

# Innovación conceptual en adicciones. (Primera parte).

## Conceptual innovation in addictions. Part 1.

Martín Nizama Valladolid<sup>1,a;2,a;3,b;4,c;d,e</sup>

### RESUMEN

La adicción es una enfermedad familiar, cuyas principales características clínicas son: “maletín de doble fondo”, “paternidad maligna”, “infierno familiar” y disfunción familiar. El presente trabajo busca integrar conceptos actuales acerca de las adicciones y complementarlos a los correspondientes conocimientos convencionales vigentes. Se propone una definición holística de las adicciones, bajo una clasificación unificadora para las mismas: lúdicas, químicas, conectividad y sociales, luego se describe su etiología multicausal: ecológicas, socioeconómicas, culturales, familiares, psíquicas, biogenéticas, farmacológicas y neurobiológicas. Posteriormente se describe su fenomenología clínica, que involucra factores de desmotivación en el tratamiento (inconsciencia de enfermedad, carencia de voluntad) y sus diferentes estadios (premórbido, mórbido, desenlace funesto). También se describen la historia natural (experimental, habituación, dependencia, desenlace terminal), las manifestaciones psicosociales, evolución clínica y síndromes correspondientes.

PALABRAS CLAVE: Adicciones, innovación conceptual, fenómeno adictivo.

### SUMMARY

Addiction is a family disease, whose main clinical features are “double bottom briefcase”, “malignant fatherhood”, “Family Hell” and family dysfunction. This paper tries to integrate current concepts about addictions and complement the existing conventional ones. We propose a holistic definition of addiction, under a unifying classification for them: playful, chemical, connectivity and social, then we describe its multicausal etiology like ecological, socioeconomic, cultural, family, mental, biogenetic, pharmacological and neurobiological. Next clinical phenomenology, involving demotivating factors in treatment (unawareness of illness, lack of will) and its different stages (premorbid, morbid, fatal outcome) are described. Also we describe natural history (experimental, habituation, dependence, terminal end), psychosocial manifestations, clinical course and related syndromes associated.

KEY WORDS: Addictions, conceptual innovation, addictive phenomena.

<sup>1</sup> Departamento Académico de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>3</sup> DEIDAE de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Clínica Nizama. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Profesor Principal; <sup>b</sup>Asistente ; <sup>c</sup>Director ;

<sup>d</sup> Médico Psiquiatra, experto en Adicciones ; <sup>e</sup> Doctor en Medicina.

## INTRODUCCIÓN

Desde 1970, progresivamente, la enfermedad adictiva se ha constituido en una pandemia global; un problema social y de salud pública que afecta gravemente a todos los estamentos socioeconómicos, grupos etarios, a ambos géneros, etnias y culturas, tanto nacionales como mundiales. Es una enfermedad escotomizada y valorada como un simple vicio por la posmoderna y hedonista sociedad de consumo e incluso estigmatizada por ésta (1).

La aplicación de los conceptos convencionales vigentes relativos a las adicciones (CIE-10 y DSM-5), limita drásticamente la posibilidad de rehabilitación integral y masiva del adicto a largo plazo. Por el contrario, estos conocimientos de afronte reduccionista favorecen la cronificación de la enfermedad adictiva, la minimización o exclusión del rol de la familia en la génesis, sostenimiento y abordaje terapéutico, lo que conduce a la creencia errónea de su incurabilidad. Urge proponer intervenciones holísticas alternativas que viabilicen resultados evidentes, sostenibles, de impacto masivo y esperanzador para el adicto, la familia y la colectividad (1- 3).

A través de cuatro décadas de trabajo innovador e intenso con los pacientes adictos y sus afligidas familias, el autor ha realizado diversas investigaciones clínicas en el campo de las adicciones, que le permiten aportar algunos conocimientos clínicos nuevos a partir de una percepción holística del fenómeno adictivo, la misma que se complementa con los conocimientos convencionales pragmáticos (2).

### Clasificación de la adicción

La adicción es una enfermedad única y presenta cuatro tipos:

#### Química.

- a) *Sustancias legales*: alcohol, nicotina, psicofármacos, ketamina, cafeína.
- b) *Sustancias ilegales*: pasta básica de cocaína (PBC), cocaína, crack, marihuana, opio, heroína, éxtasis, gammahidroxibutirato (GHB), dietilamida de ácido lisérgico (LSD).

- c) *Sustancias industriales*: inhalables (solventes, pegamentos, combustibles). Ejemplo: *poppers* (5).
- d) *Sustancias folklóricas*: San Pedro, ayahuasca, floripondio.

**Conectiva**: videojuegos, redes sociales y navegación en Internet.

**Lúdica**: juego de apuestas o de azar: casinos, tragamonedas, máquinas chinas, bingo, hípica, billar.

**Social**: teleadicción, velocidad (vehículos), música estridente, trabajo, poder, pareja, sexo, dinero y actividades de alto riesgo.

### ETIOLOGÍA MULTICAUSAL (6)

Las causas de la adicción son múltiples, entre las principales:

**Ecológicas**: laboratorios clandestinos: “cocinas”, “fábricas”. Asimismo, nidos ecológicos adictógenos (NEA’s), v.gr.: “chupódromos”, “cocódromos”, “huecos”, “fumaderos”. Igualmente cabinas de Internet, casinos y tragamonedas, entre otros antros adictógenos.

**Socioeconómicas, culturales y geopolíticas**: penetración del narcotráfico en el ámbito económico, social, político y cultural de los países, generando presiones políticas, lobbies, manipulación mediática y reclutamiento de personalidades ajenas al conocimiento médico y científico de la enfermedad adictiva, para propiciar la legalización de más drogas con argumentación falaz, por ejemplo, lobbies internacionales que presionan en favor de la despenalización del consumo de marihuana con un formidable apoyo mediático, logístico y financiero. Así, en la actualidad existen los “narcopaíses” con narcotráfico, *narcomercado*, “narcoeconomía y narcoestado” (7).

**Familiares**: disfunción familiar, anomia, desamor, odio, coadicción, simbiosis, discomunicación, patrones de comportamiento libérrimo, amalgamiento, fragmentación, estilos de vida hedonistas y la desorganización familiar patológica.

**Desorganización familiar patológica:** la desorganización familiar aún no ha sido suficientemente operacionalizada ni conceptualizada; por ello, es necesario establecer una definición clara, de qué se entiende por desorganización familiar patológica.

Los estudios analizados resaltan la importancia de la familia, y de manera específica, del consumo de sustancias por parte de los padres, así como de la estructura familiar y la psicopatología del consumo de sustancias legales e ilegales de los hijos (8).

La familia del adicto, comúnmente accede a las primeras consultas mostrándose como una familia amalgamada, sin poseer una estructura funcional viable, siendo sus principales características la indisciplina (desaseo, desorden, descontrol, complacencia, libertinaje) y la ausencia de la autoridad paterna (crianza sin límites ni medidas correctivas para los hijos, sentimientos de culpa y doble vida de los padres).

**Psíquicas:** inmadurez extrema, odio a sí mismo y a los demás, soledad, orfandad, aflicción, vacuidad, banalidad, miedo, depresión, ansiedad, estrés, infelicidad y evasión (9).

**Biogénéticas:** hay consenso entre los autores al considerar el modelo multifactorial que explica de forma más adecuada el desarrollo de las adicciones. De manera que es la interacción entre lo genético y lo ambiental lo que daría lugar al trastorno. Teniendo los factores ambientales la influencia decisiva para el desarrollo de las adicciones y estimando que los factores genéticos contribuyen en el 40-60% en la vulnerabilidad; es decir los genes no son la causa de la enfermedad sino que confieren una susceptibilidad para el desarrollo de la misma (10,11).

**Farmacológicas:** diversos grados de potencialidad adictiva de las diferentes sustancias psicoactivas; principalmente, benzodiazepinas (12), analgésicos, anestésicos y anti parkinsonianos, v.gr. biperideno y trihexifenidil (13).

En relación a la multicausalidad, corroboran este marco etiológico Guajardo et al. quienes refieren que: *“Las corrientes conductuales han señalado la importancia del ambiente donde los estímulos actúan impactando la personalidad del individuo.*

*Desde esta perspectiva se ha mencionado que la disponibilidad de drogas, la influencia de los medios de comunicación, la presión del grupos de pares o disfunciones familiares son elementos que actúan presionando a la persona para generar el consumo de drogas” (14).*

En general, la exposición al estrés en la edad temprana de la vida, lo cual es común en la población general, se ha mostrado como predictor para una amplia gama de psicopatología, incluyendo a la adicción (15,16).

**Neurobiológicas:** las adicciones son una enfermedad neurobiológica con base en el circuito de recompensa autogratificante, localizada en el sistema mesocorticolímbico dopaminérgico del sistema nervioso central (constituido principalmente por el locus coeruleus, el núcleo accumbens, el área tegmental ventral y el bulbo olfatorio) (17). La activación de este sistema y en particular de las áreas tegmental ventral, núcleo accumbens, amígdala y corteza prefrontal a través de las vías dopaminérgicas y glutamatérgicas, constituye una vía común en las cuales diversas drogas de abuso median sus efectos de refuerzo (18, 19).

También, se ha establecido que los neurotransmisores cerebrales, noradrenalina, serotonina, GABA, endorfinas y la dopamina, al igual que los neuroreceptores D1, D2 y D3 (20), son los responsables neuroquímicos de la sensación hedonística irrefrenable que esclaviza al adicto a rituales de los cuales no se puede liberar por sí mismo (21).

Las adicciones sean químicas, lúdicas, conectivas y sociales causan neurodegeneración (22) y trastornos de los circuitos neuronales principalmente del lóbulo prefrontal (23), motivo por el cual se deteriora el comando racional y ético del comportamiento; igualmente causan pérdida del control inhibitorio de los impulsos agresivos y tanáticos procedentes de la subcorteza (antiguamente denominados cerebro reptil y cerebro mamífero) (24).

Existen estudios por imágenes que proporcionan evidencia de la implicancia de la corteza frontal en los diferentes aspectos relacionados a la adicción a las drogas, los cuales explican el fortalecimiento

de las respuestas a dichas sustancias durante la intoxicación, su activación durante el ansia y su desactivación durante la retirada. La participación de la corteza frontal a lo largo de estas fases cíclicas de la adicción probablemente juega un papel importante en los cambios emocionales y de comportamientos cognitivos que perpetúen la autoadministración de drogas y que se destacan en el modelo neurobiológico denominado I-RISA (*Impaired Response Inhibition and Salience Attribution*) (25), enfocado en la corteza orbitofrontal que es la que le da el valor a un reforzador y en la corteza del cíngulo, encargada de la inhibición de las conductas de deseo. Igualmente, la amígdala es crucial en la generación del componente emotivo. Este modelo aborda básicamente la polaridad entre el valor de un reforzador y la habilidad de inhibir la conducta.

## FENOMENOLOGÍA CLÍNICA

El campo de las adicciones no sólo comprende aspectos como la neuroadaptación, *el craving*, la tolerancia, la biodependencia, el síndrome de abstinencia, los rituales autogratificantes irrefrenables, la recidiva, el *flashback* o la codependencia (26). Las adicciones, sea cual fuere su tipo, presentan una vasta fenomenología clínica común que a continuación se describe de manera sucinta:

- *Inconsciencia de enfermedad*: el adicto no se siente enfermo; no obstante la evidencia clínica de su incapacidad para abstenerse y de contenerse; además del síndrome de abstinencia y del deterioro psicorgánico cerebral que presenta. El adicto comprende que lo que hace es incorrecto, pero al no sentir dolor ni malestar no se siente enfermo, solo disfruta la experiencia placentera que le ocasiona su adicción. Secuencialmente, primero niega su adicción enmascarándola; enseguida cuando ésta ya es inocultable, la minimiza, refiriendo que sólo es un “*vicio pasajero*” que él puede controlar o cesar cuando se lo proponga, considerándose a sí mismo solamente un usuario “*social*”. Luego, despliega su conducta adictiva con el mayor desparpajo, justificándose que es su vida y que “*todo el mundo lo hace*”. Finalmente, puede acabar en la discapacidad psicosocial, pandillaje, barras bravas, prisión, abandono de sí mismo (“*zombi*”), degradado (“*muerto viviente*”), en el refugio de los adictos terminales (“*cementerio de los vivos*”) o en la muerte.

Esto se podría explicar debido a una baja percepción y pobre conciencia de enfermedad en el individuo adicto a las drogas debido a una disfunción neuronal subyacente en las regiones cerebrales que modulan la interocepción, monitoreo del comportamiento, auto-evaluación y la formación de hábitos. Sin embargo, la evidencia empírica directa de dicho deterioro en la adicción a las drogas es aún escasa (27).

- *Carencia de voluntad*: el adicto carece de voluntad suficiente para controlar o cesar su hedonismo compulsivo. De manera solemne y reiterativa promete que cesará por sí mismo la conducta adictiva, reincidiendo una y otra vez en lo mismo: muchos investigadores creen que los cambios patológicos en el sistema dopaminérgico del cerebro medio son fundamentales para estar y permanecer en la condición de adicto (28). Progresivamente, la adicción lo degrada de manera implacable, convirtiéndolo en un ente carente de autonomía personal. Entonces, se convierte en el “*esclavo feliz*” y él mismo denomina esta condición mórbida como su prisión imaginaria (“*cárcel sin rejas*”) o simplemente “*un vicio*” (29).

- *Oposición al tratamiento*: debido a su inconsciencia de enfermedad, el adicto comúnmente muestra desmotivación o rechaza la ayuda terapéutica; en muchos casos simula aceptarla o la boicotea en forma abierta hasta que finalmente deserta del tratamiento profesional o de la “ayuda” empírica (30). En otras ocasiones, para aplacar la presión familiar, comienza simulando aceptar el tratamiento para luego discontinuarlo, invocando pretextos pueriles e inverosímiles. Por estas razones clínicas, transitoriamente no está en la capacidad de firmar el Consentimiento Informado de su tratamiento, debiendo la familia hacerlo por él para protegerlo de un inexorable desenlace funesto, autodestructivo y heterodestructivo. En este último caso, algunas veces el paciente psicopatizado suele denunciar a la familia y al médico tratante, acusándolos de secuestro y violación de sus derechos humanos, convirtiéndose este paciente en un enfermo curable pero inayudable y en un peligro para sí mismo, la familia y la comunidad.

- *Insensibilidad*: en estadios avanzados de la enfermedad el adicto de manera insidiosa y progresiva pierde sus sentimientos, principios y

valores esenciales convirtiéndose en una persona deshumanizada. Entonces carece de empatía, sensibilidad y de compasión, mostrándose incapaz de amar, experimentar gratitud y sentir respeto por sus semejantes (31). Finalmente, depravado y pérfido, se conduce con ferocidad e impiedad, llegando a la degradación extrema (*estado bestia*), capaz de cometer homicidios crueles y abominables.

- *Doble vida*: doble patrón de vida, una de apariencias con su familia y entorno social sano y otra oculta, hedonista y autodestructiva compartida con un entorno amical pernicioso. Se las ingenia para llevar este doble estándar de comportamiento sin que su familia se percate.

- *Conducta disocial*: la conducta social del adicto se trastorna debido a la progresiva pérdida de valores ético morales, la misma que se expresa en una conducta anética caracterizada por mendacidad, manipulación, simulación y maquinación, así como el cinismo, el chantaje, la agresividad y las actitudes homicidas que lo convierten en una persona sumamente peligrosa para sí misma, su familia y el entorno social. Esta es la psicopatización (32).

- *Rol de víctima*: el adicto siempre responsabiliza o culpa a otros (victimizándose) de toda su tragedia personal, demostrando incapacidad para la reflexión, la autocrítica y el *insight*: “pobrecito yo”.

- *Estulticia*: la performance cognitiva de este enfermo es ilógica y contradictoria. No presenta psicosis, excepto en la situación de severa intoxicación aguda o crónica; sin embargo su comportamiento es obcecado, irreflexivo, desordenado, perturbador y recurrente en grado sumo. *Stricto sensu* no pierde el juicio de la realidad pero actúa como si careciera de ello. Actúa sintiéndose dueño de la razón para todo efecto, mostrándose incapaz de ejercer la más mínima autocrítica.

- *Intolerancia*: no acepta ideas distintas a las suyas. Anticipadamente las descalifica con soberbia e intemperancia. Irreductiblemente se aferra a la sinrazón, enfureciéndose cuando se le contradice.

- *Irritabilidad*: se exaspera fácilmente mostrándose hiperreactivo e intratable. Reacciona en forma explosiva y desproporcionada. Vocifera e intimida a sus familiares.

- *Agresividad*: de manera inmotivada ataca a los demás en forma actitudinal, verbal o física. Se muestra irascible, hostil y procaz y negándolo con desparpajo.

- *Actitud paradójica*: el adicto es un enfermo contradictorio por antonomasia. Encontrándose evidentemente enfermo, se siente incommoviblemente la persona más sana y fuerte. Se irrita, encoleriza y reacciona con violencia cuando se le insinúa que está enfermo. “*Yo estoy bien, ustedes están locos*”, afirma sin escrúpulos.

- *Autoendiosamiento*: el adicto se cree muy hábil, genial, único, especial, intocable y como tal asume el rol de omnisciente, omnipotente e invencible. Su soberbia y narcisismo son ilimitados: “*Si estás conmigo estás con Dios*”, “*Dios es un pata más, es mi chupe*”, “*tócame que soy realidad*”, son algunas de sus expresiones estultas.

- *Autodestructividad*: el adicto se destruye progresivamente a sí mismo (33). Inconscientemente cae en la autoeliminación placentera y lo hace a cuenta gotas. De este modo destruye en forma implacable los siete componentes esenciales de su unidad existencial: imagen, futuro, familia, personalidad, espiritualidad, salud y vida. Algunos adictos lo han descrito como “*suicidio dulce*”, “*suicidio alegre*” o “*suicidio a cuenta gotas*”.

- *Comorbilidad*: Presencia concomitante de otras patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones; por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno alimentario compulsivo, ansiedad o trastornos de la personalidad, entre otros (34). Si se consideran los trastornos de personalidad, el cien por ciento de los adictos presentan patología psiquiátrica asociada (35).

También se le denominada patología dual. Es así que Casadio et al. evaluaron a 320 pacientes adictos, y encontraron que 62% de ellos presentaba comorbilidad del Eje II; también concluyeron que esta asociación conlleva efectos sustanciales en el funcionamiento social y ocupacional, así como en los programas de tratamiento (36).

Además, estos pacientes con comorbilidad conforman un grupo de riesgo desde una visión social y clínica, ya que frecuentan en mayor medida

los servicios hospitalarios (37) y tienen mayores tasas de suicidio (38). Desde el punto de vista social son pacientes con mayor carga de conflictos a nivel laboral, judicial y de inserción social (39).

## ESTADIOS DE LA ADICCIÓN

La enfermedad adictiva presenta tres estadios: premórbido, mórbido y desenlace funesto.

**Premórbido** (Pre-patogénico): en el ámbito externo, comprende el entorno social hedonista e inductor de la conducta adictiva y la disfunción familiar sostenida, manifiesta o encubierta. En su interioridad, la persona vulnerable presenta: desamor, aflicción, orfandad, minusvalía, intolerancia a la frustración, vacuidad, soledad, infelicidad y angustia. Por ello, los factores condicionantes son: hedonismo, banalidad, carencia de valores, saciamiento, materialidad, consumismo irracional e inmadurez de la personalidad.

**Mórbido** (Patogénico): el enfermo permanentemente se encuentra en búsqueda de la felicidad artificial mediante las conductas adictivas, presentando la fenomenología clínica ya descrita. Asimismo, en la familia del adicto siempre se encuentra algún grado de psicopatología familiar, al inicio enmascarada, luego manifiesta y finalmente insufrible (“infierno familiar”) (40).

**Desenlace funesto**: las consecuencias de no enfrentar en forma oportuna y con determinación la enfermedad adictiva suelen ser: desintegración familiar, ruina de la personalidad, ruina económica, marginalidad, exclusión social, criminalidad, discapacidad y muerte. En esta etapa de apocalipsis familiar se detecta la presencia de algunas *familias inayudables* (que no aceptan ser ayudadas, incluso con los mejores programas terapéuticos especializados) (41).

## Historia natural de la enfermedad.

Solo una proporción mínima que no excede del tres por ciento de la población adicta presenta remisión espontánea. En la mayor proporción, la historia natural de la enfermedad adictiva cursa por las siguientes etapas:

1. *Experimental*: inicio del proceso hedonista.
2. *Habitación*: acostumbramiento perjudicial.

3. *Dependencia*: adicción biológica, psicopatización, psicosis tóxica y deterioro somático.
4. *Desenlace terminal*: anomia social, abandono de sí mismo, *estado bestia* y occisión (42).

## Evolución clínica

La evolución clínica de las adicciones cursa progresivamente a través de las siguientes etapas:

1. *Enmascarada*: adicción oculta, “doble vida”.
2. *Leve*: mendacidad, irritabilidad, impulsividad, intolerancia, simulación.
3. *Moderada*: agresividad, violencia, victimización.
4. *Avanzada*: soberbia, narcisismo, autoendiosamiento, estulticia, conducta delictiva.
5. *Grave*: consumo compulsivo diario, autoabandono, degradación, decrepitud.
6. *Terminal*: deshumanización, *estado bestia*, criminalidad, homicidios.

## Síndromes clínicos

Las adicciones presentan los síndromes clínicos que a continuación se mencionan: apetencia (*craving*), abstinencia, tolerancia, inconsciencia de enfermedad, pérdida de la voluntad, rechazo al tratamiento, psicopatización, deterioro somático y psicosis tóxica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoyo/suporte como estrategia de cuidado: importancia para familiares de usuarios de drogas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):102-108.
2. Nizama-Valladolid M. El Fenómeno Adictivo. *Rev Neuropsiquiatr.* 1999;62:51-79.
3. Marcos J, Garrido M. La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología.* 2009; 27: 339-362.
4. Leeman RF, Potenza MN. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology.* 2012; 219(2):469-490.
5. Johnston LI, O'Malley P, Bachman J, Schulenberg J, Miech R. Monitoring future national survey results on drug use 1975-2013. Michigan: The National Institute on Drug Abuse, The National Institutes of Health. 2013; .p. 85 (Citado el 2 de setiembre del

- 2014) Disponible en: [http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-vol1\\_2013.pdf](http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-vol1_2013.pdf)
6. Codey R. The high cost of addiction. Australia: RAAFsafe Magazine 2011 – 0411, The Joint Health Command Mission. (Citado el 20 de junio del 2014). Disponible en: [http://www.defence.gov.au/health/Health-e-checkup/Health\\_Tips/RAAFSafe\\_411\\_Addiction.pdf](http://www.defence.gov.au/health/Health-e-checkup/Health_Tips/RAAFSafe_411_Addiction.pdf)
  7. Kaplan M. Tráfico de Drogas, Soberanía Estatal y Seguridad Nacional en América Latina. *El Cotidiano*. 1995; 12(51):98-110.
  8. Becoña E, Martínez U, Calafat A, et al. ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos?: Una revisión. *Adicciones*. 2012; 24(3): 253-268.
  9. Páramo M. Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1): 85-95.
  10. Camí J, Farré M. Drug addiction. *N Engl J Med*. 2003; 349:975-986.
  11. Ibáñez A. Genética de las adicciones. *Adicciones*. 2008; 20(2): 103-109.
  12. Rosas I, Simon K. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Ment*. 2013;36(4): 325-329.
  13. Fiestas L, Tomateo T. Adicción a biperideno y síndrome anticolinérgico: A propósito de un caso. *Rev Neuropsiquiatr*. 2011; 74 (3):274-278.
  14. Guajardo H, Kushner D. *Mayéutica. Manual Terapéutico*. 1ra ed. Santiago de Chile: Editorial de la Universidad de Santiago de Chile; 2004.
  15. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*. 2011; 214 (1): 17-31.
  16. Moeller F. Sex, stress, and drug cues in addiction. *Am J Psychiatry*. 2012; 1694: 351-353.
  17. Karim R, Chaudhri P. Behavioral addictions: an overview. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2012;44(1):5–17.
  18. Feltstein M, See R. The neurocircuitry of addiction: an overview. *Br J Pharmacol*. 2008; 154(2): 261–274.
  19. Dobi A, Margolis EB, Wang HL, Harvey BK, Morales M. Glutamatergic and nonglutamatergic neurons of the ventral tegmental area establish local synaptic contacts with dopaminergic and nondopaminergic neurons. *J Neurosci*. 2010; 30: 218-229.
  20. Hauck A, Blaylock B. Discovery for Addiction: Translating the Dopamine D3 Receptor Hypothesis. *Biochem Pharmacol*. 2012; 84(7): 10.
  21. Pedrero E, JM Sánchez, Verdejo A, Llanero M, Ambrosio E. *Neurociencia y Adicción*. Madrid: Sociedad Española De Toxicomanías; 2011.
  22. Crews F, Boettiger C. Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behav*. 2009;93(3):237-47.
  23. George O, Mandyam CD, Wee S, Koob GF. Extended access to cocaine self-administration produces long-lasting prefrontal cortex-dependent working memory impairments. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(10):2474-82.
  24. Li CS, Sinha R. Inhibitory control and emotional stress regulation: neuroimaging evidence for frontal- limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neurosci & Biobehav Rev*. 2008; 32(3): 581-97.
  25. Goldstein R, Volkow N. Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *Am J Psychiatry*. 2002 159(10): 1642-1652.
  26. Sinnott-Armstrong W, Pickard H. What is addiction?. En: Fulford KW, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler J, Stanghellini G, Thornton T. (Editores). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. London: Ed. William Fulford; 2013.
  27. Goldstein RZ, Craig AD, Bechara A, Garavan H, Childress AR. The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci*. 2009;13:372–80.
  28. Levy N. Addiction as a disorder of belief. *Biol Philos*. 2014; 29: 337-355.
  29. Noël X, Brevers D, Bechara A. A Triadic Neurocognitive Approach to Addiction for Clinical Interventions. *Front Psychiatry*. 2013; 4: 179.
  30. López C. La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Ter Psicol*. 2009;27(1).
  31. Fernández-Serrano M, Lozano O, Pérez-García M, Verdejo-García A. Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug Alcohol Depend*. 2010;109(1-3):57-64.
  32. Schutter DJ, van Bokhoven I, Vanderschuren LJ, Lochman JE. Risky decision making in substance dependent adolescents with a disruptive behavior disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(3):333–339.
  33. Levy N. Addiction and compulsion. In: O'Connor T, Sandis C, editors. *A companion to the philosophy of action*. Oxford, UK: Blackwell; 2011. p. 267–273.
  34. Jiménez J, Chero E. Comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizán. *Rev. Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*. 2011; 1(2):31-40.
  35. Ortiz-M, Cancino C, Cobos S. Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*. 2011;23(3): 189-197.
  36. Casadio P, Olivoni D, Ferrari B, et al. Personality disorders in addiction outpatients: prevalence and effects on psychosocial functioning. *Subst Abuse*. 2014;8:17-24.
  37. Araos P, Vergara-Moragues E, Pedraz M, et al. Comorbilidad psicopatológica en consumidores

- de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*. 2014;26(1):15-26.
38. Fiedler KK, Kim N, Kondo D G, Renshaw PF. Cocaine use in the past year is associated with altitude of residence. *J of Addict Med* 2012; 6: 166-71.
39. Karila L, Zarmdini R, Petit A, Lafaye G, Lowenstein W, Reynaud M. Addiction à la cocaïne : données actuelles pour le clinicien. *La Presse Médicale*. 2014; 43(1): 9-17.
40. Calleja N, Pick S, Reidl L, Gonzalez-Forteza L. Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Ment*. 2010;33(5):419-427.
41. Valverde L, Pochet J. Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*. 2003; 1(99): 45-55.
42. Álvarez M, Cuervo M, Espinal M, Castaño J. Diagnósticos de enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación de Medellín 2006. *SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 2008;4(1).

Recibido: 05/06/2014 Aceptado: 16/03/2015
--