

La alianza terapéutica y el apego al tratamiento: metodología técnica en adicciones

Souza y Machorro Mario

* Federación Iberoamericana de Medicina Neuropsicológica; Ciudad de México, D.F., México.

INTRODUCCIÓN

La alianza terapéutica (AT) se considera un elemento clínico decisivo de ayuda y representa a la vez una maniobra indispensable en cualquier proceso curativo. Es particularmente importante en psicoterapia de las adicciones, donde se considera, además, un elemento estructural del procedimiento técnico destinado al control del consumo, desarrollo de habilidades de prevención de recaídas y reinserción social de los abusadores y/o adictos.¹

Lo trascendental de su presencia, observable a la luz del manejo clínico cotidiano, ocurre a partir de que

se promueva la consolidación y se logre el mantenimiento de un nivel funcional adecuado del vínculo profesional de ayuda, destinado simultáneamente a solidificar el apego al tratamiento. Éste, según sea el tipo que se desarrolle, permitirá o no el éxito del tratamiento más allá del establecimiento de los primeros contactos dedicados al encuadre y límites técnicos del procedimiento, a lo largo del siempre complicado manejo de los trastornos adictivos, que generalmente se agravan con su inherente comorbilidad y complicaciones.² Además, en su fase postrera, una vez logrado el habitual control farmacológico requerido a menudo en la fase aguda de la sintomatología adictiva y psiquiátri-

RESUMEN

La alianza terapéutica, base del concepto de *apego al tratamiento* de cualquier actividad curativo-rehabilitatoria, enfrenta en adicciones diversos impedimentos que influyen al personal de salud, encargado de favorecer el éxito terapéutico de pacientes con patología adictiva y su comorbilidad. Se presenta una revisión sucinta de los elementos psicodinámicos que patentizan la importancia de los factores técnico-metodológicos recomendados en la literatura, para enfrentar el abordaje satisfactorio de los mecanismos que restringen la práctica terapéutica con estos pacientes y sus familiares. Todos ellos, por sus características psicopatológicas se comportan de modo especial y requieren de abordajes mixtos más completos, bajo esquemas de manejo, evaluación y supervisión constante que favorezcan una mejor evolución a largo plazo. Limitados por su compleja condición de salud, los afectados y sus terapeutas habrán de consolidar las modificaciones que los habiliten a comprometerse y participar eficazmente. Los estilos de apego afectan la dinámica terapeuta-paciente, por lo que es tarea del profesional fomentar el desarrollo de una mejor participación y vigorizar el deseo de superación, dando ejemplo a la par, a quienes inician a formarse en asuntos terapéuticos. Este aprendizaje basado en la autovigilancia

Therapeutic alliance and treatment compliance: Technical methodology in addictions

ABSTRACT

The therapeutic alliance, the basis of the concept of adherence to treatment of any curative-rehabilitative activity, faces various impediments that influence to the health personnel responsible for promoting a successful treatment of patients with addictive disease and its comorbidities. Herein it is presented a concise review of psychodynamic elements that evidence the importance of technical and methodological factors recommended in the literature for a successful approach to the mechanisms that restrict therapeutic practice in these patients and their families. All of them, given the psychopathological characteristics, behave in a special way and require more comprehensive and combined approaches on management schemes, constant monitoring and evaluation to encourage a better long-term evolution. Limited by their complex health condition, the sufferers and their therapists will consolidate the changes that enable engagement and a effective involvement. Attachment styles affect the therapist-patient dynamics; therefore, it is a specific task of the health professional to promote the development of a better participation and to invigorate the patient's desire for improvement. Besides, this professional behavior sets pragmatic guide

promueve la superación y facilita los complejos procesos del manejo.

Palabras clave: Adicciones, alianza terapéutica, apego al tratamiento, psicoterapia, tratamiento antiadictivo.

for the beginner in psychotherapeutics. This self-monitoring-based learning promotes improvement and facilitates the complex management processes.

Key words: Addiction, addiction treatment, anti-addictive treatment, psychotherapy, therapeutic alliance.

ca, la AT deviene imprescindible, no sólo en su calidad de herramienta prospectiva, sino como método útil e irremplazable. El apego al tratamiento por su parte es especialmente difícil de lograr y mantener en pacientes poco convencidos de aceptar su problemática y participar activamente en su tratamiento. Tal apego, deviene la condición *sine qua non* para la rehabilitación de cada paciente. En los usuarios de psicotrópicos y otras sustancias de abuso dicho apego es particularmente importante de establecer por su condición psicopatológica individual-familiar-social. Tales pacientes de modo paradójico, requiriendo ayuda por estar afectados en forma simultánea de muchos aparatos y sistemas, son, sin embargo, personas altamente desconfiadas y defensivas.² De hecho, el conjunto de sus especiales características mórbidas ampliamente documentadas a la fecha identifican desde una óptica observacional más amplia y categórica este tipo de trastornos, al presentar: un anhelo especial (craving) hacia la droga, interpretado como deseo-necesidad/ anhelo imperioso de consumo (D-NIC) y su conducta de búsqueda, recaídas frecuentes de intoxicación y abstinencia producidas en consecuencia, experiencia de haber cursado diversos e insuficientes manejos de estirpe no profesional, que son por cierto, los más numerosos y disponibles en México, experiencias de gestión que corroboran un difícil acceso a los servicios de atención curativa-rehabilitatoria –oficiales y privados–, así como el haber contactado la lamentable deficiencia de la preparación *ad hoc* de su personal e incremento de la necesidad de atención en torno a estos trastornos, asociado al aumento de las cantidades utilizadas de consumo de psicotrópicos, así como de los tipos de éstos y sus respectivas modalidades y rutas de administración, a efecto de lograr la anhelada disipación psíquica y trances tóxicos por automedicación y demás “nuevos efectos y emociones” buscados por los pacientes.³ Véase un reflejo de ello en el aumento del número de casos reportados en la última encuesta nacional de adicciones 2008.⁴ Más aún, tales dificultades se ven reforzadas por la circunstancialidad social y cultural de los entornos donde ocurre el fenómeno, que

derivados de la ignorancia y prejuicios, admiten una pléyade de mitos y constructos equívocos acerca del problema. Al efecto, cabe señalar que desde su cosmogonía, ciertos grupos no consideran a la patología adictiva y sus trastornos como un asunto biopsicosocial, sino que tienden a ubicarlo fuera del sustrato orgánico que caracteriza las enfermedades cerebrales (abuso/dependencia a psicotrópicos) e igualmente ajeno a la psicopatología y condiciones mórbidas previas (individuales, sociofamiliares, psicosociales, etc.) responsables de prohijar el desarrollo de múltiples alteraciones de salud. Con ello, algunos de los grupos involucrados en el manejo de las adicciones, al no contar con acciones técnicas curativo-rehabilitatorias, pretenden verlo como un problema social de tipo mercantil, centrado en la oferta y la demanda, el narcotráfico y otros problemas socio-económicos y políticos contemporáneos.⁵ A ello se agregan los conflictos derivados de la participación institucional respecto a su acceso y la deficiente preparación del personal de salud (PS), para atender los casos, amén de otros conflictos, como los producidos por la relación vincular del intrínquilis formado por el procedimiento técnico y la influencia de los entornos operacionales, no siempre acordes entre el PS y los usuarios.⁵ En consecuencia, conviene destacar que los procesos de personalidad y las diferencias individuales, establecen una correlación observable entre el estilo de apego desarrollado en la infancia (a modo de impronta) y ciertas variables psicológicas determinantes de comportamientos, que sin conciencia de sus portadores, interaccionan en muchos ámbitos durante la vida adulta.

DESCRIPCIÓN

Según la Teoría del Apego de J. Bowlby⁶ –para sólo citar una línea de investigación reconocida por la consistente documentación mundial de sus hallazgos–, existen tendencias innatas que regulan la forma como responde el ser humano ante las amenazas, el peligro y las pérdidas, que se relacionan estrechamente con la forma como se establecen las vinculaciones con las per-

sonas significativas. Tal conducta se organiza a través de sistemas de control cerebral relacionados con funciones de protección y supervivencia. De modo que los niños que desarrollan interacción positiva con su cuidador, internalizan la sensación de seguridad que les permite expandir sus emociones. Este apego *seguro* (cuando el cuidador demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé) le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza hacia sí y los demás. Más adelante, al interrelacionarse, tales personas tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias y en lo intrapersonal tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. A diferencia del apego *ansioso* (cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo), tales personas no asumen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. En ellos ocurre un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. El apego *evitativo* (cuando el cuidador desatiende constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo cual no le permite desarrollar el sentimiento de confianza que necesita), hace que tales personas se sientan inseguras hacia los demás y esperen ser rechazadas por ellos, conforme a sus experiencias previas de abandono.⁷ Cabe enfatizar que los estilos de apego continúan su actuación e influencia a lo largo de la vida, las nuevas relaciones pueden afectarse por las expectativas desarrolladas en las experiencias de relaciones pasadas.⁸ Tales estilos tenderán a mostrarse multifacéticamente e influir de manera conflictiva en las relaciones de ayuda, a las que recurren aquellas personas que las requieren a causa de sus trastornos. La investigación actual analiza la influencia de los estilos interpersonales de los pacientes en relación con las respuestas del terapeuta durante el proceso terapéutico⁹ y sus resultados identifican tres vertientes que afectan la AT y el apego al tratamiento: *preocupaciones por la pérdida o rechazo, sentimientos relativos al conflicto y necesidad de contacto estrecho o proximidad*. Asimismo, categorizan las respuestas del terapeuta, como: *suministro de continencia, seguridad y estructura, reflejo de las emociones y preocupaciones del paciente e interpretación o desafío del estilo de apego del paciente*. Todo lo cual lleva a hipotetizar que las respuestas del terapeuta (contratransferencia) a los problemas del paciente están mediados igualmente por sus estilos de apego, patentizando que el terapeuta

tiende a responder con *reflexión* a estilos que muestran preocupación y con *interpretación* a aquellos que muestran un estilo evitativo.¹⁰ Las características del terapeuta y los diferentes aspectos de la AT influyen en el trabajo terapéutico,¹¹ debido a que las experiencias de apego logran internalizarse como una narrativa propia, a la edad de 3-5 años y ésta es la base de una función autorreflexiva y de la capacidad autobiográfica de la vida propia, la cual, posteriormente, lleva a plantear como objetivos psicoterapéuticos: *búsqueda de la intimidad y la autonomía*. Recientemente, al estudiar la relación entre el tipo de apego de los pacientes adultos y la AT, se ha observado que *el apego inseguro* se asocia con resultados de evaluaciones más bajas de la alianza, mientras que el *seguro* muestra los más altos.¹² Hoy se acepta con bases confiables, que la frecuencia de ruptura se asocia con un apego *ansioso* y uno *evitativo* con una menor frecuencia de rupturas.¹³ Tal enfoque indagatorio busca comprender la dinámica del Yo (Self) y el cambio esperado, basado en la convergencia de perspectivas y desarrollos teóricos en relación con las rupturas de la AT y los impases por los que atraviesan. Por lo que se sugiere intensificar el estudio de la experiencia subjetiva del terapeuta en la AT, especialmente en lo relacionado con la superación de sus rupturas.¹⁴ En tal sentido, resulta útil el uso de la entrevista clínica, a efecto de identificar los estilos de apego haciendo énfasis en el análisis temático y semántico del discurso en ambos participantes.¹⁵ Véase, por ejemplo, el estudio de los episodios de sonrisa mutua (ESM) entre terapeuta y paciente, como elementos clave de los intercambios afectivos que regulan la comunicación.¹⁶ Se han identificado cuatro tipos con distinta función social: *coordinación de señales afectivas, intercambio de emociones, negociación de papeles sociales y regulación de conflictos*. Todos ellos presentan ciertas diferencias de expresividad dadas por el número de ESM, en términos de la AT durante cada sesión y ratifican la importancia de los mecanismos de regulación emocional para la formación de la AT,¹⁷ a la luz de la relación entre la organización del discurso y las representaciones mentales de las experiencias de apego.¹⁸ Dada la complejidad de la evaluación de la regulación emocional se sugiere incluir todos los elementos que componen el discurso del paciente (coherencia, comprensibilidad, continuidad, congruencia, plausibilidad y equilibrio afectivo) cada vez que se evalúe una situación determinada. En ello, destacan tres aspectos esenciales: *la estructura* (forma como se relacionan las distintas experiencias que configuran la narrativa considerando pasado, presente y futuro, *el contenido* (temáticas presentes en el discurso, como

las presentadas en forma recurrente por el paciente, que se asocian con rupturas afectivas experimentadas como abandono y que conforman un estilo de apego *inseguro* y la *calidad* (tono emocional discursivo en cada una de las experiencias narradas, como un significado personal depresivo, caracterizado por rabia y desamparo en situaciones difíciles. En consecuencia, para que la AT sea productiva se requiere un amplio repertorio de dichas habilidades por lo que conviene entonces detectar lo antes posible, si el paciente cuenta con ellas o no, para ofrecerle experiencias correctoras de apego en un contexto terapéutico y así fomentar el cambio y su mantenimiento.¹⁸

ANÁLISIS

Se entiende por AT la relación profesional que establece el psicoterapeuta con el paciente, pero más especialmente, la forma como éste es capaz de formarla con su paciente para afectarlo de manera positiva y así poder ayudarlo desde la primera sesión.¹⁹ Todo psicoterapeuta debe promover y mantener una AT productiva con base en su sensibilidad hacia el paciente y la terapia, manejando lo mejor posible la subjetividad propia y un estilo de apego favorecedor de la asimilación y la acomodación de la narrativa personal.²⁰ Al menos la mitad de los psicoterapeutas considera que los esfuerzos desplegados en la primera sesión influyen en el resultado de la terapia; los otros reconocen que los esfuerzos para establecer la alianza en la primera sesión, son tan importantes que suelen trascender, incluso, más allá de la terapia.²¹ Se trata sin duda de un fuerte predictor de resultados psicoterapéuticos en las diversas orientaciones y modalidades, sobre todo si se evalúan sus resultados y el apego al tratamiento en la fase medial o final del manejo.²² Cabe destacar que la mayor parte del trabajo en torno al tema deriva de la investigación psicodinámica,²³ cuyos componentes son: la transferencia-contratransferencia y la relación real,^{24,25} y su interacción.²⁶ Ello incluye los acuerdos que rigen el marco terapéutico y sus límites, la neutralidad y abstinencia, así como las cualidades personales y capacidades que terapeuta y paciente aportan al proceso psicoterapéutico: sintonía con empatía, confianza, autonomía, autoridad, responsabilidad, libertad e iniciativa, entre otros. En la medida en que tales cualidades por fin se establecen, se hace operativa la AT y más efectivo el apego al tratamiento, lo cual es crucial en la estructuración del proceso. Pero la AT no ha de confundirse con *relación terapéutica ni con apego al tratamiento*, pues se conceptualiza *per se*, como un componente de la terapia²⁷ formado por: *Objetivos*,

aquellos que el paciente espera obtener de la terapia, basados en la presentación de las preocupaciones que disparan el proceso; *tareas o acciones*, las que terapeuta y paciente están de acuerdo con realizar para alcanzar los objetivos y *marco teórico del esquema de trabajo*, que representa confianza en que las tareas realizadas permitirán lograr los objetivos planteados.²⁸ El desarrollo del concepto de AT es omnipresente y central desde sus orígenes, hasta las actuales formulaciones psicodinámicas que abarcan: *la relación entre una alianza positiva y el éxito de la terapia, el camino de la alianza con el tiempo, el examen de las variables que predisponen a los individuos para desarrollar una alianza fuerte y la exploración de la terapia en factores que influyen en el desarrollo de una AT positiva.*^{29,30} El carácter positivo de la predicción psicoterapéutica y, por ende, al apego al tratamiento, contrastan con una gran diversidad de programas de tratamiento cuya eficacia se desconoce,³¹ en tanto no realizan una apropiada investigación de sus elementos. No obstante, se ha documentado que las valoraciones de los pacientes respecto al apego y utilidad del tratamiento son conocidas y asignadas por el terapeuta.³² A través de la revisión de las contribuciones de las teorías acerca de los factores curativos, en forma especial en el psicoanálisis y en la psicoterapia psicodinámica, se han encontrado factores clínicos de evidencia cuantitativa demostrada, que influyen en el proceso curativo-rehabilitatorio, a través del apego: la calidad de la AT, la exactitud de la formulación de la transferencia, la exactitud de las interpretaciones; la calidad de la comprensión de uno mismo, los cambios en el patrón transferencial, el grado de internalización de los beneficios y el nivel de salud mental logrado.³³ Amén de la experiencia del psicoterapeuta,³⁴ elemento obvio a considerar en estas formulaciones, existen otros factores que afectan también la AT, como la pléyade de síntomas psiquiátricos, los que de acuerdo con su varianza e intensidad, tienden a no favorecerla.^{35,36} El apego intenso al tratamiento desde las primeras sesiones, hace que el paciente de modo general, se adhiera mejor al manejo. De hecho se han vinculado los estilos de apego *inseguro* con pobres AT.³⁷⁻⁴⁰ Y se ha documentado que una AT que se fractura y se repara, produce mejor pronóstico que una AT que no se fractura o la que se fractura y no se repara, en la inteligencia de que cualquier psicoterapia evoluciona como es de esperarse en toda relación humana, siguiendo un curso oscilatorio.⁴¹ La relación global de la AT,⁴² es evaluable a través de varias escalas,⁴³⁻⁴⁶ y sus resultados se muestran consistentes con las investigaciones. De ahí la recomendación que se plantea para su uso sistemático en la clínica de las adicciones. La Es-

cala de Adherencia Terapéutica de Yale, por ejemplo, un sistema general para la calificación del apego al tratamiento y la calificación de la competencia en la prestación de tratamientos antiadictivos, evalúa su manejo (evaluación del apoyo general, metas del tratamiento, etc.), compara los tratamientos (gestión clínica, doce pasos de AA y terapia cognitivo-conductual, evalúa el uso de centros para actividades juveniles y la práctica de la psicoterapia y evalúa, asimismo, el uso combinado de la farmacoterapia con psicoterapia, especialmente dirigida contra los trastornos adictivos y sus condiciones comórbidas.⁴⁷ Más aún, en la actualidad se dispone de escalas de evaluación, cuyos resultados de aplicación proporcionan evidencias de su utilidad en la identificación de pacientes en alto riesgo de fracaso terapéutico. De igual forma, el papel del escenario de la terapia favorece la conceptualización global e inicial del caso,⁴⁸ la cual es dinámica y tiende a cambiar con la nueva información o acontecimientos, por lo que el PS debe permanecer en alerta constante para registrar sus posibles variaciones. En consecuencia, ha de promover: calidez, auténtica amistad, contacto visual, empatía, escucha activa, repetición de lo que se dice al paciente a efecto de clarificar en caso de duda y todo ello en el seno de la asistencia técnica demostrada a través del respeto al paciente, haciéndolo sentirse cómodo, favoreciendo una pronta respuesta, la demostración de sensibilidad ante las actitudes compartidas, la credibilidad de lo planteado y una duración razonable de las sesiones,⁴⁹ de acuerdo con el tipo de caso y el procedimiento teórico-técnico empleado. Todo ello se puede mejorar con el uso de escalas, que le permiten al clínico predecir con mayor precisión el curso del manejo y mejorar el apego al tratamiento antiadictivo.

De ahí el interés de utilizarlas en su contexto prospectivo en trastornos adictivos, dado que juegan un destacado papel en su manejo⁵¹ y en su comorbilidad depresiva, donde, por cierto, a menudo se usa combinada con fármacos. Por otra parte, se ha documentado que la combinación de apoyo psicosocial y medicamentos lleva a mejores resultados de tratamiento antiadictivo que la sola psicoterapia, sin importar su modalidad o incluso que la sola farmacoterapia.⁵² Hoy día la postura de los autores contemporáneos del tema se centra en ofrecer marcos de apoyo empíricos para la gestión de tratamiento biopsicosocial de la adicción de manera compatible con otras acciones terapéuticas, así como el uso de medicamentos para controlar los sustratos anatómico-funcionales descritos en la literatura, que participan en la génesis y mantenimiento de la patología adictiva. Ello con la finalidad de maximizar el apego al tratamiento mediante el incre-

mento de la motivación para el cambio, y no sólo enfocando éste a la eliminación del síntoma, tal como aún ocurre en diferentes sistemas de atención asistencial. La eficacia en la utilización de esta forma de manejo se ha reportado superior a 80% en programas de tratamiento combinado.⁵² No obstante, la AT no siempre muestra un comportamiento estable y uniforme, pues sus resultados son variables en las distintas modalidades psicoterapéuticas. En adicciones por ejemplo, se aprecian efectos mixtos a pesar de que los exámenes toxicológicos en el caso de ciertos pacientes adictos a estimulantes ilegales (cocaína) permanecen más tiempo con resultados negativos durante su manejo.⁵³ En esa dirección, debe tomarse en cuenta que los modelos animales de adicción, si bien han producido medicamentos eficaces para reducir los síntomas y mejorar la función, no son todavía, lamentablemente, curativos.⁵⁴ Y dado que la adicción produce cambios significativos y duraderos en la química y función cerebrales, a pesar de la existencia de fármacos efectivos (contra nicotina, alcohol y opiáceos, no así para cocaína, anfetaminas y metanfetaminas y marihuana), la AT habrá de privilegiarse para el manejo de la adicción –salvo excepciones–, como padecimiento crónico que requiere de manejo a largo plazo y no como un síntoma agudo.⁵⁵ En el caso de una pobre AT en la adicción a opiáceos, por ejemplo, ésta, según investigaciones, se asocia con: el consumo no supervisado y más alta frecuencia de consumo, derivado de una corta duración del tratamiento; minoría de edad de los pacientes y una menor dosis de metadona para contrarrestar los efectos de la droga, lo cual produce a menudo, resultados esperables de laboratorio toxicológico, positivos en orina.⁵⁶

CONCLUSIÓN

La adicción a psicotrópicos legales e ilegales y, en su caso, de otras sustancias de abuso (psicofármacos), es una enfermedad cerebral de estirpe multifactorial, cuyo carácter crónico se caracteriza por frecuentes recaídas y una dificultad importante para establecer y mantener la abstinencia. Tal condición esencialmente reiterativa, se hace más patente cuando colabora la interrupción del manejo, por lo que el tratamiento supervisado y a largo plazo se recomienda en todos los casos. El manejo especializado con psicofármacos es necesario para aliviar los síntomas de los trastornos adictivos y en muchas ocasiones también para estabilizar y mantener los estados crónicos alterados, lo que favorece el abordaje psicoterapéutico de los casos. Asimismo, la aplicación de técnicas de psicoterapia conductual o

psicoanalíticamente orientada, una vez que se ha controlado el cuadro y se estabiliza el paciente en su abstinencia, respectivamente, son imprescindibles para lograr y reforzar los avances del tratamiento, dada la dificultad rehabilitatoria de estos pacientes. En ello, la experiencia documental guía las acciones terapéuticas hasta la reinserción social de los afectados. En consecuencia puede afirmarse, que la AT y el apego al tratamiento que deriva de tales esfuerzos, son fundamentales para el éxito del manejo de casos. En efecto, en tal dirección basta mostrar como ejemplo de palpante actualidad, los satisfactorios resultados del procedimiento llamado *gestión intensiva*, un tipo de intervención psicoterapéutica prometedor para la gestión de la dependencia de sustancias entre mujeres que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, el cual ha documentado con éxito, una alta mejoría en las tasas de empleo en esta población vulnerable.⁵⁷ Muchas de las personas involucradas en labores terapéuticas pueden incrementar sus habilidades vinculares con los pacientes, en la medida que aprenden, introyectan y desarrollan su capacidad relacional consigo y con las personas de su entorno, lo cual podrá influir favorablemente en su labor cotidiana destinada al manejo de casos y de los familiares de los afectados. Esperemos que se consolide el aludido deseo de superación entre el PS que atiende adicciones; que supervisen su labor y a su vez, estimulen con su ejemplo a los profesionales en formación, a participar de tal aprendizaje en la más deseable forma de auto vigilancia, que mejora su propio desempeño a lo largo de su vida profesional y propicia la gran satisfacción de ayudar a quienes lo necesitan.

REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. Rev Mex Neuroci 2004; 5: 57-69.
2. Souza y Machorro M. Adicciones: clínica y terapéutica. México: Editorial Alfil; 2007.
3. Souza y Machorro M. Obstáculos y recomendaciones para el tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos. Rev Mex Neuroci 2009; 10: 350-9.
4. Secretaría de Salud, SSA. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. 1a. Ed. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC; Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: Fundación Río Arroyo; 2008.
5. Souza y Machorro M. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. Rev Mex Neuroci 2002; 2: 25-7.
6. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1 Attachment. New York: Basic Books; 1969.
7. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson J & Rholes S (eds.). Attachment theory and close relationships. New York: Guilford; 1998. p. 143-65.
8. Waters E, Hamilton N, Weinfield C. The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood. Child Dev 2000; 71: 73-6.
9. Hardy G, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Reilly S, Shapiro D. Therapist Responsiveness to Client Attachment Styles and Issues Observed in Client-Identified Significant Events in Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy. Psychotherapy Research 1999; 9: 36-53.
10. Leiper R, Casares P. An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. Brit J Medical Psychology 2000; 73: 449-64.
11. Eames V, Roth A. Patient Attachment Orientation and the Early Working Alliance-A Study of Patient and Therapist Reports of Alliance Quality and Ruptures. Psychotherapy Research 2000; 10: 421-34.
12. Muran JC. *Self-Relations in the Psychotherapy Process*. Washington: APA Books 2001.
13. Stiles WB, Glick MJ, Osatuke K, Hardy GE, Shapiro DA, Agnew-Davies R, Rees A, et al. Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped. J Counseling Psychology 2004; 51: 81-92.
14. Anolli L, Balconi M. Adult attachment interview, thematic analysis, and communicative style in families with substance use disorder. Psychological Reports 2002; 90: 279-99.
15. Juffer F, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Intervention in transmission of insecure attachment: a case study. Psychological Reports 1997; 80: 531-43.
16. De Roten Y, Gilliéron E, Despland J, Stigler M. Functions of Mutual Smiling and Alliance Building in Early Therapeutic Interaction. Psychotherapy Research 2002; 12: 193-212.
17. Bowlby J. *Secure Base Clinical applications of Attachment Theory (Collected Papers)* London: Tavistock; 1988.
18. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willitski U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: M. J. Lambert (ed.). Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th. Ed. New York: John Wiley & Sons; 2004.
19. Valdés SN. Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica y III Encuentro Psicoterapéutico. Society for Psychotherapy Research; Comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Reñaca, Viña del Mar, Agosto 8-11, 2002.
20. Macewan G. The efforts of therapists in the first session to establish a therapeutic alliance. Graduate School of the University of Massachusetts. Master of Sciences Thesis. Amherst; 2009, p. 66.
21. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willitski U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ (ed.). Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th. Ed. New York: John Wiley & Sons; 2004.
22. Martin DJ, Garske JP, Davies MK. Relationship of Alliance with Outcome and Other Variables. 2000. J Clinical Psychol 2000; 68: 438-50.
23. Knobloch-Fedders A, Lynne M, Pinsof WM. Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. J Marital Family Therapy 2007; 1: 129-35.
24. Souza y Machorro M. La responsabilidad social de psicoterapeuta en adicciones. Rev Mex Neuroci 2009; 10: 9-10.
25. Gelso CJ, Carter J. The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. Counseling Psychologist 1985; 13: 155-243
26. Gelso CJ, Carter J. Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. J Counseling Psychology 1994; 41: 296-306.
27. Gelso CJ, Samstag LW. A Tripartite Model of the Therapeutic Relationship. Handbook of Counseling Psychology. 4th. Ed. New York: Basic Books; 2008, p. 267-80.
28. Gelso CJ, Hayes JA. *The Psychotherapy Relationship: Theory, Research and Practice*. New York, John Wiley & Sons, 1998, pp. 22-46.
29. Souza y Machorro M. Aspectos psicodinámicos y psicoterapia del paciente adicto. Evento Académico en Memoria del Dr. Erich Fromm. México: Instituto Mexicano de Psicoanálisis. A.C.; 2002, p. 29-30.
30. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. J Consulting and Clinical Psychology 1993; 61: 561-73.
31. De Leon G. Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework. Substance Use & Misuse 1995; 30: 1603-45.
32. Connors C, Di Clemente R, Longabaugh YD. *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting and Planning Interventions*. New York: Guilford Substance Abuse Series; 2002.

33. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Counseling Psychology* 1991; 38: 139-49.
34. Luborsky L. Theories of Cure in Psychoanalytic Psychotherapies and the Evidence for Them. *Psychoanal Inq* 1996; 16: 257-64.
35. Rait DS. The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice* 2000; 56: 211-24.
36. Balconi M, Anolli L. Adult attachment interview, thematic analysis, and communicative style in families with substance use disorder. *Psychological Reports* 2002; 90: 299-303.
37. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2002; 37: 50-9.
38. Buchheim A, Strauss B, Kächele H. The differential relevance of attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2002; 52: 128-33.
39. Weaver A, De Waal FB. An index of relationship quality based on attachment theory. *J Comparative and Physiological Psychology* 2002; 116: 93-106.
40. Stiles WB, Glick MJ, Osatuke K, Hardy GE, Shapiro DA, Agnew-Davies R, Rees A, Barkham M. Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped. *J Counseling Psychology* 2004; 51: 81-92.
41. Martin DJ, Garske J, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. Meta-analytic review. *J Consulting Clinical Psychology* 2000; 68: 438-50.
42. Horvath AO, Greenberg L. The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. In Greenberg L, Pinsoff W (ed.). *Psychotherapeutic Processes: A Research Handbook*. New York: Guilford Press; 1986.
43. Souza y Machorro M. *Psiquiatría de las Adicciones*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2010.
44. Gaston L, Marmar CR. *Manual for the California Psychotherapy Alliance Scales – CALPAS*. Montreal, Canada: Department of Psychiatry McGill University; 1991.
45. McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Scale To Assess Relationships*. *Psychological Medicine* 2007; 37: 85-95.
46. Carroll KM, Rachel CHN, Sifry L, Nuro KF, Frankforter TL, Ball SA, Fenton L, et al. A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 57: 225-38.
47. Beck J. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
48. Safran JD, Muran JCH. *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press; 2000.
49. Gilmore JD, Lash SJ, Foster MA, Blosser MA. Adherence to Substance Abuse Treatment: Clinical Utility of Two MMPI-2 Scales. *J Personality Assessment* 2000; 77: 524-40.
50. Meier PS, Barrowclough CH, Donmall MC. The role of therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2004; 100: 304-16.
51. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consulting Clinical Psychology* 1996; 64: 532-53.
52. Volpicelli JR, Petinatti HM, McLellan AT, O'Brien CHP. *Combining medication and psychosocial treatments for addictions: BRENDA Model*. New York: Guilford Press; 2001.
53. Glazer SS, Galanter M, Megwinoff O, Dermatis H, Keller DS. The Role of Therapeutic Alliance in Network Therapy: A Family and Peer Support-Based Treatment for Cocaine Abuse. *Substance Abuse* 2003; 24: 93-100.
54. O'Brien CHP. Evidence-based treatments of addiction. *Philosophical transactions of the Royal Society. Biological Sciences* 2008; 363: 3277-86.
55. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CHP, Kleber HD. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation *JAMA* 2000; 284: 1689-95.
56. Dunn J. Lead Consultant in Substance Misuse. Adherence to substitute opioid prescribing: survey of inner-London drug services. *Psychiatric Bulletin* The Royal College of Psychiatrists 2009; 33: 336-340.
57. Morgenstern J, Neighbors CHJ, Kuerbis A, Riordan A, Blanchard KA, McVeigh KH, et al. Improving 24-Month Abstinence and Employment Outcomes for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families With Intensive Case Management. *Am J Public Health* 2009; 99: 328-33.



Correspondencia: Mario Souza y Machorro.
Federación Iberoamericana de Medicina Neuropsicológica, A.C.
Cristóbal Colón 75-15. Col. Tlalcoligía. Tlalpan, Ciudad de México. C.P.
14430. Tel.: 5655-6139, Cel.: 04455-55072861.
Correo electrónico: souzaym@yahoo.com

Artículo recibido: Agosto 22 de 2011
Artículo aceptado: Noviembre 12 de 2012