

Adicciones, psicopatología y psicoterapia

Souza y Machorro M¹

De entre los aspectos psicopatológicos, el narcisismo, que expresa la conducta de muchos abusadores adictos, puede ser vista como una sobrecompensación derivada de la equívoca interpretación de sus carencias, ya reales o ficticias. Comprender su psicodinamia es tarea imprescindible para su manejo.

RESUMEN

El concepto de abusador/adicto, como enfermo, relativamente nuevo en medicina, supone que aún requieran explicarse la psicodinamia y la psicopatología, para ser asumidos por el personal de salud. Las modalidades psicoterapéuticas complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia. Las etapas (Prochaska) que muestran la capacidad de cambio psicológico (Precontemplativa, Contemplativa, Determinación, Acción, Mantenimiento, Recaída) permiten conocer la posibilidad real de reconstrucción personal: Lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal. La técnica psicodinámica enfoca los significados de la "sustancia como Objeto" y el estudio del "Self del adicto", y alcanza la modificación de la personalidad, vía análisis de la resistencia y la transferencia. La razón para la reconstrucción de la vida individual es que el hombre no puede ser total, completo y feliz desde un principio, dado que como ser, es estructural y existencialmente inacabado. Tiene que "producirse" a sí mismo sin poder integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada. Su conflicto básico se encuentra entre el amor y el odio, y sus sentimientos asociados. Pero antes deberá ser educado y orientado frente al falso optimismo de la cultura, en espera de la pronta decepción de su esperanza y adaptación a la realidad. El abusador/adicto se encuentra lejos de la salud individual-vincular-social, mientras no construya una mejor situación para su futuro. Abandonar la adicción es importante, pero lo devuelve a la condición de inicio, aún tiene que autoproducirse, aún le falta camino por andar.

Palabras clave: adicciones, psicopatología, psicoterapia.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(1): 57-69

Addictions, psychopathology and psychotherapy

ABSTRACT

The concept of abuser-addict, as a sick person, relatively new in medicine, still makes necessary to explain psychodynamics and psychopathology, to be assumed by the health personnel. The complementary psychotherapeutic variations to the pharmacological handling favor the abstinence and the prevention of relapse. The stages that show capacity for psychological change: pre-contemplative, contemplative, determinations, action, maintenance, relapse, have the real possibility of personal reconstruction, and initiate the process of change. Subsequently, psychodynamic therapy creates the therapeutic relationship, discovers the pathology of personality, the link with symptomatic facts and the sick way of getting self-esteem. With the overcoming of resistance, the exploration of child life, the analysis of transference and environmental support and the immediate surrounding, reality is evaluated objectively and persistently in order to maintain intrapsychic changes threatened too by the paradox of socio-familial sabotage. The transient, structural and existentially unfinished nature of human being makes the affected person to first learn to handle his basic conflict found between love and hate, and his associated feelings, because education oriented towards a false cultural optimism, deceives and pushes to mental pathology, or in the contrary, to the adaptation of reality. The abuser-addict even far from individual-vincular-social health must build a better condition for his future, for which he must "self-produce", that is to say, to achieve the discovery and a more prolific and authentic use of personal identity, without which we cannot talk about the development of human potentialities.

Key words: addictions, psychopathology, psychotherapy.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(1): 57-69

1. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Adscrito a la Dirección General Adjunta Normativa. Centros de Integración Juvenil, A. C.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx

ANTECEDENTES

Contextualizar los aspectos psicodinámicos y la psicopatología del abusador/adicto a psicotrópicos, tema en el que la mayor parte de la comunidad, incluidos algunos profesionales, no está familiarizada, es imperativo para una introducción conceptual a su fenomenología,¹ complicaciones y comorbilidad.² Las adicciones, trastornos derivados de una etiopatogenia compleja y multifactorial,³ se desarrollan vertiginosamente en la actualidad cobrando matices polifacéticos que reinciden hasta hacerse crónicos y generar elevados costos sociales.⁴ Ello define la necesidad de atenderlas en forma propositiva con los mejores recursos.^{3,4} La variedad de síndromes adictivos como problema mundial, requiere de una organización terapéutica constante, capaz de atender a la vez y con la misma preferencia lo urgente y lo trascendente.⁵ Que conquiste y mantenga la abstinencia y dé contención firme, comprensiva, eficaz y respetuosa, invitando al paciente, familiares, amigos, compañeros, etc., a consolidar una reinserción social que posibilite la rehabilitación integral y duradera.⁶ Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados, los resultados no pueden compararse ni remotamente, con el impacto y diseminación social del problema.⁷ Esta condición fomentada en cierta forma, por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios,⁸ se debe lo mismo a la prevaleciente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética comunitaria, que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello, reforzado por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento.⁹ En dicha condición, la psicoterapia, de la que por cierto la mayor parte de la sociedad, el personal de salud y los médicos, incluso, no disponen de mayor conocimiento –aunque a veces la critiquen–, deviene fundamental para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología.⁷⁻⁹ No basta con prescribir contra la sintomatología de los síndromes adictivos o comórbidos, hacen falta modalidades reflexivas capaces de reforzar el manejo en dirección benéfica del individuo, su familia y la comunidad:^{10,11} con el fortalecimiento de actividades antiadictivas; la promoción del inicio oportuno del manejo de tales problemas^{12,13} y la disminución de la deserción del manejo de los casos, ya que su abandono –tan frecuente que caracteriza este problema psiquiátrico– redundaría en la afectación de los afectados, debido a la estructuración de su personalidad y a la disfunción psicosocial que provoca.^{5,6,9,14} Sin embargo, una adecuada promoción de la incorporación del personal de atención primaria en los

programas antiadictivos, y de modo especial, en la reducción del daño, en muchos casos no es esperable pronto ni de modo fácil. Existen múltiples dificultades a vencer antes de consolidarse, aunque la mayor parte de los profesionales esté de acuerdo en que la meta del manejo sea la abstinencia total, permanente y sin concesiones.^{5,15,16} La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral;^{5,17,18} de modo que las generalizaciones y sobresimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo, lo mismo dan fe de su buena intención como equipo, que de su ingenuidad frente a esta problemática.^{7,9,15,16} Porque mientras unos pacientes por su caracteropatía y el papel que juega en su adicción (es difícil imaginar la patología adictiva sin esta condición), requieren terapia individual, otros requieren, además, manejo de sus problemas de pareja o familiares. Y otros más presentan problemas psiquiátricos específicos controlables en forma farmacológica, sin cuya acción oportuna se impide la reducción del anhelo vehemente de consumo (craving) y sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.^{17,18} Una vez logrado el manejo de la condición aguda de los síndromes adictivos, se hace necesario vigorizar la comprensión global de los profesionales de la salud, familiares y líderes comunitarios acerca de este trastorno, con ayuda de la medicina y demás ciencias afines.^{4,5,7,8}

INTRODUCCIÓN

El concepto del abusador/adicto como enfermo es relativamente reciente en el campo médico;^{17,19,20} aún no se asume en forma regular por los integrantes del equipo de salud. A la terapéutica de las adicciones se han incorporado conocimientos importantes para la propedéutica, fisiopatología, nosología y clínica, pero no todos los conocen ni usan adecuadamente.^{2,3,5,21-26} Y como el conocimiento de la personalidad del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones se liga a la recaída que impide la abstinencia, se justifica ampliamente el uso de la psicoterapia, como un intento sistemático de influir sobre la conducta, dentro de los límites del deseo del individuo de modificarla.²⁷⁻³¹ De las vertientes psicoterapéuticas utilizadas en el manejo antiadictivo, ambas posturas brindan opciones de corrección: el grupo de las conductuales y las reflexivas o de introspección.¹ Y si bien operan con distintos procedimientos y en *tempos* diversos, ambas en combinación secuencial favorecen el logro de la reconstrucción psicosocial.⁵ Lo que no necesariamente significa, empero, que prescindiendo de su orden de aplicación, funcionen indistintamente.^{4,15,32-35} Dada la amplia documentación respec-

to de la participación de la psicopatología en la etiopatogenia y evolución del abuso/adicción, se acepta que el desarrollo de una conducta iterativa de consumo, deviene de rasgos caracterológicos (como origen, concomitancia o consecuencia) que afectan el diagnóstico, manejo y pronóstico.³⁶⁻⁴² De ahí que la estrategia de abordaje cognitivo-conductual es útil referente del momento y condiciones para incluir a los pacientes a tratamiento.^{43,44} Cursadas las cinco etapas descritas por Prochazka (Pre-contemplativa y Contemplativa, donde predomina la ambivalencia y no existe aún deseo de cambio; de Determinación, en la que es posible establecer la decisión para el cambio con la participación del sujeto; de Acción, en la que el sujeto busca ayuda por fin e inicia su decisión para el manejo formal; y la de Mantenimiento, centrada en el control de la abstinencia y la evitación sistemática de la recaída vía autocontrol) el individuo está en posibilidad apenas, de iniciar su reconstrucción y crecimiento:^{43,44} lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal.⁴⁵ Sin lo cual no se puede hablar de desarrollo de las potencialidades humanas.⁵ Evidencia documental señala que la psicopatología de los adictos participa del fenómeno recursivo multifactorial de consumo-daño-consumo.^{1,5,46-48} Una persona sometida a una condición desfavorable, que encuentra un modo inmediato, perentorio y paliativo, pero ciertamente eficaz, aunque destructivo de evadir su ansiedad, depresión, etc., considerará oportuno y conveniente refugiarse en la eliminación sintomática que resulta de consumir drogas, para evitar arrostrar las exigencias de la vida o todo aquello que le provoque tensión. Sin darse cuenta que a través de este mórbico seudorrecurso desencadena su patología.^{1,7,8,23,24,28} Con base en la evitación como "estilo de vida", el abusador/adicto participa con su psicopatología a la etiopatogenia y la circunstancialidad que la mantiene. Por ello es relevante considerar que los distintos recursos dirigidos a romper la reiteración patógena, deben atender de modo simultáneo el problema de la adicción y los conflictos psicopatológicos asociados, mismos que a menudo se menosprecian en las unidades institucionales de salud.^{5,6,8,49} Cuando se asigna sólo manejo sintomático a la enfermedad adictiva, sin el complemento que hace de él un tratamiento integral, dicho manejo resultará, en el mejor de los casos, insuficientemente exitoso.^{1,5,42}

En la terapia psicodinámica existen dos puntos centrales: Los significados de la "sustancia como Objeto" y el estudio del "Self del adicto".^{28,29,50} Una de las condiciones inherentes a la psicoterapia particularmente interesante, es exponer al sujeto al doloroso reconocimiento del conflicto interno y de

las ilusiones que intenta mantener.^{5,15} Pero la tarea más ardua es enfrentar la desidealización de sí mismo y del Objeto.^{23,25,28} En ello el papel del síntoma es fundamental, pues representa el malestar a vencer y un cuestionamiento a sí mismo, cuya respuesta desconoce y lo atormenta. Representa, asimismo, la demanda de tratamiento, sin la cual no hay deseo, esfuerzo ni razón para luchar.^{17,29,30} De ahí que el proceso hacia la creación del síntoma derivado del consumo puede ser largo y pasar por muchas etapas, pero es capital en el manejo.²⁹⁻³² A menudo el afectado busca sustituir la droga por algún otro *objeto ideal*, poseedor de las respuestas esperadas que proyecta sobre el psicotrópico, dejando intacta la subjetividad y limitando la aparición del síntoma. Por eso se afirma que si el abusador/adicto sólo interrumpe el consumo y no reemplaza el Objeto del deseo por el de la necesidad, no puede alcanzar la curación.^{31,32,50} Pues existe toda una relación con la sustancia y ésta ha cumplido una función subjetiva. Si no se analiza dicha relación el paciente queda carente de significados.^{5,14,15,17,50} No obstante que la dependencia se explica desde la afección de la neuroquímica cerebral (tolerancia, abstinencia y anhelo vehemente de consumo) y otras alteraciones vinculadas al daño corporal,^{37,38,5} se debe cuestionar: ¿qué papel juega la droga en el aparato emocional?^{25,27,28,51} Y dado que vivimos en un mundo de objetos, resulta esencial conocer ¿qué tipo de Objeto es la sustancia para el abusador/adicto?,^{52,53} pues de ello depende el conocimiento de su dependencia. Y si este objeto se vuelve *totalitario*, se produce una respuesta desproporcionada a una carencia desproporcionada: recurrir a una especie de prótesis o amuleto que se constituye en Objeto Transicional^{53,54} que impide el crecimiento emocional. El objeto totalitario se interpreta como una repetición de la búsqueda de seguridad; deseos de contar con un instrumento de mediación para "protegerse". Pero el uso de tal instrumento inevitablemente causa regresión al momento donde se debió gestar la individuación, manteniendo así la necesidad de recurrir a él continuamente y ponderando la fusión y la disolución del sí mismo.^{55,56}

Para la comprensión del Self del adicto es importante recordar el papel de los estímulos empáticos de la madre y su respuesta especular de confirmación del sí mismo, como generadores de la autoestima y seguridad individual.^{56,57} Se ha fundamentado la función específica de la frustración máxima como necesaria para el desarrollo de la seguridad yoica y el control de los impulsos. En el abusador/adicto no es raro encontrar el antecedente clínico de una madre con carencias importantes de la capacidad empática, para la relevante fusión simbiótica nutriente, la cual provoca una

sobreadaptación infantil. Estos pacientes, fijados a una finalidad narcisista, son pasivos, desean esencialmente recibir y sus actuaciones son remedos de búsqueda de satisfacción sistemáticamente ligados al psicotrópico. Para ellos los objetos son sólo proveedores de suministros, pero como éstos se desenvuelven en un registro enigmático y por tanto poco claro para ellos, cuando se resisten a ser objetos de esclavitud y manipulación, es decir, de suministro de la droga, son abandonados *ipso facto*.⁵⁶⁻⁵⁸ Y como no toleran el curso que una relación humana implica, viven en el "facilísimo" y suelen intentar escapar de ella, refugiándose en la intoxicación. He ahí la importancia de prever las recaídas, pues el vacío es la modalidad básica de vivencia subjetiva del adicto, que se atrapa a sí mismo en el laberinto de la adicción, en su intento de escapar de su vacuidad y sin sentido. La comprensión psicodinámica de la modalidad relacional, así como la patología de personalidad y de la conducta descritas, lleva a concebir que cuando han existido desconexiones traumáticas producidas por fallas empáticas graves de la madre, que obligan al Yo a sobreponerse a la impotencia de la desesperanza; o bien, cuando por falta de estímulos el individuo se desconecta y busca en la autoestimulación las sensaciones, sentirse vivo, la droga se constituye en el elemento al que se confiere una doble significación: La de buscar calmar la necesidad y la de tratar de llenar la carencia derivada del vacío estructural, que es a la vez, expresión de hostilidad y destructividad.⁵⁶⁻⁵⁸ Desde esta óptica, la adicción se interpreta como una forma variante de perversión de la libido –ya que no sigue un curso evolutivo y saludable– debido a la similitud que guarda la sustancia o la conducta adictiva en su caso, con el objeto fetichista, y en la que se observan importantes fallas en los sistemas de adaptación y análisis yoicos,⁵⁹⁻⁶¹ ligados a un apego autodestructivo caracterizado por anhedonia, temor al éxito, deprivación de sí mismo y los demás, aislacionismo, voyeurismo negativo, apego al dolor físico y en la mayor parte de los casos masoquismo.⁶⁰

Consideraciones teóricas recientes permiten saber que el uso nocivo de los psicotrópicos está promovido por un instinto de autodestrucción, a menudo desconocido por el portador. Es decir, negado o reprimido. Peligro que en un intento de control omnipotente y fantasioso, desarrolla una potente liga emocional perversa que representa la erotización secundaria de la satisfacción a través del mecanismo reiterativo de la intoxicación.⁵⁹ Desde esa óptica se acepta que una droga prohibida contiene más erotismo y fascinación o atracción, que una permitida, tal como se observa en la práctica al tratar pacientes adictos y conductas disociales.⁶⁰⁻⁶³

No obstante, cualquier cosa inofensiva e incluso buena (comida, sexo, juego, dinero, poder u otras), observada bajo el prisma de la atracción patógena por el peligro, es análoga a una "*necesidad de satisfacción equivalente a la droga*" (dependencia psíquica) sin generar propiamente un mecanismo adictivo neuroquímico cerebral.^{1,62-65} Vale decir, de paso, que ésa es la razón para no clasificar las conductas compulsivas como trastorno adictivo vero. El individuo entonces, prefiere la acción, la descarga y el "refugio" en el apaciguamiento de sí mismo, en particular la "anestesia" que demanda su irracional inconformidad patógena.^{46,53,57,58,66} El abusador/adicto, en palabras de Baudelaire: "Bebe para evitar ser tocado por la realidad exterior o interior desfavorable". Es decir, para paliar sus traumas, como método de tratar de desmentir el principio de realidad y solazarse con los placeres de la magia de la fantasía subjetiva y el narcisismo. El deseo de aguantar mucha bebida es parte del deseo de restaurar la omnipotencia infantil y la reafirmación viril desfalleciente.^{5,36,46,66-68} Algunos autores estiman que tal psicopatología es mejor comprendida y valorada en la parte ulterior del manejo de los casos.⁶⁷⁻⁷²

DESCRIPCIÓN

La eficacia mostrada en la especialidad por los psicofármacos y otros tratamientos somáticos en la mejoría de algunos trastornos psiquiátricos, ha hecho que se cuestione ¿cuál es el cometido de la psicoterapia (individual, conyugal, grupal, familiar) para llevar a estos sujetos a situaciones más favorables?^{37,38} A ello se puede responder de muchas maneras. Si bien es cierto que estas formidables "herramientas" corrigen una buena parte de los síntomas de los trastornos de la especialidad, no es esperable por ahora la reducción completa de todos ellos sólo por acción farmacológica. Faltarían por atender, en todo caso, los asuntos intrapersonales y los interpersonales de las relaciones vinculares humanas. En adición, no todas las personas responden a manejos somáticos ni lo hacen de igual forma. Tales manejos parecen afectar hasta ahora diferentes aspectos del espectro psicopatológico, en forma más intensa, pronta y adecuada que la psicoterapia. Y no obstante, con todo el escepticismo que pueda disponerse respecto de la eficacia psicoterapéutica, siendo válido, omite la inherente aportación que brinda a la mejoría de los trastornos psiquiátricos. En tal sentido, se recomienda que la psicoterapia psicodinámica de los abusadores/adictos se inicie después del manejo cognitivo-conductual, aunque algunos pacientes excepcionalmente pueden iniciarla desde el principio. Es decir, una vez cursadas las actividades contenidas en las semanas de manejo por internamiento residencial –diez o más–, bajo el modelo

profesional integrativo, para el abordaje agudo de los casos derivados de los síndromes de intoxicación y abstinencia y la dependencia.⁷³ En dicho programa, la psicoterapia inicial de las adicciones (cognitivo-conductual) se dirige con igual propósito al individuo-grupo-familia, para consolidar el conocimiento, apoyado por la labor de educación en salud mental a la población, a través de notas periodísticas, cápsulas informativas radiofónicas y *spots* televisivos, entre otras participaciones comunitarias. De modo que la acción psicológica-educativa se enfoca a la solución inmediata de: Conflictos vinculados a la adicción (ciclo causa-consecuencia- causa), evaluación y corrección. Diseño del proyecto de vida. Mantenimiento de la abstinencia y prevención de las recaídas con ayuda o no, de los Grupos de Ayuda Mutua.^{1,4,6,16,38,39} Una vez comprendida y manejada la inmediata problemática del abusador/ adicto y su comorbilidad, se supervisa su funcionamiento psicosocial, en el marco de un proyecto de vida realista, y el despliegue de hábitos saludables durante la abstinencia.⁷³ Ello implica la reestructuración funcional de la personalidad. Cuando el paciente dispone de capacidad de introspección (insight) y habiéndose ya alcanzado cierto nivel de abstinencia y sobriedad, se recurre a la psicoterapia psicodinámica de tres años de duración en promedio, dada la mayor profundidad de reestructuración psíquica que produce.^{1,5,14,15,28,29,32,39,50} Esta modalidad terapéutica rinde su mejor utilidad en la tercera etapa de manejo, momento en el que su propósito básico es la reestructuración de la personalidad y el mantenimiento perenne a la abstinencia.^{1,52,53,57,73} El conjunto de actividades tiene por meta informar, desmitificar, dar educación preventiva y promoción a la rehabilitación posterior tardía, ya que el tratamiento antiadictivo completo, en el mejor de los casos, tiene una duración promedio de cinco años. En tal sentido, cabe señalar que la psicoterapia psicodinámica no es tratamiento específico para los trastornos adictivos ni para los síntomas o trastornos diversos que aparecen durante los episodios clínicos de otras patologías psiquiátricas. En la depresión, por ejemplo, fondo común de muchos abusadores/adictos, especialmente aquellos que consumen estimulantes, los síntomas vegetativos más importantes como la anergia, el insomnio y la anorexia, responden más pronto y mejor a los psicofármacos.^{18,19} Mientras que el estado de ánimo disfórico e inactivante puede ser apoyado desde el principio con psicoterapia, cuando el paciente es optimista con su nuevo tratamiento o encuentra un terapeuta que comprende sus dificultades. Esta temprana mejoría cuyo mecanismo de acción es indirecto, aparece cualquier forma de terapia interpersonal, ya que no es atribuible a ninguna de

ellas en particular. El manejo psicoterapéutico no ataca los síntomas de la adicción, se enfoca a reducir la magnitud y recidivas del mismo, al mejorar la habilidad del individuo para comprender su psicopatología, afrontarla e incrementar su resistencia emocional frente a los sucesos previos que motivaron sus actitudes y conducta de consumo. Tal manejo, véase la complementariedad, actúa de modo semejante en la depresión, al confrontar las experiencias depresógenas. La terapia fortalece las capacidades adaptativas fundamentales.³⁶ Por tanto, su objetivo se dirige a *cambiar la estructura de la personalidad más que a mejorar el malestar sintomático*, pues los síntomas se tratan indirectamente. Se trata de otro concepto terapéutico que difiere del manejo médico tradicional: el paciente mejorará cuando mejore su resistencia a las experiencias previas que desembocaron en su disfuncionalidad y eventualmente de acuerdo con la experiencia, tendrá una menor frecuencia y gravedad en sus episodios.^{5,61-63,70} La psicoterapia psicodinámica alcanza la modificación de la personalidad con el análisis de los dos aspectos centrales: La *resistencia*, método inconsciente por el que el paciente recurre a bloquear el conocimiento consciente de su mundo intrapsíquico y la *transferencia*, que representa una dinámica inconsciente del individuo en la vida actual, para ajustarse a las características de las personas que fueron significativas en su pasado. Ahora bien, aunque el paciente ignore esta inadecuada distorsión, se afecta por las reacciones frente a las relaciones transformadas triangularmente, con otros individuos. En tal caso, éste proyecta sobre el terapeuta la emocionalidad derivada de sus expectativas, deseos, miedos, etc., acaecidos en su vida pasada. Con base en ello, la tarea psicoanalítica se divide en dos fases:^{50,52} Conseguir que las experiencias de aquí y ahora con el terapeuta permitan descubrir la forma en que en el pasado sigue viviendo en las percepciones del paciente y en su conducta. Y mostrarle cómo la situación actual es completamente diferente del pasado.^{50,51} En el seno de una relación íntima y de confianza, el paciente más fácil comprende en forma gradual aquellos aspectos patológicos ocultos de sí mismo, que el terapeuta identifica por etapas e interpreta de acuerdo con apreciaciones más apropiadas de la realidad. A partir del conocimiento de lo oculto se vinculará a las memorias y composiciones dolorosas, y al esfuerzo para resistir este conocimiento y transformación constante. He ahí la importancia de la veracidad en el manejo psicológico de los casos, como ocurre por razones técnicas semejantes, en otros campos de la medicina. En consecuencia, la regla fundamental para el paciente es relatar todo lo que le venga a la mente sin censura,

aunque le parezca sin sentido. Mientras, el terapeuta escucha el relato con "atención flotante" y en "abstención" –de participación–, hasta entender e interpretar algo revelador. La realización y avance de la terapia, lo promueve el proceso de confortación sistemática del Yo con un mismo material, tarea denominada elaboración.^{50,53} Sucintamente dicho, la terapia consiste en prevenir futuras recidivas del trastorno cuya acción preventiva no logran los fármacos.^{57,74-76}

DISCUSIÓN

A diferencia de otras terapias psíquicas con objetivos más breves y concretos, la psicoterapia psicodinámica es más larga, en función de las metas que se propone. De modo que el tipo de procedimiento y la teoría de la técnica –proveniente de la experiencia clínica– en la que se sustenta, se dirigen a mantener el interés del afectado en su crecimiento, por encima de su resistencia. Para ello se recomienda:

1. Que exista una entrevista profesional frecuente.
2. Que ésta sea intensa, comprometida y en ocasiones se convierta inclusive en frustrante.
3. Que se pague por ello como una forma de esfuerzo a vencer.
4. Que no se dé tregua o escapatoria alguna al paciente, quien siempre intentará escabullirse de confrontar sus contradicciones y renunciar a la meta del conocimiento que más adelante, de alcanzarse, lo hará libre.

Los descubrimientos que aparezcan lo sacudirán y le brindarán, a la vez, un panorama nuevo y ello puede entenderse de muchas maneras placenteras por la promesa que encierran y a pesar de su doloroso significado.^{74,75} Cabe considerar que muchos de los abusadores/adictos debido a su psicopatología no disponen de las condiciones para soportar la técnica y el procedimiento, y quizá hasta podrían empeorar al examinar emociones intensas, para las cuales no están preparados cuando aún existe consumo (distorsión transferencial). La capacidad para soportar el dolor psíquico (depresión, ansiedad, etc.) y aprender de ella, es un signo de madurez y fortaleza que no todas las personas tienen. Aquella que manifieste un trastorno de adaptación puede ser ayudada en psicoterapia con miras a cursar un proceso de autodescubrimiento. La psicoterapia puede ayudarles al permitir un acercamiento y una relación abierta, en un periodo de la vida de urgente necesidad.^{51,52,55} Los consumidores de psicotrópicos deprimidos o ansio-depresivos, son capaces de evitar su estado a partir de estilos de vida psicológicamente desviados, vía consumo, para caer una vez

más, cuando no pueden prolongar su mecanismo "defensivo". Algunos de ellos intentan protegerse de sus conflictos adoptando relaciones masoquistas o de dependencia, pensando que les ofrecerán el amor y la seguridad que tan desesperadamente desean e imponen a los demás proveerles. Otros, se refuerzan en grandes y nobles empresas con la intención de probar su valía personal. Sin embargo, las metas irreales y excesivas para las cuales utilizan sus defensas en el mantenimiento de su autoestima, producen paradójicamente una constante vulnerabilidad para los episodios depresivos.³⁴⁻³⁶ Tales pacientes, que a menudo exhiben cuadros depresivos (caracterológicos y/o episódicos), presentan historias de larga duración con patrones maladaptativos de personalidad, creencias distorsionadas sobre sí mismos y los demás, e importantes dificultades para establecer un sentido de propia y auténtica valía. Por eso en sus sueños suelen aparecer cuadros abigarrados de actividades trastornadas, que acusan su autodesprecio, nihilismo y destructividad. Considérese, por ejemplo, una ama de casa de 37 años, consumidora crónica de ansiolíticos, soñó⁷⁷ "que se veía con su marido recién fallecido, en un viaje a una playa, lugar semejante al que conocieron en su luna de miel tres años atrás". Refiere que al tirarse de "clavado" e ingresar al agua de la alberca vio cómo ésta se enturbiaba haciéndose densa y hedionda. Notó que en el agua flotaban restos de excremento y basura, mientras las demás personas a su alrededor la miraron de forma que parecían responsabilizarla de lo ocurrido. Miraba su piel con asombro, al ver que de ella brotaba musgo verde y baboso, y su aliento hedía como si produjera desde su interior algo descompuesto. Con angustia y vergüenza por lo que le ocurría y culpa intensa que no podía evitar, se despertó en un llanto aterrador. Destacan entre los datos que aportó al interrogatorio, que fue hija única, siempre rechazada por su madre ignorando la causa; violada a los nueve años por su padrastro. Abortó dos veces (a los 25 y a los 34 años) siendo novia del único hombre en su vida, quien se hizo su marido. Durante su matrimonio que sólo duró tres años, no pudo concebir. El marido falleció traumáticamente cinco meses antes del inicio de la terapia, en un accidente de auto que la dejó desprotegida económica y socialmente, pues al casarse éste la hizo renunciar a su familia, porque no lo deseaban como esposo para ella. De modo que en la actualidad se encuentra sola y con escasos recursos. Su nivel de preparación medio, pero sin haber concluido, sólo le permite realizar un trabajo de poco significado y aprecio social, es decir, presenta las características de depresión ansiosa a lo largo de su vida, insuficientemente modificada con ansiolíticos, por lo que ve y siente la vida vacía y sin sentido.⁷⁷

El marco terapéutico de las acciones y metas de la psicoterapia psicodinámica realizada con abusadores/adictos es imposible de generalizar, como ocurre en casi todas las relaciones terapéuticas, ya que éstas requieren de una muy alta personalización y exigen, además de observar y modificar distintos puntos vulnerables, defensas y distorsiones idiosincráticas, así como una historia pasada y situación actual específica. Sin embargo, en el afán de describir las intervenciones para fines didácticos, se señala que la meta es alcanzar tres fases complementarias, entendidas fuera del contexto temporal como tareas a desarrollar en cualquier fase de la terapia.^{78,79} Dado que la mayoría de los individuos que se presentan a terapia lo hacen en medio de un episodio clínico, aunque no en consumo activo, su vida se muestra en algunos casos llena de ansiedad, confusión y desesperanza. Se aprecian a sí mismos angustiados y vacíos y sienten que su entorno les ofrece pocas satisfacciones y se sienten como seres humanos poco desarrollados o sin realización, pero su negación y falta de conciencia de enfermedad les aleja de la posibilidad terapéutica. Su incapacidad para alterar su estado interior sin psicotrópicos y su desesperanza para conseguir sentimientos más adecuados, los lleva a desear el alivio de su dolor en forma inmediata, antes que cualquier otra cosa. Tal oferta, dice Balint,¹ es una urgencia para ambos, el terapeuta debe apresurarse a tomarla y ponderarla para reconocer su profundidad. En este punto suele presentarse la reacción contratransferencial por lo que la valoración puede no ser certera.⁵⁷

Años atrás los pacientes gravemente afectados por el consumo de psicotrópicos solían abordar este periodo estableciendo una alianza con su terapeuta, esperando que el episodio remitiera. Hoy, la alianza, la disponibilidad de medicación anticraving y su alta eficacia, han ayudado a acortar este periodo de sufrimiento. Además, no se considera ético prolongar el síntoma cuando existen recursos para aliviarlo.^{1,29-31} A menudo el paciente al sentirse deprimido, inútil, aislado y débil, desea depender del terapeuta de modo poco realista, para sustentarse y apoyarse. Por ello es frecuente que exista una temprana idealización de éste, que más tarde se convierte en decepción, resentimiento y agresión, cuando no satisface las expectativas –ignorantes o mágicas– del paciente. Algunos médicos –dicho sea de paso–, se gratifican con ello y se meten en “camisa de once varas”, pues casi nunca es factible satisfacer las expectativas irreales y neuróticas de otro ser humano, tal como se aprecia en los filmes “Luna Amarga” o en “Atracción Fatal”, que aluden al tema de la relación amorosa idealizada-destructiva. Véase el conflicto, si las expectativas ilusorias de apoyo

se rompen, el desilusionado paciente se tornará irritable o experimentará una intensificación de la necesidad de consumo, con lo cual se incrementarán los síntomas del cortejo psíquico de la comorbilidad adictiva. Pero si no se rompen, se prolonga la iatrogenia *ad nauseam*.^{14,15,17,74}

Al inicio de su manejo, las personas emocionalmente perturbadas por consumo de psicotrópicos son muy estresantes para el terapeuta, a causa de la culpabilidad provocada por su dependencia (pegajosidad, vehemencia, sumisión aparente, etc.), con la cual intentará extorsionar al profesional y responsabilizarlo de lo que pueda ocurrirle, si lo abandona en su desgracia.²⁸ ¡Sí!, el terapeuta debe ser cálido y animar a su paciente, sin olvidar y aclarar cuanto sea necesario, que la terapia es individual e intransferible, y que el peso de la curación recae en el afectado. La forma más adecuada de abordar este problema es que el terapeuta, previamente analizado, conozca las áreas defectuosas y saludables de sí mismo y use la herramienta de su personalidad para salir adelante. La idealización debe detectarse lo antes posible y la distorsión transferencial corregida al momento en que aparezca.¹⁴ Ello reclama al terapeuta honestidad sobre sus carencias y limitaciones profesionales, para reconocer que no existen curaciones rápidas y milagrosas, pues de haberlas serían de dudosa procedencia.^{14,55,57} Esta clarificación es importante cuando el paciente edifica con sus creencias una atmósfera mágica de engaño, manipulación y secretas obligaciones y debe mostrársele que es posible ser honesto, franco y sincero, sin que por ello se deba ser criticado y abandonado. Esta distorsión, frecuente en la educación propinada a los miembros de nuestra sociedad, es harto frecuente, y el amor por la verdad, lamentablemente, es aún para muchos, motivo de risa.³⁹ Como una de las herramientas correctivas de la afectación psíquica según este esquema, es la autoadvertencia, se deberá de impulsar cuanto antes su aparición. El paciente debe ser invitado sistemáticamente a interiorizarse y tratar de comprender el origen y significados de sus problemas, en especial su tendencia al consumo y el consumo mismo. Dicha búsqueda implica que éste relate –más bien para sí– el factor precipitante del episodio clínico con una organización particular de la personalidad. La pérdida del entorno, frustración o rechazo que le provoca su sintomatología emocional, sobre todo cuando es severa, tiene un significado individual profundo para éste, que amenaza con una sensación de necesidad del Yo y de sus fuentes de narcisismo para autoafirmarse.¹⁴ Además, lo que aparenta al observador externo ser un acontecimiento trivial, puede reflejarse en arraigo, temor y vergüenza de las personas vulnerables. Tal inda-

gación interior no sólo inicia un largo proceso de autocompensación, sino que también ayuda al individuo a convertirse en una mente psicológica, al prestar atención a sus sueños, sentimientos y pensamientos, que en el pasado hubieran podido ser rechazados por la conciencia o ignorados con base en la convencionalidad de la educación social y la ignorancia de la gente. De ahí que la búsqueda del significado del posible detonador también aparta a algunos pacientes del sentimiento de inferioridad e indefensión con los que han vivido, al demostrar que la psicopatología sufrida está íntimamente relacionada con factores internos y por tanto –y esto es de la máxima importancia–, se encuentran potencialmente bajo su control.^{15,17}

1. En consecuencia, los objetivos de la tercera etapa del manejo antiadictivo, en su primera fase son:
 - a) El establecimiento de una relación terapéutica caracterizada por la franqueza y expectativas reales.
 - b) La comprensión de que el episodio clínico resulta de una organización morbosa de la personalidad.
 - c) La conexión de los acontecimientos detonantes con una particular forma enfermiza de conseguir autoestima.^{52,57,60}

Pero que el paciente comprenda que sus creencias son irracionales o que sus reacciones cotidianas son autodestructivas, no asegura que las concepciones sobre sí mismo o las actuaciones previas cambien inmediatamente. La psicopatología caracterológica no se abandona tan fácil, ya que en tan antiguos y arraigados patrones conductuales halla la persona su “seguridad”, predictibilidad, estructura y ocasionalmente gratificación, aunque éstas sean falsas y desadaptativas. Y porque después de todo es lo único que se conoce hasta ahora, previo a la terapéutica.⁵⁸ De ahí que resulte muy importante ofrecer acciones profesionales de alta calidad. La psicoterapia es una oportunidad decisiva para el paciente y lo es de igual forma para el profesional que desea colaborar con la solución de los problemas emocionales de quienes le consultan. El éxito en el cambio supone la existencia de confianza en alcanzar una meta que en el presente se desconoce, experiencialmente hablando.^{58,59,73} Por añadidura, el paciente puede genuinamente querer renunciar a los síntomas, pero se resiste a los cambios en su personalidad, que es donde precisamente reside la psicopatología que da base y estructura de los síntomas.

2. La superación de tal resistencia y el gradual proceso de cambio comprende la fase intermedia de esta terapia. En este momento es cuando se puede decir que se abre camino, pues es cuando se descubre y se sufre por los avances, retrocesos y estancamientos en las distintas áreas exploradas.¹¹⁻¹³ La lucha implica la posibilidad de que el paciente se rinda ante la dependencia de sustancias, es decir, de apoyos externos a su autoestima, arriesgándose a nuevas formas y significados de conseguir placer como éxito vital. La resistencia más frecuente aparece en torno de que la vida: Se quede totalmente vacía sin la estructura familiar, aunque ésta haya sido y sea sofocante. Que las viejas creencias y adaptaciones han ido abasteciendo la mutilante ansiedad y temor de que será abandonado o ridiculizado si se atreve a romper los tabúes de la infancia, por la preservación de mitos familiares y sociales logrados. En esta parte de la terapia, la resistencia es pieza importante a lidiar y hasta puede hacer que el paciente abandone el manejo psicológico frente al dolor y molestias que entraña, pero no es conveniente la mutilación del caso, una vez que se ha establecido el camino a seguir.^{14,15,17,19} Así, el apoyo terapéutico en estos momentos puede ser decisivo para mantener a un paciente en su curso de crecimiento, pese al dolor que experimenta y las razones –como puede apreciarse, de tipo técnico–, no tienen nada que ver con el asunto económico u otros que frecuentemente se arguyen para el abandono del proceso, especialmente en los ámbitos de la medicina privada. Conviene al respecto, enfatizar que la transferencia es una condición inconsciente repetitiva y caprichosa, sin más lógica que las ataduras y distorsiones del paciente con respecto a personas, situaciones y cosas de su antaño psicológico. En ocasiones los sueños, los temas reiterativos, las desviaciones o digresiones del curso natural de un relato, se constituyen en obstáculos férreos que forman la barrera que el paciente –sin darse cuenta y en ocasiones percatándose, usa con cierto placer–, anteponiendo a los ojos del terapeuta, para retrasar el proceso y no avanzar en el conocimiento de sí mismo.^{14,15,19} En este tipo de pacientes crónicamente afectados por la psicopatología la distorsión transferencial puede ilustrar sentimientos básicos de devaluación y antipatía o bien exhibiciones jactanciosas de sobreacogedores poderes, megalomanía, etc. Algunos de ellos dejan ver su conflictiva a partir de que no se pueden imaginar ni aceptan que puedan gustarle a otras personas y ser aceptados por ellos, o en su defecto, dar por hecho la grandiosidad de su persona y el atractivo natural que

dimanan. Se podría afirmar incluso, que nadie acepta a un individuo con tales rasgos, salvo que se esté en condiciones semejantes o peores. En cuyo caso, el primero causa ternura y despierta compasión y el segundo lo aprecia como una salvación a mi persona, respectivamente.^{14,15,19} Para los primeros, los de personalidad egocéntrica y narcisista, el amor no hay que ganárselo, viene solo... Para los segundos, hay que hacer malabares espectaculares para lograrlo y quizá ni así... Ambas posiciones son antagónicas, absurdas e igualmente irreales. Además, lo terapéutico será mostrar el camino en el sentido de que existe una posibilidad real para los que quieran esforzarse.^{58,59} Este núcleo constituye precisamente el centro de su devaluación y baja autoestima y puede verse con mayor claridad en las conductas de miedo y temor al éxito –no al fracaso–, que suelen tener tales pacientes, de quienes podría decirse no quieren que les vaya bien... La perseverante baja de su autoconcepto y la necesidad compensatoria de reafirmación buscada en la droga, las situaciones, las personas (terapeuta), etc., caracterizan una típica reacción transferencial.^{50,58} Los temores al rechazo, abandono y crítica desconsiderada por parte del terapeuta, se introducen en la urdimbre de la terapia tejiéndose con las sesiones, e incluso después de consolidarse la alianza terapéutica. Estas expectativas negativas son el eco de la siempre presente posibilidad de sufrir un ataque narcisista, que caprichosamente fue experimentada en forma repetida durante la infancia.^{60,61} Otro de los síntomas descollantes de tal psicopatología es la ansiedad, su perentoriedad e inmediatez, que representan el temor a que la gratificación de los deseos e impulsos provoque abandono y crítica, o cualquier otra cosa que los perjudique.¹³ Esta manifestación ostensible en casi todas sus actividades, converge en que posiblemente no les hayan permitido expresar la exuberancia natural infantil ni gozaron del hedonismo de esta etapa vital porque fueron en general, enérgicamente contenidos y reprobados por sus cuidadores y educadores.³⁶ Así, la búsqueda desesperada de placer priorizada sobre todas las cosas, hace pensar que tales personas en realidad padezcan de anhedonia esencial, equiparable si se convierte en conducta (muleta), a una forma de conseguir seguridad (amuleto) a expensas de la satisfacción correspondiente.^{1,59,60} Más adelante, en el curso de la terapia, los pacientes inician a revelar secretos que corroboran tales apreciaciones. Conviene subrayar que tales aspiraciones, que dieron a su existencia un sentido de falsa felicidad y placer, nunca fueron sa-

ludables debido a su improductividad. Con el progreso de la psicoterapia aparecen los cambios del individuo consigo y con los demás. Hay quien descubre su capacidad de gozar genuinamente o de entretenerse y empieza a leer, descubriendo el mundo del conocimiento e incorporándolo a su vida. Otros empiezan a relacionarse con los demás, libres de temores y exaltaciones vacuas, desarrollando actividades individuales y/o grupales. Los esfuerzos iniciales suelen estar mezclados con ansiedad y sentimiento de culpa, pues todavía se cree que desembocarán en malestar, crítica, abandono o desamor, motivos óptimos todos para reiniciar el consumo. Pero cuando se capta la gratificación, independientemente de que la aventura no termina en tragedia; cuando se ve aprobado por su entorno en vez de ser condenado, las reacciones aprendidas tienden a desaparecer, generándose un sentimiento de libertad, alegría y paz interior. Por eso es tan importante que el terapeuta muestre su auténtica aceptación, en el marco profesional del humanismo que profesa. A partir de este momento empiezan a explorarse por fin, sin dolor ni peligro, las situaciones infantiles sin miedo a descubrir antiguas sanciones. Cuando los pacientes comprenden que con la madurez se alcanza la autonomía y la libertad, y que no se requiere ni conviene el control –ya interno o externo–, se van sintiendo mejor y aceptan los cambios. Es decir, se inicia la reducción de la resistencia.

3. La última fase de esta tercera etapa de manejo se refiere a las bases complementarias ambientales y del entorno inmediato, más que a los cambios intrapsíquicos descritos. Cuando el paciente inicia el cambio de su conducta y se reorganiza su sistema de valores, las personas significativas para él ahora pueden resistirse a tales cambios. Compañeros, amigos y empleados, conocidos, familiares y en particular los cónyuges, pueden erigir rechazantes, una barrera frente a la mejoría que observan. En este punto la paradoja del sabotaje, harto conocido en el ambiente profesional, que deriva de las lesiones y resentimientos producidos por la conducta de los pacientes que puede llegar a ser un serio obstáculo. De modo que el cuadro sociofamiliar se complica y se amenaza el bienestar alcanzado.^{39,74,76} Las múltiples razones para ello van desde el desconcierto hasta la envidia pasando por la desconfianza, todo lo cual es actuado desde una perspectiva individual no siempre clara para el individuo. La pareja, por ejemplo, a menudo puede reaccionar críticamente y en forma negativa, tratando de descalificar la nueva imagen, presentando sentimientos de alarma e irritación yoica, que surgen

del proceso terapéutico de aquél y que a éste confrontan, en algún sentido. Lo curioso del caso es que las personas que interactúan con los pacientes en la vida cotidiana desean que se curen y que no vuelvan a recaer en nuevos episodios, pero a la vez se resisten a abandonar su estilo de relación anterior, tal como le ocurrió al paciente antes de desarrollar su nueva imagen, pues ésta fomentó, precisamente, episodios de irritación, autodesprecio, y otras imágenes dañinas, pero aun así aunque falsas, dieron "seguridad" y estructura por algún tiempo, antes de percatarse de lo enfermiza que era. Por tanto, un tratamiento igual sería lo requerido para que las personas en torno del paciente cambiaran, pero como ello es virtualmente imposible, se abandona ésta, como meta utópica de bienestar social, de la misma forma que se hace caso omiso a su crítica pesimista, envidiosa y generalmente mal fundamentada.^{39,74,76} El principal objetivo de esta etapa es *la consolidación de los cambios alcanzados*. Ciertas características superficiales que son indicativas de la profundidad del cambio, pueden ayudar al terapeuta a evaluar la mejoría del paciente. Casi todas las manifestaciones se mueven alrededor de la nueva autonomía del paciente y sus actividades diarias.⁴⁻⁶ Por ejemplo, la creatividad indica una confianza que permite intentar nuevas cosas. La espontaneidad refleja capacidad para actuar con seguridad. La habilidad para asumir los propios errores con filosofía y buen humor –ingrediente fundamental de la salud mental–,⁸⁰ indica el fin del colorido hipermoralizante, obsesivo, psicótico, destructor y jactancioso de considerar todos los actos como buenos o malos. Tónica axiológica por cierto, indeseable en psicoterapia.⁷⁴

CONCLUSIÓN

El ser capaces de asumir las fallas propias sin alarma indica que el paciente no se ve a sí mismo como despreciable si no consigue sus objetivos, sino que, por el contrario, su autoestima es ahora independiente de las vicisitudes de la vida. Otro indicador importante del cambio es que el sujeto no sólo trabaja para ser elogiado o dirigido por algún objetivo del pasado, sino para obtener satisfacciones de la vida presente y, por tanto, mejorar el futuro. De modo que el cambio logrado por la psicoterapia también favorece la aparición del interés por los demás, no tanto porque pudieran alimentar su devaluado autoconcepto o para dar a aquéllos su hipervalorada personalidad de otrora, sino porque un ser humano puede, sin duda, ser importante e interesante por sí mismo. Al perder manipulaciones, el paciente tiende a experimentar una verda-

dera empatía por vez primera, viendo a los otros como iguales aunque sean separados. De este modo, la psicoterapia se entiende como un esfuerzo que requiere actividad y aprendizaje, más que como una lucha para alcanzar la ubicación correcta del reconocimiento de personas transferencialmente distorsionadas. Y para lograrlo, la terapia deberá ser siempre "el" lugar donde los pacientes puedan expresarse sin miedo, angustia, culpa o vergüenza, hasta el momento en que sean capaces de establecer otro tipo de relaciones saludables en la vida y proseguir... He aquí una razón esencial para la reconstrucción de la vida individual: el hombre no puede ser total, completo y feliz desde un principio, dado que como ser, es estructural y existencialmente inacabado. Tiene que "producirse" a sí mismo sin poder integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada.⁸¹ Su conflicto básico se encuentra entre el amor y el odio y sus sentimientos asociados.^{82,83} Pero como tal situación no se hace consciente de inmediato: Deberá ser educado y orientado frente al falso optimismo de la cultura, en espera de la pronta decepción de su esperanza y adaptación a la realidad. Así, el individuo sano busca, por lo general, vincularse con las personas, hacer familia, grupo, clan para darle color y sentido a su vida. Y es ahí donde una relación amorosa sana se vincula al grado de desarrollo e individuación de los cónyuges, que sólo se alcanza con el enfrentamiento cabal de los conflictos profundos relativos a las ataduras incestuosas hacia la madre, la familia y el grupo, por un lado y, por otro, con el desarrollo de las potencialidades humanas. "La siempre fascinante aventura de conocer y explorar a la pareja permite compartir la alegría de darse y recibir –en ese orden–, haciendo de ese acto una creación personal compartida". E Implica también que "ambos seres sean capaces de responder voluntariamente a las necesidades expresadas o no del otro, en su carácter de ser humano y compañero; de respetarse entre sí, preocupándose de que el otro se desarrolle tal como es, sin buscar influirle".⁸⁴ Una relación tal se basa en la integración de varios factores:

1. La aceptación del uno por el otro.
2. La seguridad básica en la comprensión y en la relación.
3. La comunicación intelectual y emocional en íntima armonía con la realidad, en el marco de la autonomía y la autodeterminación.

Pero tal modelo multidimensional, para comprender las relaciones entre los sexos y favorecer arreglos en las estructuras de intimidad requiere a su vez, de una efectiva comunicación y sobre todo del

manejo adecuado de habilidades para los conflictos, denominada conciliación.⁸⁰ En síntesis, el abusador/adicto se encuentra aún lejos de la salud vincular y psicosocial mientras no construya una mejor situación para su futuro.⁴⁵ El salir de la adicción es muy importante, pero pone la situación "al inicio del camino", no es suficiente para autoproducirse, aún falta mucho camino por andar.⁴⁶ Recuérdese que la vida es sólo una oportunidad, no garantizada ni garantizable, hay que proseguir...

REFERENCIAS

- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry*. 7ª. Ed. Washington: William and Wilkins; 1994.
- Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. 2ª. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 14-27.
- Souza y MM, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucín RR. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones*, HCCPA. *Psiquiatría* 1998; 14(1): 13-25.
- Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. Simposio "Psiquiatría de enlace y adicciones". XVIII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. "Salud mental: retos y perspectivas". Monterrey, N.L. Sept. 12-16, 2003.
- Souza y MM. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. México: Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
- Souza y MM. Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(4): 206-8.
- Souza y MM. Enseñanza e Investigación en Adicciones en la Ciudad de México. *Época 2. Psiquiatría* 1998; 14(3): 100-6.
- Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001; 2(1): 25-7.
- Souza y MM. La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social*. 2000; 8: 99-106.
- Kaufman E, McNul J. Recent advances at the comprehension and treatment of drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat* 1992; 43(3): 220-32.
- Kaufman E. *Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women*. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(1): 21-7.
- Kosten TR. The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict Summer* 1998; 7(3): 205-9.
- Kosten TR. Drug alcohol withdrawal management. *N Eng J Med* 2003; 348: 1786c-95.
- Souza y MM. Aspectos psicodinámicos y psicoterapia del paciente adicto. Evento Académico en Memoria del Dr. Erich Fromm. Instituto Mexicano de Psicoanálisis. A.C. México, Noviembre 29-30, 2002.
- Souza y MM. Principios generales de psicoterapia: un lugar en la terapéutica por derecho propio. I Simposium de patología psiquiátrica del Gobierno del Estado de Tamaulipas. Secretaría Estatal de Salud. Universidad Autónoma del Estado de Tamaulipas y Hospital General de Ciudad Victoria, Tamps.; 1996.
- Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Época 2. Psiquiatría* 2000; 16(3): 110-16.
- Oliveros HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y MM. Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. 2ª. Época. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 28-38.
- Souza y MM, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI. Craving, adicción ética y terapéutica. México. *Archivos de Neurociencias* 2000; 5(4): 201-4.
- Souza y M. Curso básico de adicciones. Centros de Integración Juvenil, A, C. Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS. Gobierno del Distrito Federal, Noviembre 11-15, México 2002.
- Organización Mundial de la Salud. *Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo V. Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo*. OMS, Ginebra, 1993.
- American Psychiatric Association. *Diagnostical and Stastical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4a. Ed.* Washington; 1995.
- Souza y MM, Mestas AJ, Turull TF, Cárdenas AJ. *Historia clínica psiquiátrica codificada para el alcoholismo (HCPCA). Una aportación al manejo asistencial*. *Salud Pública de México* 1985; 27(4): 291-307.
- Souza y MM. Alcoholismo: conceptos básicos. México: Editorial El Manual Moderno; 1988.
- Souza y MM. El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990; 33(1).
- Souza y MM. El Reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. *Rev Fac Med UNAM* 1990; 33(3).
- Velasco FR. Alcoholismo: Visión integral. 2a. Reimp. México: Ed. Trillas; 1997.
- Bellack L, Smmall L. *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. Second edition. New York: Grune and Stratton; 1978.
- Crown S. *Individual long term psychotherapy*. In: Bloch S. *Introduction to the Psychotherapies*. Oxford: University Press; 1979.
- Ehrenwald J. *Psiphenomena in psychiatry and psychotherapy*. In: Arieti S. Ed. (Ed). *New dimensions in psychiatry: A world wide view*. Vol. 2. NY: John Wiley and Sons; 1977.
- Karasu T, Steinmuller RI. *Psychotherapeutics in medicine*. New York: Ed. Grune and Stratton; 1978.
- Bloch S. *Introduction to the psychotherapies*. Oxford University Press; 1979.
- Strupp HH. *On the basic ingredients of psychotherapy*. *J Consul Clin Psychol* 1973; 41(1).
- Wolberg L. *Short term psychotherapy*. New York: Grune and Stratton; 1965.
- Souza y MM. Programa General de Operación de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de Adicciones. San Dionisio Ocotlán, Oaxaca. México, 2003.
- World Health Organization. *Programme on substance abuse. Approaches to treatment of substance abuse*. WHO. Geneva, 1993.
- Strunin L, Hingson R. Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior. *Int J Addict* 1998; 27(2): 129-46.
- Koob GF, Sanna PP, Bloom FE. Neuroscience of addiction. *Neuron* 1998; 3(9): 467-76.

38. De Wit H. Individual differences in acute effects of drugs in humans: their relevance to risk for abuse. *NIDA Res Monogr* 1998; 169(3): 176-87.
39. Díaz Barriga SL, Souza y MM. Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. *Liber@ddictus*. 2003; 69(4): 13-16.
40. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD. Informe Final de la Primera Reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda. CICAD-Organización de Estados Americanos, OEA. Buenos Aires, 29 de Julio-1 Agosto, 1997.
41. Burrus O. Does alcoholism have a genetic etiology? *Rev Infirm* 1994; 15(11): 28-30.
42. Marlatt A, Barret K. Relapse prevention. In: Galanter M, Kleber H. *Textbook of substance abuse treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 1994; 20: 285-7.
43. Prochaska J, Diclemente C, Norcross J. In search of how people change, applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; (7): 98-104.
44. Prochaska J. Assessing the stages of change and decision-making. *Winter. Health Educ Q* 1993; 20(4): 455-70.
45. Millán S. El psicoanálisis contemporáneo. Simposio de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas IFPS e Instituto Mexicano de Psicoanálisis A. C. XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún Q. Roo 16-20 Nov. de 2001.
46. Souza y MM. Sociedad, enajenación y adicciones. Trabajo presentado en el Simposio: Adicciones, Temas y Reflexiones de la II Reunión Nacional de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental. Oaxaca, Oax. 2-6 Sept., 1997.
47. Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Viernes 18 de Agosto de 2000.
48. Diario Oficial. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Lunes 7 de Diciembre de 1998.
49. Dazord A, Gerin P, Iahns J, Andreoli A. Pretreatment and process measures in crisis intervention as predictors of outcome. *Fal-Winter. Psychotherapy Research* 1991; 1(2): 135-47.
50. Freud S. *Obras completas*. Biblioteca Nueva. Madrid, 1967.
51. Mercado CG, Souza y MM, Martínez MAJ, Martínez MJ. La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto. Trabajo presentado en el Simposio "Psicofarmacología, psicotrópicos y calidad de Vida". X Congreso Nacional la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de psiquiatría Institucional "Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad". Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. SSA. México. Mayo 11-13, 1999.
52. Souza y MM. Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones. Conferencia Magistral. Ciclo de Conferencias ¡El futuro es nuestro! "la droga es muerte". I Aniversario del Suplemento Salud, Periódico Ocho Columnas. Oct., 16, Guadalupe, Jal., 1999. pp. 8-11.
53. Pellicer Y. Adicción a las drogas. Un modelo de sistema totalitario. Trabajo del I Simposio Internacional de Psiquiatría Social, XIV, No. 1, 1984.
54. Winnicott D. *Collected papers through pediatrics to psychoanalysis*. N.Y.: Basic Books; 1958.
55. Balint M. *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. México: Paidós; 1991.
56. Musachchio A. Dependencia y objeto totalitario. Factores psicológicos tempranos en la estructura de la personalidad adicta. *Drogadicción*. México: Paidós; 1996.
57. Casarino E. Desarrollo psicológico temprano y personalidad adicta. *Temas de drogodependencia*. Ed. Casasco, Adicciones, Vol. II, Buenos Aires, 1988.
58. Souza y MM. Sociedad, enajenación y adicciones. *Simposium adicciones, temas y reflexiones*. II Reunión Nacional de la Federación de Sociedades Pro-Salud Mental. Oaxaca. Oax., 1997.
59. Lane RC, Hull JW, Foerhnbach LM. The addiction to negativity. *Fall. Psychoanalysis Rev* 1991; 78(3): 391-410.
60. Blane HT. *The personality of the alcoholic: Guises of dependency*. New York: Harper and Row; 1968.
61. Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(7): 401-9.
62. Miller NS, Guttman JC, Chawla S. Integration of generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. *J Addict Dis* 1997; 16(4): 7-22.
63. Stephanie S, Costas N. Research in addiction: An update. *Psychiatry in progress series*. Vol. 2. Hogrefe and Huber Publishers; 1995.
64. National Institute on Drug Abuse. NIDA. *Inhalant abuse*. Capsules 1996; 1-3.
65. Souza y MM. Simposio CIJ-IMSS de diagnóstico y tratamiento de adicciones. Departamento de Detección Temprana y Seguimiento. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, 1997.
66. Millner NS. Comorbid of psychiatric and alcohol/drug disorder: Interactions and dependent status. *J Addict Dis* 1993; 12(3): 5-16.
67. Arif A, Westermeyer J. *Manual of alcohol and drug abuse. Guidelines for Teaching in Medical and Health Institutions*. Ed. Plenun Press; 1988.
68. Hoffman HF. *A Handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects*. Sec. Ed. Oxford University Press; 1983.
69. Miller NS, Gold MS. A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 16(1): 105-17.
70. National Institute on Drug Abuse, NIDA. *Therapy manuals for drug addiction. A cognitive- behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Monograph Series 1998; 8: 15-24.
71. World Health Organization, WHO. *Evaluation of dependence liability and dependence potential of drugs*. Technical reports series, No. 577, Report of a WHO scientific group; 1975.
72. Gabell LL, Parlsol JA. Taking an effective sexual drugs history. A first step in HIV/AIDS prevention. *J Fam Pract* 1993; 37(2): 185-7.
73. Souza y MM. Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. Dirección General de la Clínica Hacienda San Dionisio. Tratamiento de Adicciones. Oaxaca. Oax. México, 2003.

74. Souza y MM. *Principios de psicoterapia tipos y clasificación. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Departamento de Enseñanza e Investigación. Clínica-hospital No. 25. Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS 1979.*
75. Souza y MM. *Profesionalización de la terapéutica antiadictiva y psicoterapia psicoanalíticamente orientada. X Curso de Actualización en Adicciones para Personal de Salud (Niños de la Calle). FINCA-CASA ALIANZA; 2000.*
76. Souza y MM. *Craving, psicoterapia y reinserción social del paciente adicto. Simposium Bases Neurobiológicas de las Adicciones. IV Congreso Regional de la Zona Norte Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. y I Congreso Regional de la Asociación Psiquiátrica del Noreste A. C. "Nuestro camino al sincretismo", Monterrey, N. L.; 2000.*
77. Souza y MM. *Psique, conflicto y pareja. I Jornadas de Psicoanálisis, Psicología y Psiquiatría. México: Instituto Mexicano de Psicoanálisis y Círculo de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica de la Ciudad de Veracruz; 1994.*
78. Souza y MM, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniega TA, Solís RL, Tagle OI y col. *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los Institutos de Niños de la calle y las Adicciones, FINCA. México: Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal; 2000.*
79. Gardfield SL, Bergin AE. (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley and Sons; 1978.*
80. Souza y MM. *Dinámica y evolución de la vida en pareja. México: Editorial El Manual Moderno; 1996.*
81. Fromm E. *El Arte de Amar. 2a. reimpresión. México: Paidós; 1980.*
82. Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. *Developments in psychoanalysis. London: Hogarth Press; 1952.*
83. Stein R. *A new look at the theory of Melanie Klein. Int J Psychoanal 1990; 71 (3): 499-511.*
84. Zajur E. *Armisticio y acuerdos. Desarme unilateral. En: Aramoni A, Saavedra V, Derbez J, Narváez F, Silva J, García C, Zajur E. La guerra de los sexos. México: Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C. Ediciones Sara Moirón; 1971.*

