

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Prof. Dr. Guillermo Dorado

Médico Psiquiatra

Presidente de la Asociación de Psicofarmacología y Neurociencias de la Argentina (APNA)

Secretario del Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencias (CAPyN)

Profesor Adjunto Master en Drogodependencias Universidad del Salvador

Prof. Visitante, Universidad Cayetano Heredia, Lima-Perú

Prof. Invitado, Universidad Católica San Pablo, Sta. Cruz de la Sierra-Bolivia

Magister en Psiconeurofarmacología, Universidad Favaloro

Miembro del Capítulo de Psiquiatría Biológica de APSA

Director Médico GENS Centro Terapéutico

williamgolden61@hotmail.com

Buenos Aires - Argentina

Buenos Aires, 08 de Septiembre de 2012



Lunes 26, Abril 2010 CLARIN.COM

Aumento en el consumo de paco

El paco se presenta como una de las más graves manifestaciones de la amenaza de la drogadicción, porque tiene un costo menor que otras drogas y porque causa daños mas profundos e irreparables. Además, en muchas ocasiones, jóvenes dependientes del paco comenten delitos para conseguir dinero para la droga.

Un informe del Observatorio de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires señala que, en cuatro grandes hospitales porteños se ha detectado un fuerte aumento en el número de personas atendidas que consumieron drogas y, en mayor medida, paco.

Se trata de una cuestión de orden sanitario y de seguridad que causa grandes daños personales y familiares y también al sistema de salud. En los últimos años autoridades sanitarias, expertos y madres de hijos adictos a la droga han reclamado, sin demasiado éxito, políticas más amplias sobre el problema, especialmente de prevención entre los jóvenes.

Según un informe hospitalario, el consumo de droga -sobre todo, paco- de los atendidos va en aumento. Es necesaria una política más amplia sobre el tema, especialmente en materia preventiva.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.

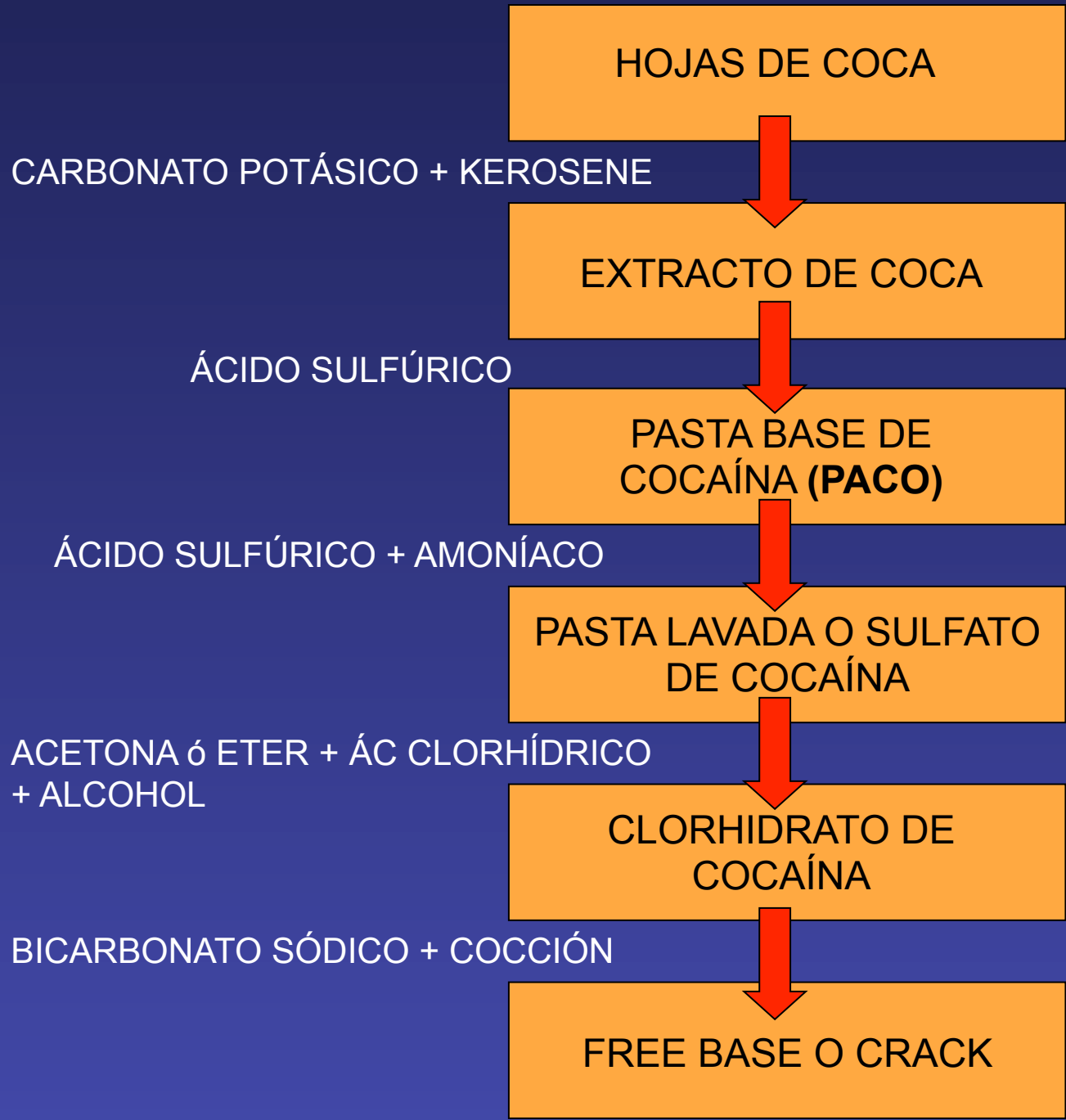
Domingo 18, Abril 2010 CLARIN.COM

Cómo funciona el mayor centro de venta de drogas

QUEDA EN LA ZONA DEL BAJO FLORES, DONDE EL DOMINGO PASADO MATARON A UN ESTUDIANTE DE FILOSOFIA

villa 1-11-14 (del Bajo Flores)

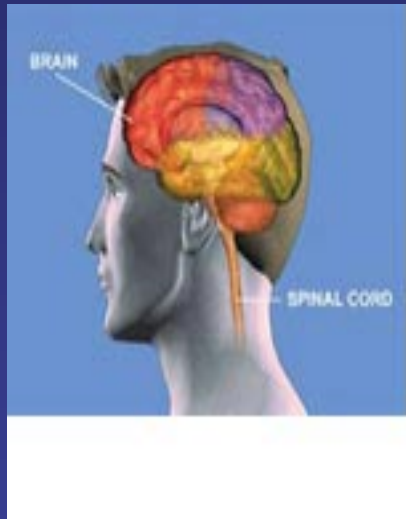
Clarín recorrió el asentamiento adonde van a comprar desde consumidores de clase media hasta "paqueros". Allí los narcos peruanos tienen tres kioscos por cuadra y los vigilan con cámaras de video.



PACO
PASTA
BAZUCO
BASE
LATA



COCAÍNA: VÍAS DE ADMINISTRACIÓN



ORAL
20'

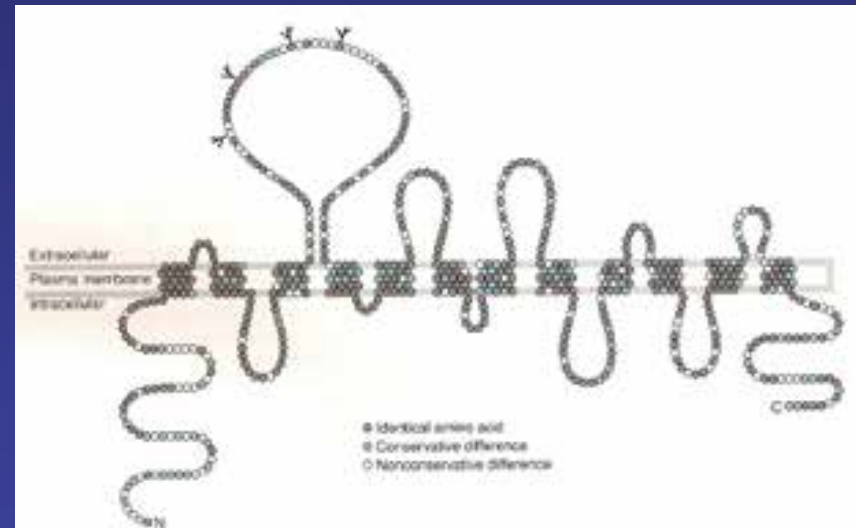
INHALADA
3-5'

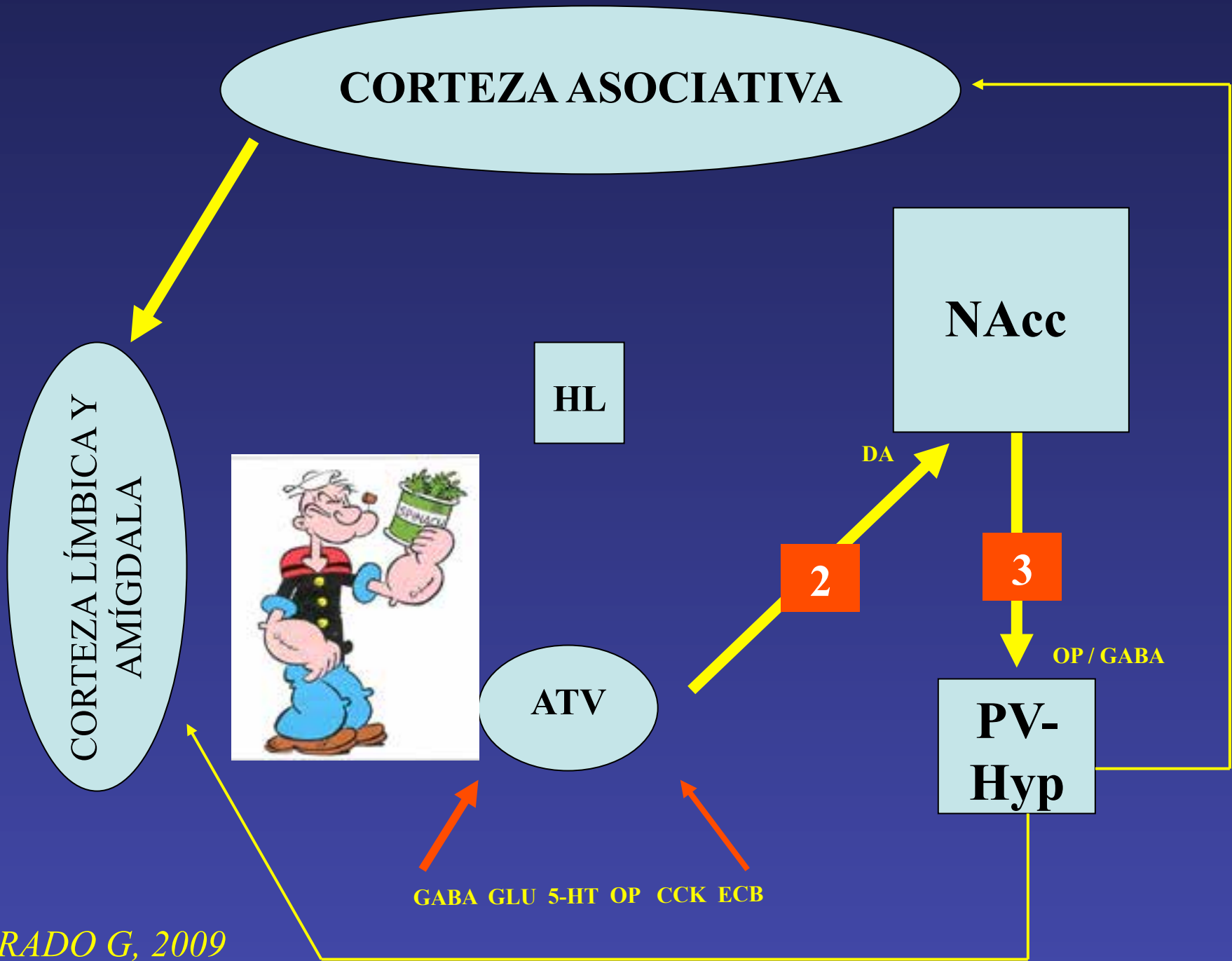
INTRAVENOSA
14"

FUMADA
6-8"

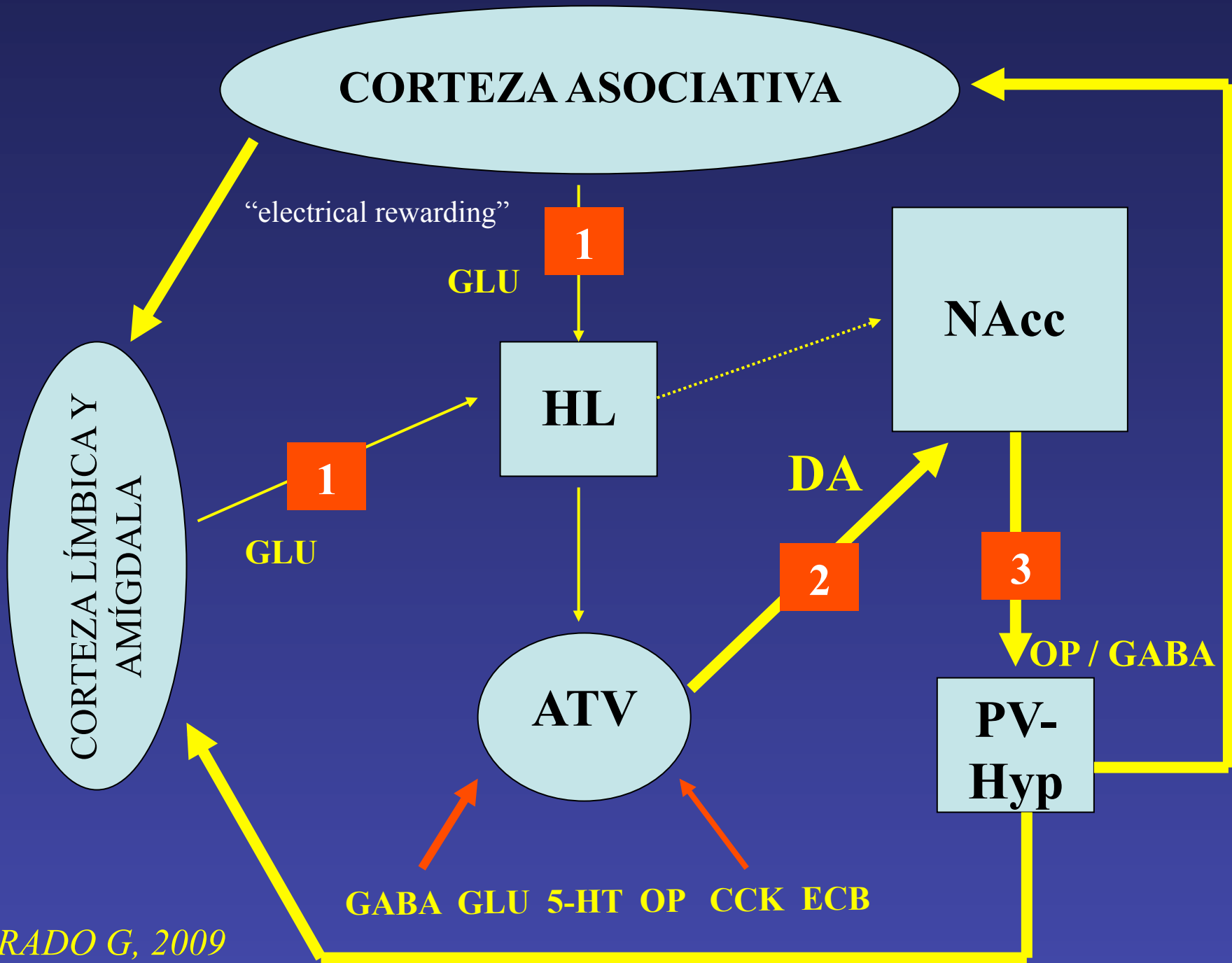
COCAÍNA: MECANISMO DE ACCIÓN

- Inhibición de la recaptación de monoaminas (DAT, NAT, 5-HTT) por bloqueo competitivo
- Estrategias de “inmunización” (vacuna anti-cocaína, Fox B. et als., 1999)

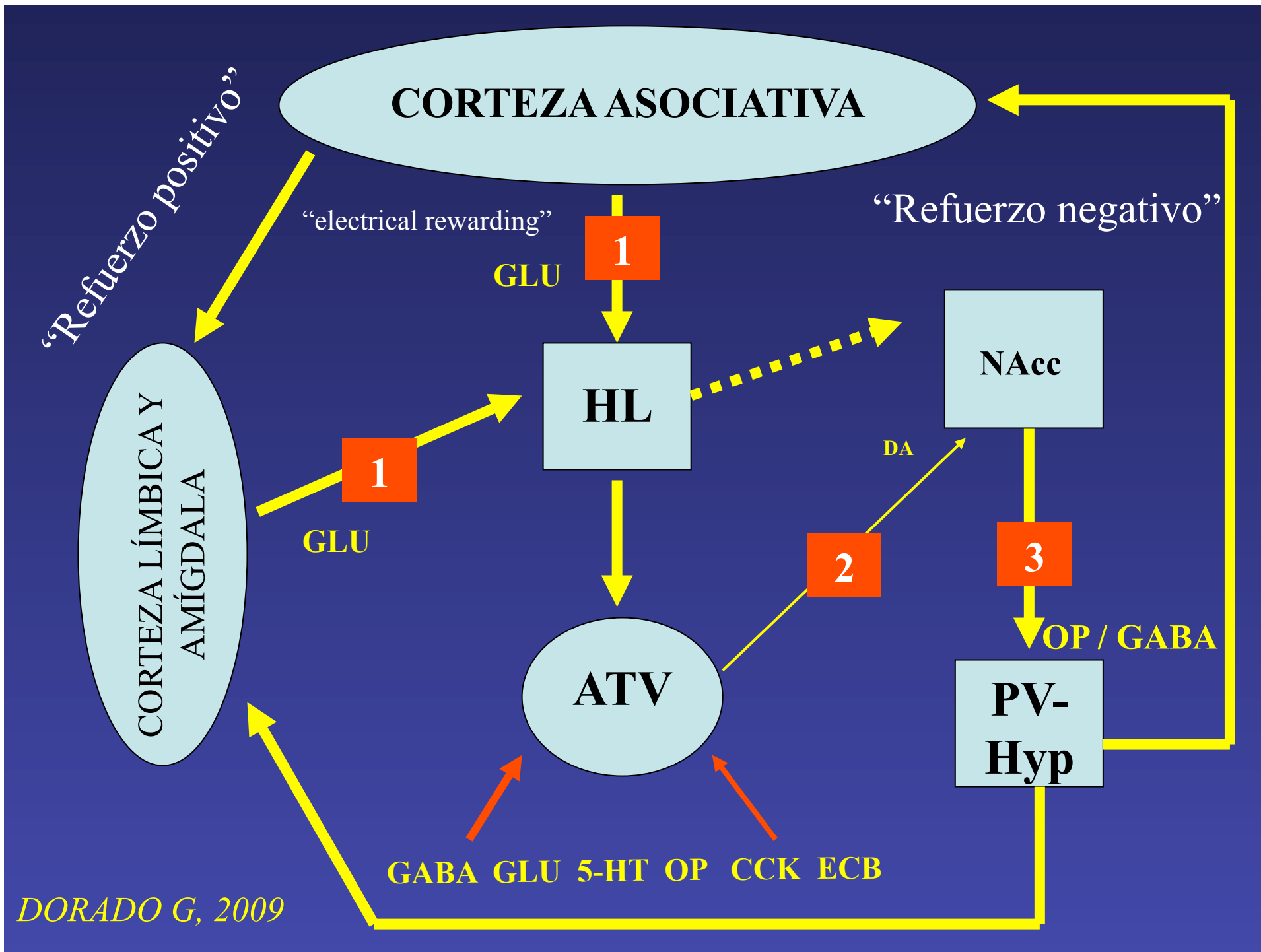




DORADO G, 2009



DORADO G, 2009



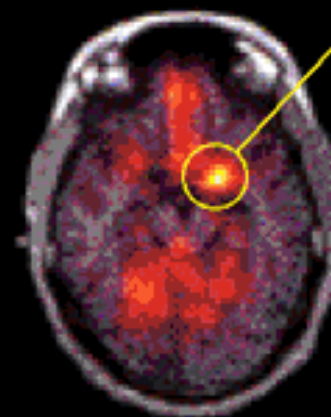
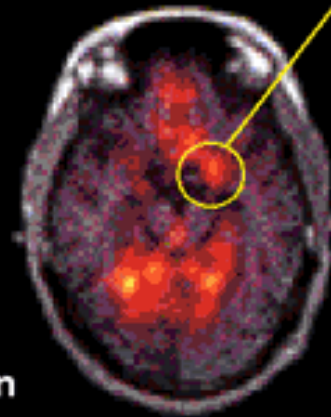
RMN FUNCIONAL

Front of Brain

Amygdala
not lit up

Amygdala
activated

Back of Brain



Nature Video

Cocaine Video

LAS ADICCIONES COMO SÍNDROME DISEJECUTIVO FRONTAL

- El desarrollo de la enfermedad adictiva implica *cambios en el funcionamiento cerebral*, con compromiso variable de estructuras frontales (“Encefalopatía Cocaínica”, E. Kalina, 2006)
- Estos cambios llevan frecuentemente a diferentes manifestaciones clínicas, pasibles de confundir diagnósticos en comorbilidad
- Estas manifestaciones clínicas corresponden a distintos *Estadíos de la enfermedad adictiva*, la que librada a su evolución natural presentará cuadros psicopatológicos polimorfos y variados en Eje I
- Sólo debieran diagnosticarse Trastornos de Personalidad comórbidos cuando éstos preexistían al desarrollo de la adicción
- Muchos síntomas cognitivo-conductuales inherentes a la adicción pueden revertir con una buena evolución, pero debe considerarse a la *Adicción como condición crónica e irreversible*, por lo que su tratamiento debe necesariamente acompañar los diferentes estadíos de la enfermedad.

DORADO G, 2008

LAS ADICCIONES COMO SÍNDROME DISEJECUTIVO FRONTAL: Correlato clínico-anatómico

Impacto Frontal	Presentación Clínica
ORBITOBASAL	Desinhibido, impulsivo, Confabulador, antisocial
DORSO LATERAL	Pobre atención, pobre memoria de trabajo, pobre organización, y planeamiento
MEDIAL FRONTAL	Apatía, depresión

ESTADIOS DE LA ENCEFALOPATÍA POR COCAÍNA



- 1) Sin alteraciones volitivas. Comienzo de cambios neuroplásticos**
- 2) Predominio de impacto en esfera volitiva. Alteraciones en neuroimágenes. Comorbilidad con TDM. Equivalentes psicóticos (irritabilidad, desconfianza, susceptibilidad, intereses exóticos)**
- 3) Aparición de síntomas psicóticos positivos**

DORADO G, 2007

EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ADICCIÓN A COCAÍNA (JERÍ, 1984)

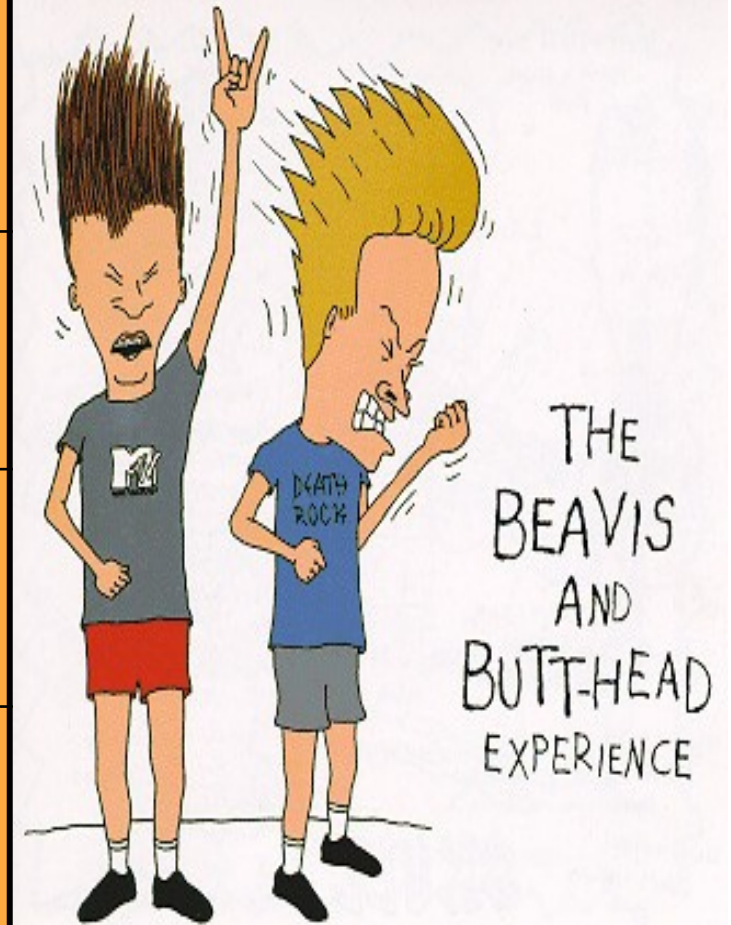


- Consumo ininterrumpido buscando evitar la disforia
- Irritabilidad/ Impulsividad
- Dificultad para lograr anticipación (compromiso frontal)
- Delirios y alucinaciones
- Pérdida de control de conductas instintivas



Uso de cualquier forma de cocaína por estudiantes, 2004: Estudio de Observación del Futuro*

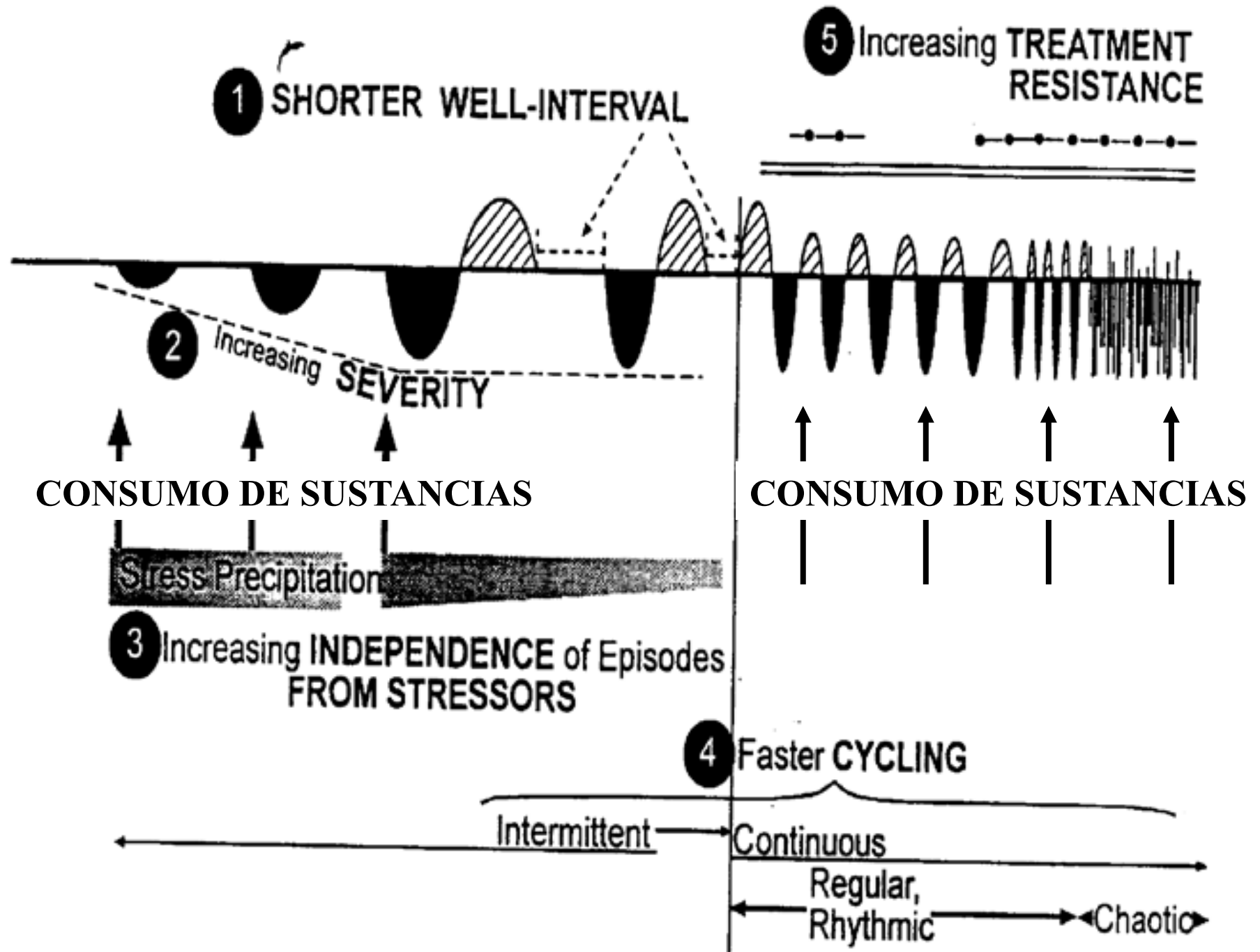
	Estudiantes del 8º grado	Estudiantes del 10º grado	Estudiantes del 12º grado
En la vida	3.4%	5.4%	8.1%
Anual	2.0%	3.7%	5.3%
30 días	0.9%	1.7%	2.3%



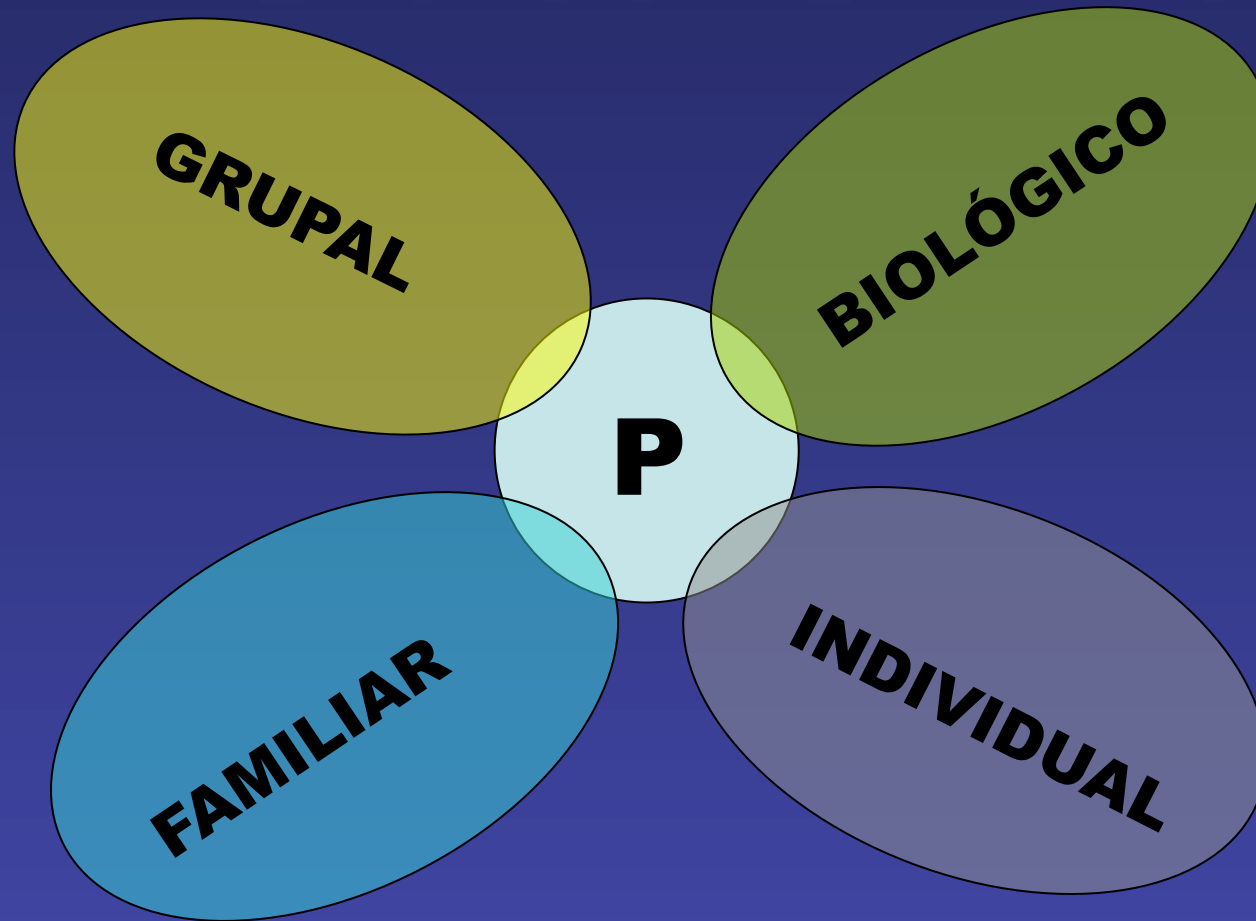
*Pérez J. Drogas ilegales en Chile: los fundamentos de un pseudo-problema. Rev Psiquiatr 2001; 18: 41-48

BIPOLARIDAD Y ADICCIONES

- IMPORTANTE COMORBILIDAD DE BIPOLARIDAD EN ADICTOS
- IMPORTANTE COMORBILIDAD DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN BIPOLARES
- LA ADICCIÓN COMO MODELO DE NEUROSENSIBILIZACIÓN AL ESPECTRO BIPOLAR (**Factor Epigenético**)



TRATAMIENTO: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO



EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA: OBJETIVOS

- ➔ Descripción válida del estado cognitivo del paciente.
- ➔ Identificación de déficit específicos
- ➔ Identificación de las funciones cognitivas conservadas
- ➔ Rehabilitación: planificación de responsabilidades progresivas (Comunidad Terapéutica)
Determinar la habilidad del paciente para cuidarse a sí mismo, la habilidad para manejar sus finanzas, etc
- ➔ Asistirlo a planificar el retorno al trabajo o al estudio.

¿QUÉ FUNCIONES DEBEN EVALUARSE?

**FUNCIONES
EJECUTIVAS**

MEMORIA

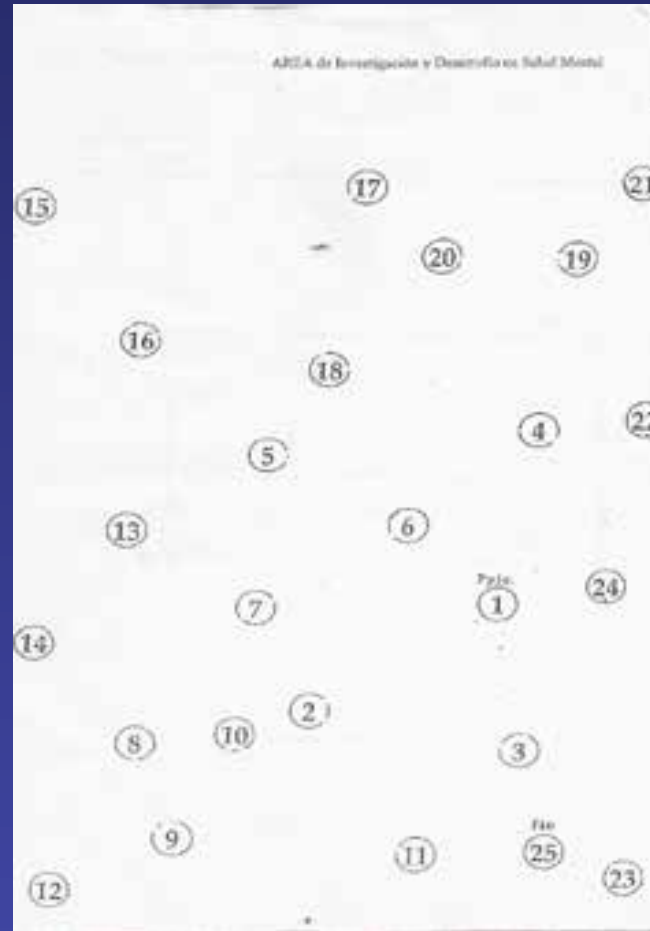
ATENCIÓN

**FUNCIONES
VISUOESPACIALES**

LENGUAJE

ATENCIÓN

- ✓ La atención supone una orientación - concentración hacia una tarea y la inhibición de actividades competidoras.
- ✓ Serie de sustracción de 7
- ✓ Repetición de dígitos
- ✓ Trail Making A



LENGUAJE

Es la capacidad para emplear palabras combinadas en frases para transmitir conceptos a otras personas.

- Boston Naming Test
- Token Test (Comprensión)
 - Fluencia verbal :almacenamiento semántico, habilidad para recuperar información
 - TFVs: animales en un minuto: semántica
palabras con letra p: fonológica
- Capacidad de vocabulario (WAIS)
- Test de la Pirámide y la Palmera

FUNCIONES EJECUTIVAS

Implican el control de la activación de las acciones mediante:

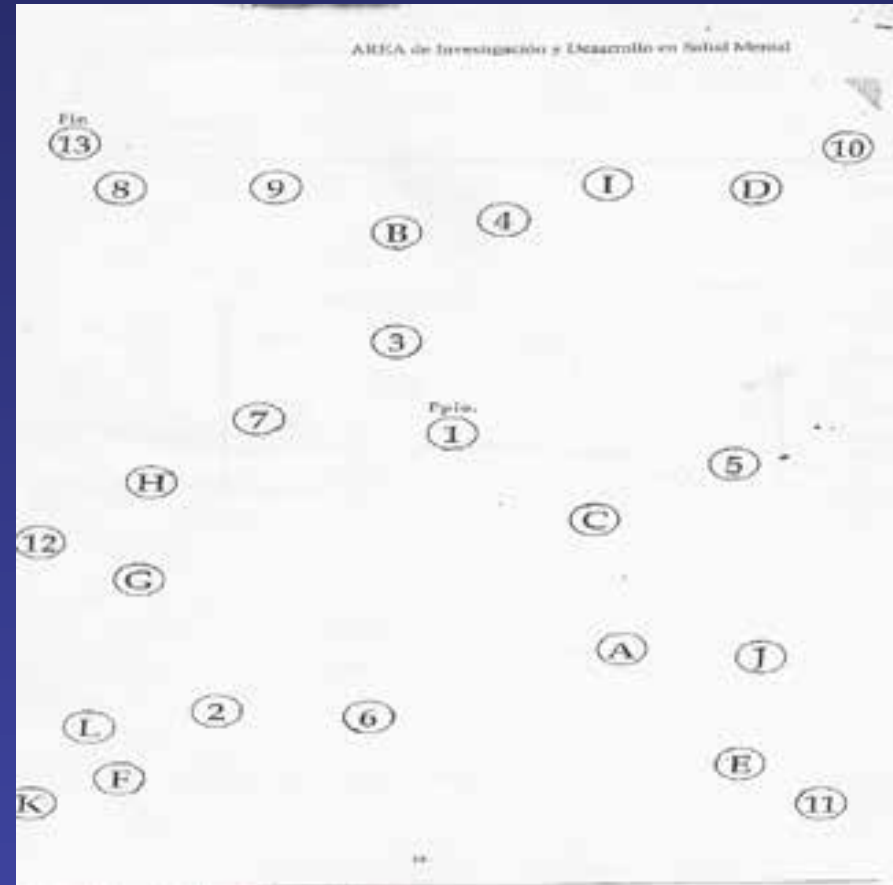
- **Anticipación**
- **Planificación**
- **Selección adecuada**
- **Vigilancia del desarrollo**
- **Verificación del resultado**
- **Habilidad para adaptarse**
- **Mantener una meta a pesar de una distracción**
- **Filtrar información apropiada**
- **Inhibir respuestas inconsistentes**
- **Habilidad para mantener un estado mental apropiado en orden para futuras metas**

FUNCIONES EJECUTIVAS

- Problemas con la **atención** (distráctil, déficits en la atención selectiva y dividida)
- Problemas con **iniciar** una tarea (baja iniciativa, espontaneidad, dificultades en mantenimiento)
- Problemas con **finalizar** una tarea (desinhibición, impulsividad, y grandes cambios conductuales)
- Poca **flexibilidad** (rigidez, inflexibilidad, conductas perseverativas)
- Problemas con el **automonitoreo** (poca comprensión de sus dificultades y del impacto de las mismas sobre su entorno/otras personas) **ANOSOGNOSIA**

FUNCIONES EJECUTIVAS

- ✓ FAB (Frontal Assessment Battery)
- ✓ Trail Making B
- ✓ Memoria de Trabajo
- ✓ Test de Wisconsin
- ✓ Construcción del reloj
- ✓ Fluencia Verbal



FUNCIÓN VISUOESPACIAL

Praxias constructivas

Rotación mental de imágenes

Composición de objetos

- ✓ Figura compleja de Rey
- ✓ Construcción con cubos y Pentágonos superpuestos
- ✓ Matrices Progresivas de Raven

MEMORIA

Es la capacidad para mantener la información en la mente y recordarla en algún momento futuro.

- ✓ Memoria de párrafos (Wechsler).
- ✓ Test de aprendizaje de una lista de palabras (RAVLT).
- ✓ Figura compleja de Rey (memoria visual).
- ✓ BENI

BATERÍA NEUROCOGNITIVA

➔ Memoria : B.E.N.I.

➔ Fluencia verbal

➔ Funciones ejecutivas:

- Trail Making test
- Wisconsin Card Sorting
- Stroop Test

➔ Habilidades visuoespaciales:

- Figura compleja de Rey

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

Al menos 3 (tres) de los siguientes ítems:

- ✓ El paciente no puede mantener la abstinencia
- ✓ Poco sostén y continencia familiar
- ✓ Red social empobrecida o nula
- ✓ Peligrosidad para sí o para terceros
- ✓ Consumo compulsivo
- ✓ Enajenación en la cultura tóxica
- ✓ No conciencia de enfermedad
- ✓ Disociación profunda de la personalidad

DE NICOLA A, DORADO G, 2000

TRATAMIENTO NEUROPSICOFARMACOLÓGICO

- No existen protocolos internacionalmente aceptados
- Deberá evaluarse la coexistencia de diferentes sustancias
- Muy frecuentemente, existe comorbilidad con alcoholismo
- Siempre existe comorbilidad con patología de Eje I
- Muy frecuentemente, existe comorbilidad con patología del Eje II (Cluster B)

MANEJO RACIONAL FARMACOLÓGICO EN ADICCIONES

“UTILIZAR EL FÁRMACO PARA CORREGIR
ALTERACIONES SUBYACENTES, EVITANDO
LA SOBREMEDICACIÓN”

“EVITAR QUE LA CONTENCIÓN SEA
PRINCIPALMENTE MEDIANTE EL RECURSO
FARMACOLÓGICO”

“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CORRECTO DE
LA COMORBILIDAD/ESTADÍO”

ESTADIOS DE LA ENCEFALOPATÍA POR COCAÍNA



- 1) Sin alteraciones volitivas. Comienzo de cambios neuroplásticos**
- 2) Predominio de impacto en esfera volitiva. Alteraciones en neuroimágenes. Comorbilidad con TDM. Equivalentes psicóticos (irritabilidad, desconfianza, susceptibilidad, intereses exóticos)**
- 3) Aparición de síntomas psicóticos positivos**

DORADO G, 2007

TRATAMIENTO NEUROPSICOFARMACOLÓGICO

- Intoxicación aguda:
 - Clonidina
 - Agonistas BDZ
 - AP atípicos
- Tto. A largo plazo:
 - Clonidina
 - Agonistas Dopaminérgicos
 - Anticonvulsivantes: lamotrigina, gabapentin, pregabalina, valproato
 - ATD: ISRS (citalopram, E-citalopram, paroxetina, sertralina); Duales (venlafaxina/desvenlafaxina, duloxetina, bupropion); Mirtazapina-Mianserina
 - AP de 2ª y 3ª generación
 - Disulfiram
 - Antagonistas NMDA: memantine
 - Omega 3/6, Nootropos, vit. E, *Ginkgo biloba*

FARMACOTERAPÉUTICA

❖ ANTIDEPRESIVOS

- ❖ DESIPRAMINA (Gawin et al., 1989)
- ❖ IMIPRAMINA (Nunes et al., 1991)
- ❖ FLUOXETINA (Batki et al., 1991)
- ❖ TRAZODONE (Small and Purcell, 1985)
- ❖ SERTRALINA (Kosten et al., 1992)
- ❖ BUPROPION (Margolin et al., 1991)
- ❖ VENLAFAXINA/DESVENLAFAXINA
- ❖ DULOXETINA

CLONIDINA

- ✓ AGONISTA α_2 PRESINÁPTICO
- ✓ DISMINUYE HIPERACTIVIDAD DEL LOCUS COERULEUS
- ✓ DOSIS: 0,025 – 0,050 c/ 4-6 horas
- ✓ EFECTOS ADVERSOS: Sequedad de boca, náusea, hipotensión arterial, fotofobia, sedación, trast. sexuales, efecto diabético

AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS

- AMANTADINA
- BROMOCRIPTINA
- PIRIBEDIL
- PRAMIPEXOLE
- ROPIRINOL
- MODAFINILO

ACCIONES DE MODAFINILO vs. PSICOESTIMULANTES

	MODAFINILO	ANFETAMINA	METILFENIDATO
Alerta	++	++	++
Actividad locomotora	-/+	++	++
Ansiedad	-	++	++
Presión Arterial	-	+	+
Frecuencia Cardíaca	-	+	+

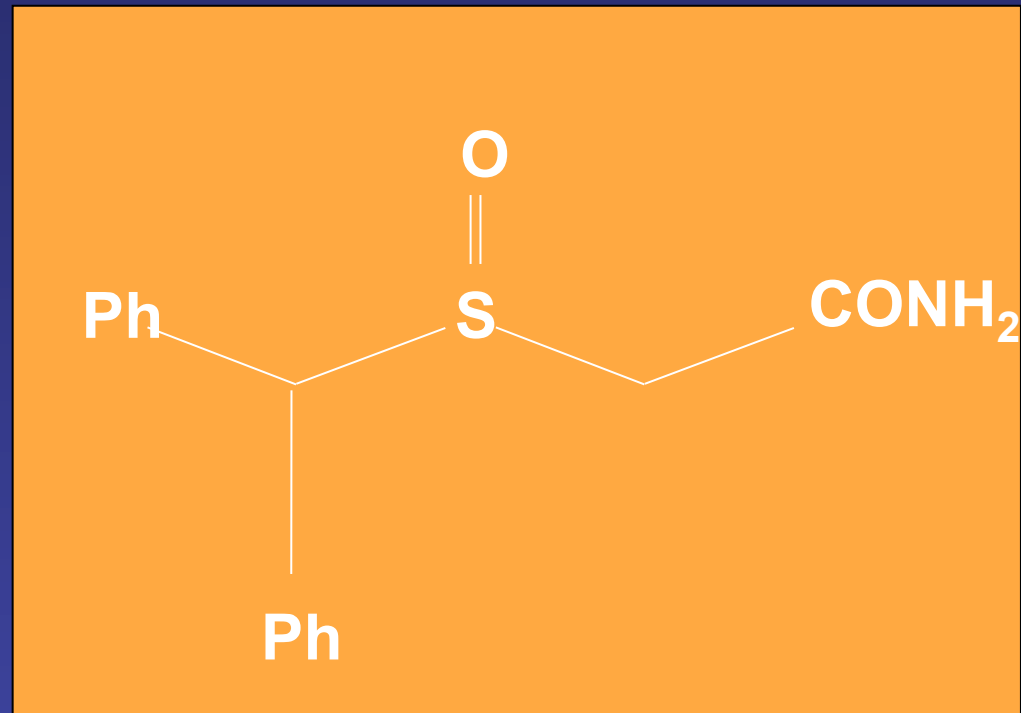
- = sin actividad

+ = mínima actividad

++ = marcada actividad

MODAFINILO: ACCIONES

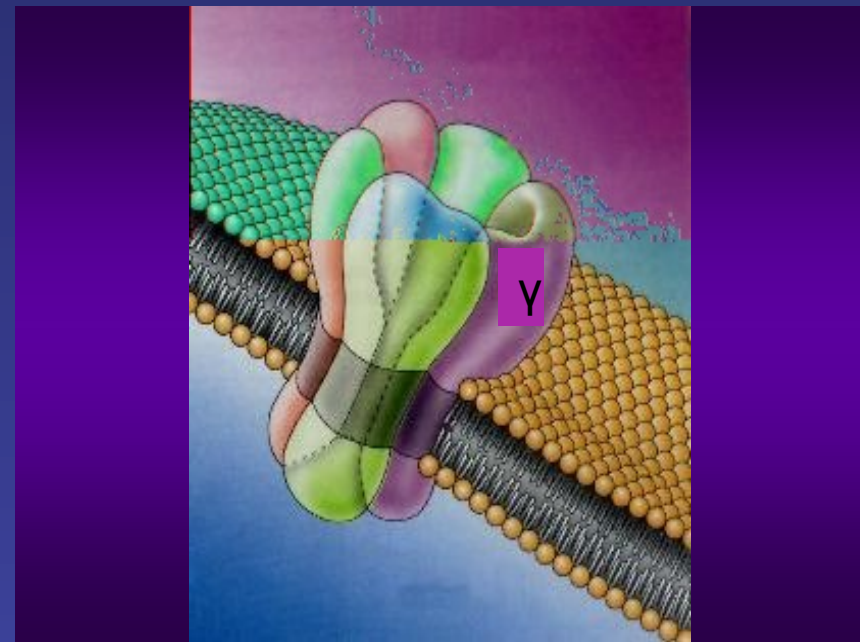
- ✓ AGONISMO $\alpha 1$ ADRENÉRGICO
 - ✓ Regulación de Alerta
 - ✓ Ciclo sueño-vigilia
 - ✓ Funciones pro-cognitivas
 - ✓ Neuroplasticidad y neuroprotección
- ✓ INCREMENTO DE NIVELES DE GLUTAMATO EN MPA Y HP
- ✓ DISMINUCIÓN DE NIVELES DE GABA



MODAFINILO Y GABA

- Modafinilo disminuye liberación de GABA en Área Medial Preóptica, Área Septal e Hipotálamo Posterior, posiblemente a través de acción agonista sobre receptores 5-HT₃

$(\alpha)^2, \beta, (\gamma)^2$



HIPOCRETINAS (OREXINAS)

- Nueva familia de péptidos
- Hipocretina-1 e Hipocretina-2
- Acción despertadora y activante
- Aumento índices EEG, electromiográficos y conductuales de despertar
- Reducción de sueño lento y REM
- Marcada actividad en Área Preóptica Medial, Área Septal y Sustancia Innominada

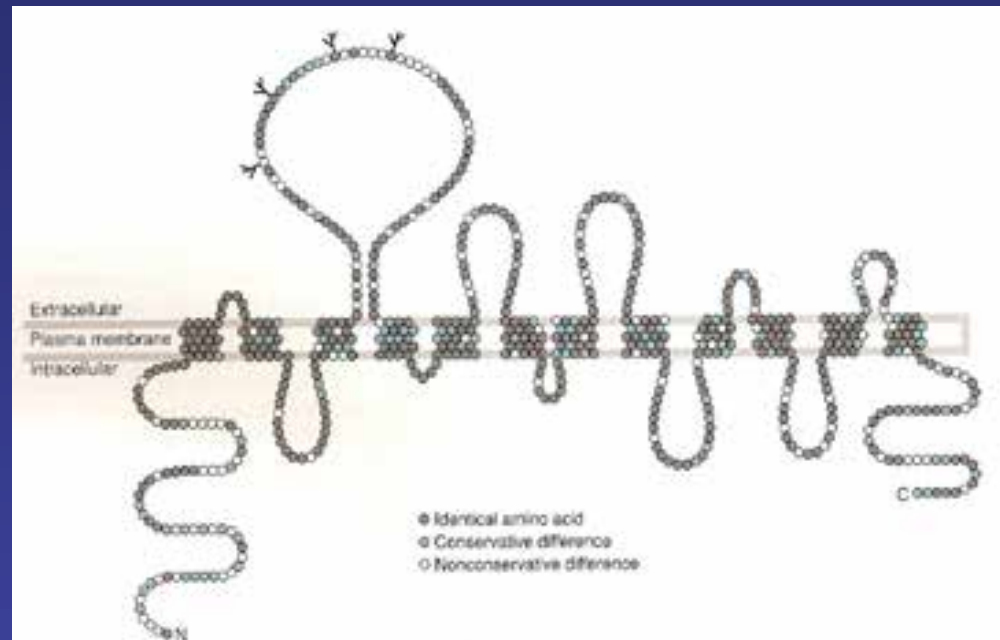
INTERACCIONES MODAFINILO-COCAÍNA

- Modafinilo presenta acciones opuestas a cocaína sobre dopamina y glutamato.
- Posible reversión de síntomas de abstinencia a cocaína por modafinilo.
- Se administró conjuntamente infusión de cocaína + modafinilo (200 ó 400 mg; n=7).
- Sin interacciones en TA, pulso, temperatura o ECG.
- Supresión de euforia cocaínica ($p=0.02$)

Modafinil and cocaine: a double-blind, placebo-controlled drug interaction study. Dackis CA et als, *Drug Alcohol Depend* 2003 May 1;70(1):29-37

COCAÍNA: MECANISMO DE ACCIÓN

- ✓ Inhibición de la recaptación de monoaminas (DAT, NAT, 5-HTT) por bloqueo competitivo
- ✓ Estrategias de “inmunización” (vacuna anti-cocaína, Fox B. et als., 1999)



MODAFINILO BLOQUEA 50% DEL DAT

ANTICONVULSIVANTES

HIPÓTESIS:

- COMORBILIDAD ?
- ABSTINENCIA ?
- KINDLING ?
- ACCIÓN ESPECÍFICA ?

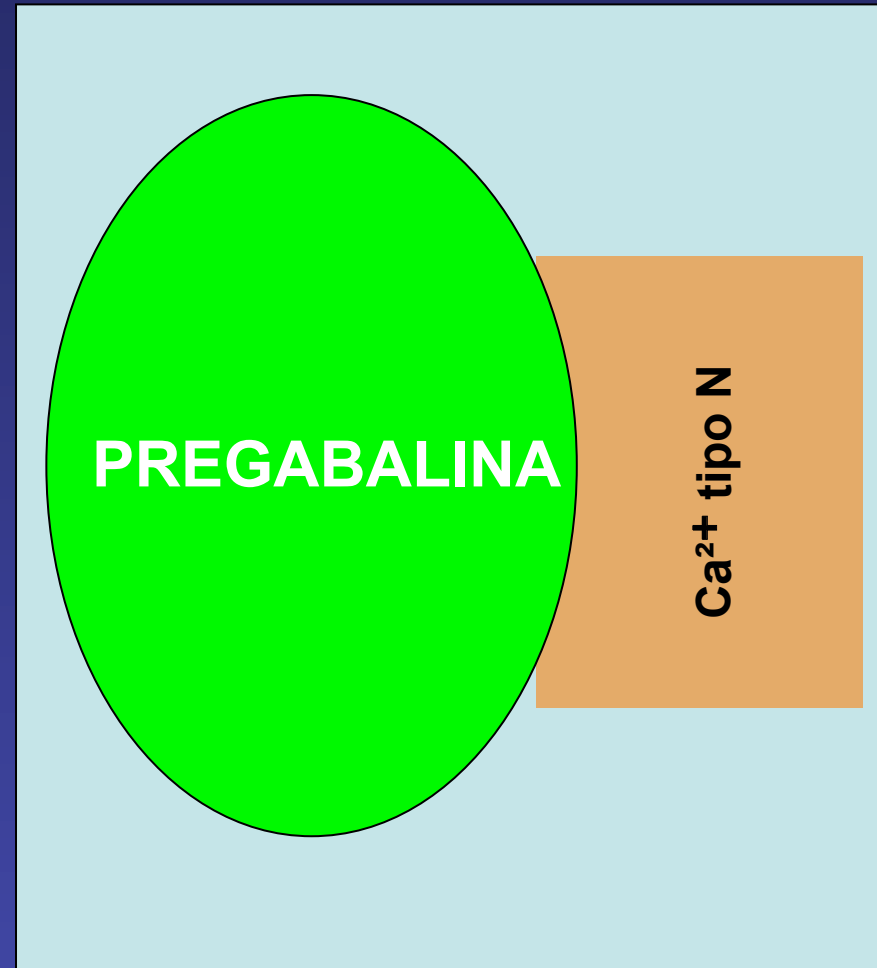
ANTICONVULSIVANTES: PREGABALINA

- ❖ Eficacia en TAG Y SA (*Pande A et al., 2003; Pohl R et al., 2005*)
- ❖ Mec. de acción: bloqueo canales de Ca^{2+} tipo N (subunidad $\alpha_2-\delta$)
- ❖ Sin metabolización hepática
- ❖ Excreción renal
- ❖ Dosis: 150 - 600 mg/d
- ❖ E. Adversos: mareos, somnolencia, náuseas, cefaleas, constipación

PREGABALINA

- Mecanismo de acción

- Pregabalina se une a la subunidad $\alpha_2\text{-}\delta$ de los canales de calcio voltaje dependientes
- Pregabalina reduce el ingreso de calcio en las neuronas presinápticas hiperexcitadas
- Luego de la unión a la subunidad $\alpha_2\text{-}\delta$, pregabalina reduce la liberación de neurotransmisores excitatorios
Ejemplo: glutamato, sustancia P, noradrenalina
- Actividades analgésicas, ansiolíticas y anticonvulsivantes



PREGABALINA: perfil farmacocinético

Variable	Propiedades	Relevancia Clínica
Absorción	$T_{\max} \leq 1 \text{ h}$	Los niveles plasmáticos se alcanzan rápidamente
Biodisponibilidad	$\geq 90\%$ Sin efecto de las comidas	Consistente a través del rango de dosis Administración con o sin las comidas
Farmacocinética (150–600 mg/día)	Lineal Proporcional a la dosis C_{\max} y Área bajo la curva	Aumento de la respuesta clínica relacionado a la dosis en estudios clínicos de epilepsia y dolor neuropático
Vida media plasmática	6.3 h	Dosificación dos veces por día
Niveles estables	24 – 48 h	Rápido ajuste de dosis
Unión a proteínas	No	Sin interacciones con otras drogas
Metabolismo	No (<2%)	Sin efecto hepático
Excreción Renal	98% sin cambios	Ajuste de dosis en deterioro de la función renal

Estudio de Pregabalina y Venlafaxina: Eventos adversos más frecuentes †

	Placebo (n=101)	Pregabalina 400 mg/día (n=97)	Pregabalina 600 mg/día (n=110)	Venlafaxina IR 75 mg/día (n=113)
Mareos	7	23	26	12
Somnolencia	3	13	14	4
Náusea	8	9	13	27
Cefalea	13	7	8	9
Constipación	2	7	6	6
Boca seca	2	5	5	7
Diarrea	6	4	5	4
Vómitos	1	4	1	8
Astenia	6	5	4	12
Insomnio	5	1	3	7
Infección	4	9	3	3

† Eventos adversos emergentes del tratamiento en >5% de los pacientes en algún grupo de tratamiento (% de pacientes) Montgomery y col. J Clin Psychiatry. 2006: En prensa

Pregabalina: Evaluación de Potencial de Abuso y Dependencia Física

•Bajo potencial de abuso

•Modelo Animal

- Resultados en modelos animales (auto administración, discriminación de drogas, preferencia por lugar condicionado) no consistentes con las drogas conocidas de abuso
- Diferente a opioides, benzodiazepinas, barbitúricos

•Usuarios de drogas de recreación

- Reportes de “efecto de droga bueno” o “droga buscada” similar a diazepam (30mg)
- En general, LYRICA no tiene el mismo perfil de abuso que diazepam

•Estudios Clínicos

- Euforia reportada como evento adverso en 3.7% de los tratados con pregabalina vs. 0.5% de los tratados con placebo durante el programa

•No evidencia de dependencia física

•Receptores

- Sitio de unión distinto de aquellos asociados con las drogas conocidas de dependencia ej. opioides
- Mismo sitio de unión que gabapentina, el cual no está asociado con dependencia

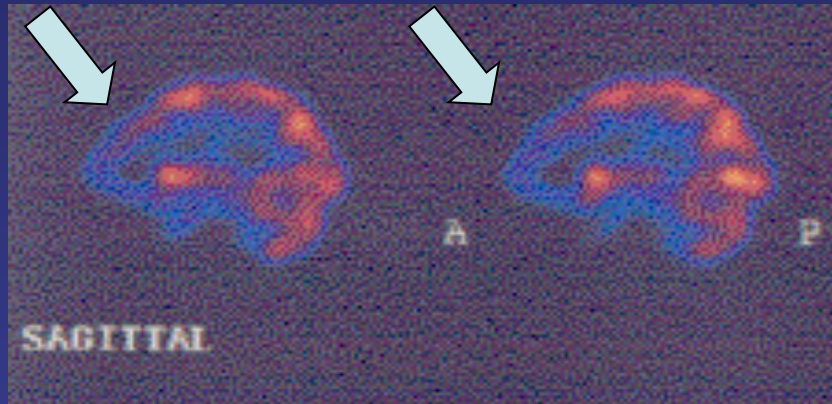
•Estudios Clínicos

- Más de 9.000 tratados con pregabalina en 4 años
- No evidencia de dependencia física
 - No tolerancia/escalamiento de dosis
 - No síndrome de retiro
 - No signos de abuso o diversión conocidos durante los estudios clínicos
- Baja incidencia de EA's (<3%) reportados con la suspensión brusca (insomnio, cefalea, náusea, diarrea)

No hay reportes de abuso o dependencia física en > 9,000 pacientes tratados con pregabalina por más de 4 años

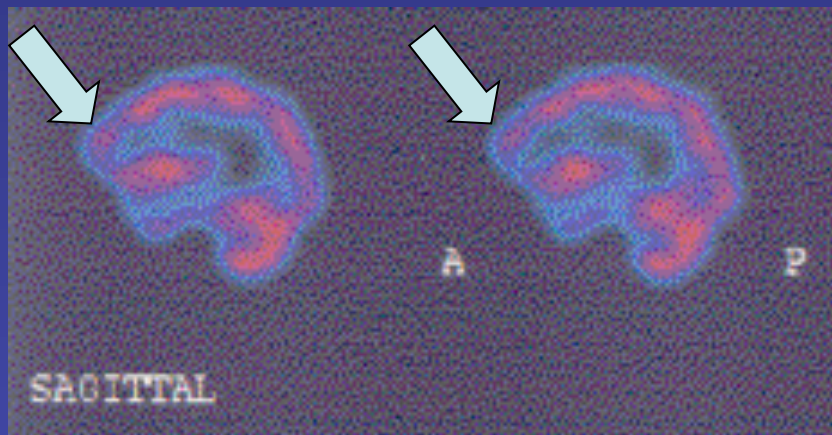
DAMIÁN (31)

SPECT CEREBRAL



22/04/1999

- Hipoflujo frontal dorsal bilateral
- Hipoflujo frontal orbitario derecho
- Hipoflujo frontal medial

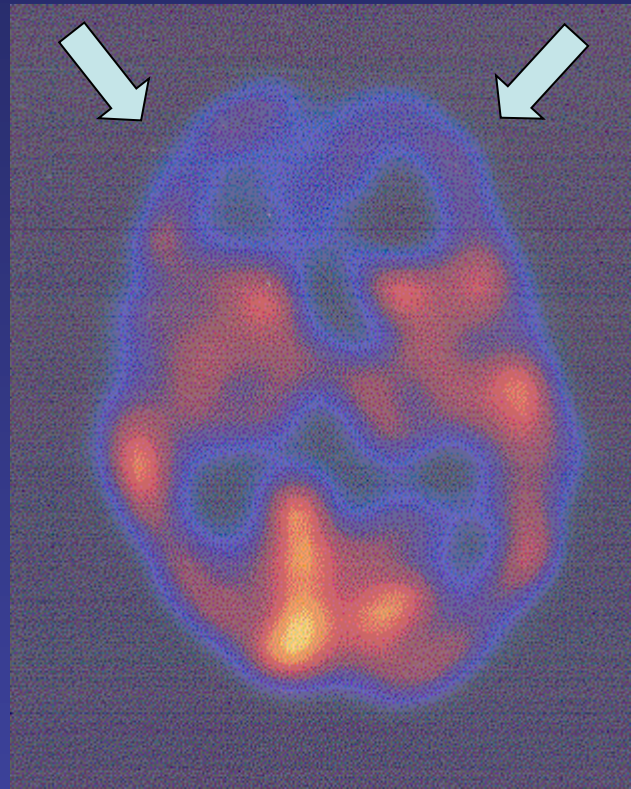


11/12/2000

- Hipoflujofrontal orbitario derecho
- Hipoflujo temporal mesial derecho

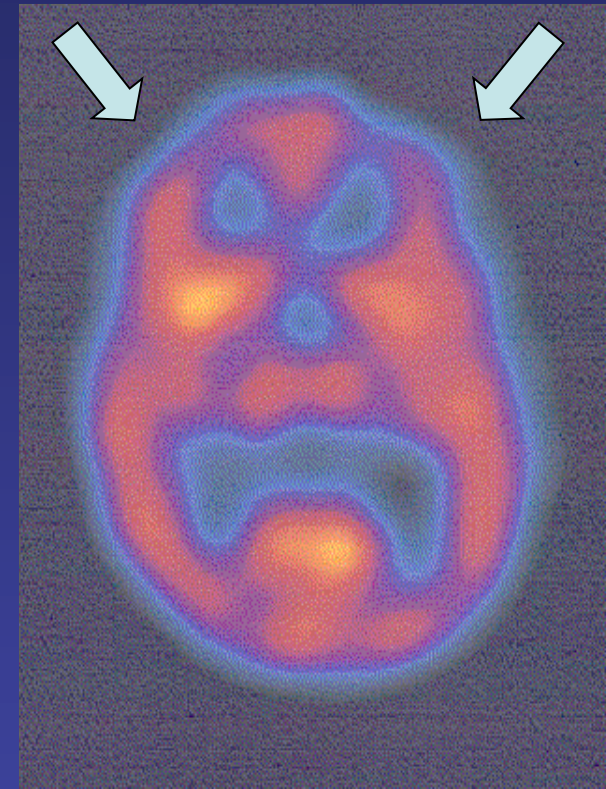
DAMIÁN (31)

22/04/1999



Hipoflujo frontal dorsal bilateral
Hipoflujo frontal orbitario derecho
Hipoflujo frontal medial

11/12/2000



Hipoflujo frontal orbitario derecho
Hipoflujo temporal mesial derecho

NORMAL



CONCLUSIONES

- El consumo de cocaínas fumables se ha visto incrementado en nuestro país y en el mundo durante los últimos años, sobre todo por los menores costos y la menor utilización de precursores químicos
- La impulsividad y violencia son la consecuencia inevitable de la “neandertalización” que produce su consumo
- Los estadíos con síntomas psicóticos representan un problema grave de Salud Pública para el que no están preparados los Sistemas de Salud

CONCLUSIONES

- Las Adicciones determinan una condición *crónica e irreversible*
- Los diferentes estadios de la enfermedad adictiva, determinarán *perfiles clínicos* que deben ser *crónicamente tratados*
- El uso de *alcohol* es un mal predictor de evolución: “*La conciencia es soluble en alcohol*” (recaídas periódicas)
- El logro del *placer* por vías no químicas es esencial para una buena evolución

CONCLUSIONES FINALES

- Por todo lo expuesto, los tratamientos de una enfermedad *Crónica* como la Adicción deberán ser también *Tratamientos Crónicos*, con lo que deberá revisarse el concepto de *ALTA* en los pacientes adictos

A large, white, three-story house with a mansard roof and a portico, set on a green lawn. The house features a prominent portico with four columns on the ground floor, a balcony on the second floor, and a mansard roof with several dormer windows. The house is surrounded by lush green trees and a well-maintained lawn.

MUCHAS GRACIAS

www.gensct.org
gensct@fibertel.com.ar

PREGUNTA N° 1

Muchos neurotransmisores participan en el proceso neuroplástico que conduce al desarrollo de la adicción, tanto desde el efecto reforzador agudo de las drogas de abuso como desde la activación del sistema cerebral que conduce al estrés. Todos los siguientes neurotransmisores están involucrados en el efecto reforzador agudo de las drogas, *Exceptuando*

- 1) Noradrenalina
- 2) Dopamina
- 3) Péptidos Opioides
- 4) Serotonina
- 5) GABA

La respuesta correcta es 1).

- El proceso neuroplástico que conduce a la Adicción involucra el efecto reforzador agudo de las drogas de abuso (dopamina, péptidos opioides, serotonina, GABA y endocannabinoides), activación del sistema cerebral que conduce al estrés (CRH y noradrenalina) y desregulación del neuropéptido Y (NPY).

Pregunta N° 2

La adicción es un modelo donde coexisten tanto un trastorno del control de los impulsos como un trastorno compulsivo, ambos modelos relacionados con diferentes conductas hacia la droga. Cuáles de los siguientes síntomas están asociados con lo impulsivo y se oponen a lo compulsivo?

- 1) Tensión/Activación
- 2) Ansiedad/Estrés
- 3) Conductas repetitivas
- 4) Alivio de la Ansiedad/Alivio del Estrés
- 5) Obsesiones

La respuesta correcta es 1)

En lo impulsivo aparece un aumento de la tensión y la activación antes del acto, con placer, gratificación o alivio durante el acto. Luego del acto pueden existir o no reproches o culpa. En lo compulsivo, existen pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) que causan intensa ansiedad o estrés, seguidos de conductas repetitivas (compulsiones) que tienen el propósito de prevenir o reducir el estrés. El refuerzo positivo (placer/gratificación) está asociado con lo impulsivo, en tanto que el refuerzo negativo (alivio de la ansiedad o alivio del estrés) está más relacionado con lo compulsivo.

Pregunta N° 3

Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

- 1) Los trastornos de personalidad están siempre coexistiendo con la Adicción
- 2) Los trastornos de personalidad preexisten siempre y generan la conducta adictiva
- 3) El impacto de la adicción puede dar una presentación sintomática pasible de confusión con trastornos de la personalidad
- 4) Todas son correctas

La respuesta correcta es 3)

- Es cierto que el impacto en estructuras frontales genera sintomatología pasible de confusión con los trastornos de personalidad, pero estos síntomas pueden desaparecer con una buena evolución (abstinencia prolongada). En cambio, no puede detectarse en todos los casos preexistencia de trastornos de personalidad previos a la conducta adictiva, teniendo en cuenta la multicausalidad de la adicción.