional, y describir los sentimientos a otras personas (a veces denominada alexitimia).

Los aspectos emocionales de la adicción son bastante complejos. Algunas personas consumen alcohol u otras drogas o persiguen patológicamente otras recompensas porque buscan un "refuerzo positivo" o la creación de un estado emocional positivo ("euforia"). Otras persiguen el consumo de sustancias u otras recompensas porque han experimentado alivio de estados emocionales negativos ("disforia"), lo que constituye un "refuerzo negativo". Más allá de las experiencias iniciales de recompensa y alivio, existe un **estado emocional disfuncional** presente en la mayoría de los casos de adicción y que se asocia a la persistencia de la participación en conductas adictivas. El estado de adicción no es el mismo que el estado de intoxicación. Cuando alguien experimenta una intoxicación leve por el uso de alcohol u otras drogas, o cuando uno se involucra de forma no patológica en conductas potencialmente adictivas como la ludopatía o el comer, puede experimentar un "subidón", que se vive como un estado emocional "positivo" asociado a un aumento de la actividad de la dopamina y de los péptidos opioides en los circuitos de recompensa. Después de esta experiencia, se produce un rebote neuroquímico, en el que la función de recompensa no simplemente vuelve a la línea de base, sino que a menudo cae por debajo de los niveles originales. Esto no suele ser perceptible por el individuo de forma consciente, y no necesariamente se asocia a trastornos funcionales.

Con el tiempo, las experiencias repetidas de consumo de sustancias o conductas adictivas no se asocian a una actividad del circuito de recompensa cada vez mayor, y no son tan gratificantes desde el punto de vista subjetivo. Una vez que una persona experimenta la abstinencia del consumo de drogas o de conductas comparables, se produce una experiencia emocional ansiosa, agitada, disfórica y lábil, relacionada con la recompensa subóptima y la activación de los sistemas de estrés cerebral y hormonal, que se asocia a la abstinencia de prácticamente todas las clases farmacológicas de drogas adictivas. Mientras que la tolerancia se desarrolla respecto del "subidón", la tolerancia no se desarrolla respecto del "bajón" emocional asociado al ciclo de intoxicación y abstinencia. Así, en la adicción, las personas intentan repetidamente crear un "subidón", pero lo que experimentan la mayor parte del tiempo es un "bajón" cada vez más profundo. Mientras que cualquier persona puede "querer" "drogarse", los que padecen una adicción sienten la "necesidad" de consumir la sustancia adictiva o involucrarse en la conducta adictiva para intentar resolver su estado emocional disfórico o sus síntomas fisiológicos de abstinencia. Las personas con adicción consumen compulsivamente aunque no les haga sentir bien, y en algunos casos mucho después de que la búsqueda de "recompensas" no sea realmente placentera.⁵ Aunque las personas de cualquier cultura pueden elegir "drogarse" con una u otra actividad, es importante reconocer que la adicción no es únicamente una función de elección. En pocas palabras, la adicción no es una condición deseada.

Al tratarse de una enfermedad crónica, los períodos de recaída, que pueden interrumpir los períodos de remisión, son una característica común de la adicción. También es importante reconocer que volver a consumir de drogas o a una búsqueda patológica de recompensas no es inevitable.

Las intervenciones clínicas pueden ser bastante eficaces para alterar el curso de la

adicción. Una estrecha vigilancia de las conductas del individuo y la gestión de contingencias, que a veces incluyen consecuencias conductuales para las conductas de recaída, pueden contribuir a obtener resultados clínicos positivos. La participación en actividades de promoción de la salud que fomentan la responsabilidad personal y la rendición de cuentas, la conexión con los demás y el crecimiento personal también contribuyen a la recuperación. Es importante reconocer que la **adicción puede causar discapacidad o muerte prematura, especialmente cuando se deja sin tratar o se trata inadecuadamente.**

Las formas cualitativas en que el cerebro y el comportamiento responden a la exposición a las drogas y a la participación en conductas adictivas son diferentes en las últimas etapas de la adicción respecto de las primeras, lo que indica una progresión que puede no ser manifiestamente evidente. Como en el caso de otras enfermedades crónicas, la condición debe ser controlada y manejada a lo largo del tiempo para:

- a. Disminuir la frecuencia e intensidad de las recaídas;
- b. Mantener los períodos de remisión; y
- c. Optimizar el nivel de funcionamiento de la persona durante los períodos de remisión.

En algunos casos de adicción, la gestión de la medicación puede mejorar los resultados del tratamiento. En la mayoría de los casos de adicción, la integración de la rehabilitación psicosocial y de la atención continua con terapia farmacológica basada en la evidencia proporciona los mejores resultados. El manejo de la enfermedad crónica es importante para minimizar los episodios de recaída y su impacto. El tratamiento de la adicción salva vidas †

Los profesionales de la adicción y las personas en recuperación conocen la esperanza que se encuentra en la recuperación. La recuperación está disponible incluso para las personas que en un principio pueden no ser capaces de percibir esta esperanza, especialmente cuando el enfoque se centra en la vinculación de las consecuencias para la salud con la enfermedad de la adicción. **Como en el caso de otras condiciones de salud, la autogestión, con apoyo mutuo, es muy importante en la recuperación de la adicción.** El apoyo de los compañeros, como el que se encuentra en diversas actividades de "autoayuda", es beneficioso para optimizar el estado de salud y los resultados funcionales en la recuperación. ‡

La recuperación de la adicción se logra mejor mediante una combinación de autogestión, apoyo mutuo y atención profesional proporcionada por profesionales capacitados y certificados.

† Véase la Declaración de Política Pública de la ASAM sobre el **Treatment of Alcohol and Other Drug Addiction**, Adoptada: el 1 de mayo de 1980, Revisada: el 1 de enero de 2010

(<http://www.asam.org/1TREATMENT%204%20AOD%201-10.pdf>)

‡ véase la Declaración de Política Pública de la ASAM sobre **The Relationship**
15 de agosto de 2011

between Treatment and Self Help: A Joint Statement of the American Society of Addiction Medicine, the American Academy of Addiction Psychiatry, and the American Psychiatric Association, Adoptada: el 1 de diciembre de 1997

<http://www.asam.org/1TREATMENT%20AND%20SELF-HELP%20-%20JOINT%2012-972.pdf>

Notas explicativas:

1. La neurobiología de la recompensa es una ciencia que se conoce bien desde hace décadas, mientras que la neurobiología de la adicción aún se está explorando. La mayoría de los clínicos conocen las vías de la recompensa, que incluyen proyecciones desde el área tegmental ventral (VTA) del cerebro, a través del haz medial del prosencéfalo (MFB), y que terminan en el núcleo accumbens (Nuc Acc), en el que destacan las neuronas dopaminérgicas. La neurociencia actual reconoce que el neurocircuito de la recompensa también implica un rico circuito bidireccional que conecta el núcleo accumbens con el prosencéfalo basal. Es en el circuito de recompensa que se registra la recompensa, y donde las recompensas más fundamentales, como la comida, la hidratación, el sexo y la crianza ejercen una influencia fuerte y vital. El alcohol, la nicotina, otras drogas y conductas de juego patológico ejercen sus efectos iniciales actuando sobre el mismo circuito de recompensa que aparece en el cerebro para hacer que la comida y el sexo, por ejemplo, sean elementos profundamente reforzadores. Otros efectos, como la intoxicación y la euforia emocional que generan las recompensas, se derivan de la activación de los circuitos de recompensa. Mientras que la intoxicación y el síndrome de abstinencia se comprenden bien a través del estudio de los circuitos de recompensa, la comprensión de la adicción requiere entender una red más amplia de conexiones neuronales que implican tanto a las estructuras del prosencéfalo como a las del mesencéfalo. La selección de ciertas recompensas, la preocupación por ciertas recompensas, la respuesta a los desencadenantes para buscar ciertas recompensas, y los impulsos motivacionales para consumir alcohol y otras drogas o para buscar patológicamente otras recompensas, implican múltiples regiones cerebrales fuera del propio neurocircuito de recompensa.

2. Estos cinco rasgos no pretenden ser utilizados como "criterios de diagnóstico" para determinar si la adicción está presente o no. A pesar de que estos rasgos característicos están ampliamente presentes en la mayoría de los casos de adicción, independientemente de la farmacología del consumo de sustancias que se observa en la adicción o de la recompensa que se persigue patológicamente, pueden ser más o menos significativos en cada caso. El diagnóstico de la adicción requiere una evaluación integral biológica, psicológica, social y espiritual por parte de un profesional capacitado y certificado.

3. En este documento, el término "conductas adictivas" se refiere a los comportamientos que suelen ser gratificantes y que son una característica presente en muchos casos de adicción. La exposición a estos comportamientos, así como ocurre con la exposición a las drogas gratificantes, facilita el proceso de adicción y no lo causa. El estado de la anatomía y la fisiología del cerebro es la variable subyacente que causa la adicción de forma más directa. Por lo tanto, en este documento, el término "conductas adictivas" no se refiere a conductas disfuncionales o socialmente

desaprobadas, que pueden aparecer en muchos casos de adicción. Los comportamientos como la falta de honestidad, la violación de los valores propios o de los de los demás, los actos delictivos, etc., pueden ser un componente de la adicción; es mejor considerarlos como complicaciones que, más que contribuir a la adicción, resultan de ella.

4. La anatomía (los circuitos cerebrales implicados) y la fisiología (los neurotransmisores implicados) en estos tres modos de recaída (recaída desencadenada por la droga o la recompensa, la recaída desencadenada por las señales, o la recaída desencadenada por el estrés) se han delineado a través de la investigación neurocientífica.

La recaída desencadenada por la exposición a drogas adictivas/gratificantes, incluido el alcohol, implica al núcleo accumbens y al eje neural VTA-MFB-Nuc Acc (el "circuito de prominencia de incentivo" mesolímbico dopaminérgico del cerebro - véase la nota 2).

La recaída desencadenada por la recompensa también está mediada por los circuitos glutamatérgicos que se proyectan al núcleo accumbens desde el córtex frontal.

La recaída desencadenada por la exposición a señales condicionadas del entorno implica a los circuitos de glutamato, que se originan en el córtex frontal, la ínsula, el hipocampo y la amígdala, y que se proyectan a los circuitos mesolímbicos de prominencia de incentivos.

La recaída desencadenada por la exposición a experiencias estresantes implica a los circuitos cerebrales del estrés más allá del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales que es bien conocido como el núcleo del sistema endocrino del estrés. Dos de estos circuitos cerebrales de estrés desencadenan recaídas: uno se origina en el núcleo noradrenérgico A2 del área tegmental lateral del tronco cerebral y se proyecta hacia el hipotálamo, el núcleo accumbens, el córtex frontal y el núcleo del lecho de la estría terminal, y utiliza la norepinefrina como neurotransmisor. El segundo se origina en el núcleo central de la amígdala, se proyecta hacia el núcleo del lecho de la estría terminal y utiliza el factor liberador de corticotrofina (CRF) como neurotransmisor.

5. Así, la búsqueda patológica de la recompensa (mencionada en la versión corta de esta definición) presenta múltiples componentes. No es necesariamente la cantidad de exposición a la recompensa (por ejemplo, la dosis de una droga) o la frecuencia o duración de la exposición lo que es patológico. En la adicción, la búsqueda de recompensas persiste, a pesar de los problemas vitales que se acumulan debido a las conductas adictivas, incluso cuando la participación en las conductas deja de ser placentera. Del mismo modo, en las primeras etapas de la adicción, o incluso antes de que las manifestaciones externas de la adicción se hayan hecho evidentes, el uso de sustancias o la participación en conductas adictivas puede ser un intento de buscar alivio a la disforia; mientras que en las etapas posteriores de la enfermedad, la participación en conductas adictivas puede persistir a pesar de que el comportamiento ya no proporciona alivio.

Adoptado por el Consejo de Administración de ASAM, abril de 2011.

© Copyright 2011. American Society of Addiction Medicine, Inc. Todos los derechos reservados. Se autoriza la realización de copias digitales o impresas de esta obra para uso personal o en aula sin costo alguno, siempre que las copias no se realicen o distribuyan con fines comerciales, publicitarios o promocionales, y que las copias lleven este aviso y la cita completa en la primera página. La republicación, la reproducción sistemática, la colocación en forma electrónica en servidores, la redistribución a listas u otros usos de este material requieren un permiso específico previo por escrito o una licencia de la Sociedad. Las declaraciones de política pública de la ASAM normalmente pueden ser referenciadas en su totalidad, sin editar o parafrasear, y con el debido crédito a la Sociedad. La selección de extractos de cualquier declaración para cualquier propósito requiere el permiso específico por escrito de la Sociedad. Las declaraciones de política pública de la ASAM se revisan regularmente; por lo tanto, quienes deseen utilizar este documento deben asegurarse de que se trata de la posición más reciente de la ASAM sobre el tema tratado.

American Society of Addiction Medicine

4601 North Park Avenue • Upper Arcade Suite 101 • Chevy Chase, MD 20815-4520

TREAT ADDICTION • SAVE LIVES

TELÉFONO: (301) 656-3920 • FAX: (301) 656-3815 E-CORREO: EMAIL@ASAM.ORG • PÁGINA: [HTTP://WWW.ASAM.ORG](http://WWW.ASAM.ORG)