

Personalidad y adicciones*

Souza y Machorro M¹

RESUMEN

La presente comunicación describe una revisión de la literatura dirigida y realizada, ex professo, a presentar el estado actual de un grupo de los más importantes aspectos biológicos, psicológicos y sociales estudiados y vinculables con el funcionamiento de la personalidad, a propósito de su injerencia en la producción y mantenimiento de la problemática del consumo abusivo y adicción de psicotrópicos. En forma paralela y a efecto de ser correlacionados a través de esta breve visión, se puntualizan, a modo de enunciado, algunos de los lineamientos actuales de la terapéutica antiadictiva disponible en el país, los cuales, siempre observados desde la óptica de los programas profesionales, permiten colocar el acento clínico en la labor psicoterapéutica como complemento fundamental del manejo y el trato humanista esencial que deben recibir los pacientes en ésta y todas las áreas de la patología humana, con miras a consolidar en los miembros del equipo de la salud, la visión integral del manejo de los pacientes con problemas de abuso/adicción, su comorbilidad y complicaciones.

Palabras clave: personalidad, abuso/adicción de psicotrópicos, terapéutica antiadictiva.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(4): 336-345

Personality and addictions

ABSTRACT

The present paper describes a review of the scientific literature intentionally guided and realized to present the current state of a group of the most important studied biological, psychological and social aspects and correlated with the functioning of the personality, about its interaction in the production and maintenance of the problem solving of the excessive psychotropics' consumption and addiction. Besides, and to the effect of being correlated across this brief vision, some of the current guidelines of the available antiaddictive therapeutics in the country are stated, and always observed from the optics of the professional programs, they allow to place the clinical accent on the psychotherapeutic work as fundamental complement of the handling and the humanistic essential treatment that the patients must receive in this and all the areas of human pathology, with a view to consolidating in the members of the health staff, the integral vision of the handling of patients with problems of psychotropic abuse/addiction, his comorbidity and complications.

Key words: Personality, psychotropic abuse/addiction, antiaddictive therapeutics.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(4): 336-345

INTRODUCCIÓN

La terapéutica profesional es efectiva contra la patología adictiva, aunque su estirpe multifacética e impacto multimodal requieren de varios recursos a la vez, pues ningún tratamiento es efectivo por sí mismo.¹

La ostensible variación encontrada entre los programas existentes, debido a los distintos recursos empleados, refleja abordajes, contenidos y efectividad distintas.²⁻⁴ Además, la clasificación y el uso de una nosología personalizada a partir de las caracte-

rísticas sociodemográficas, psicopatología, tipología, patrón de consumo, severidad sindromática, etc.,⁵ representan un esquema profesional que no suele verse asumido por todos los que brindan manejo, subestimando así el carácter individual de la patología,^{1,2} el estudio de su historia natural⁶ y el esperado nivel de atención preventiva, en su calidad de predictores terapéuticos y rehabilitantes.⁷

La adecuación de las metas terapéuticas en la psiquiatría de las adicciones se debe al mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes, como sus elementos de personalidad,⁸⁻¹² en los distintos programas comunitarios. También se debe a la información derivada de los estudios de seguimiento y de costo-efectividad, que promueven por indicación, filosofías y metas distintas.^{13,14}

A un lado de la importante participación de los factores biológicos en la etiopatogenia adictiva,¹⁵ como el papel de los neurotransmisores cerebrales dopamina, serotonina y GABA; el sistema de neuropéptidos "Y", la proteína C quinasa y la dupla formada por la adenilciclasa y la proteína G; los tras-

* Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo. Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la personalidad y su comorbilidad".

Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. San Carlos, Guaymas, Sonora. 3-6 de junio, 2004.

1. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Adscrito a la Dirección de Tratamiento en los Centros de Integración Juvenil, A.C.

Correspondencia:
E-mail: souzaym@prodigy.net.mx

tornos del dormir, las alteraciones neuropatológicas registradas en el EEG y otros indicadores de reacción al consumo de alcohol, se pretende mostrar en esta comunicación un breve análisis observacional de los factores psicosociales participantes.^{16,17}

Este grupo de importantes elementos refiere ineludiblemente también a ciertos rasgos de la personalidad de los abusadores y adictos, conocidos desde antaño: su género, el papel de la psicopatología y la comorbilidad propia de los procesos adictivos,^{9,10,18} sus alteraciones de la función cognitiva, la presencia en ellos del deseo-necesidad imperiosa de consumo llamada *craving*, su consecutiva conducta de búsqueda de la sustancia,¹⁹ el estrés, la disfunción de la autoeficacia mostrada en las labores de realización personal (necesarias para el individuo), la alteración de la capacidad individual para expresar adecuadamente las emociones, la diversa comorbilidad psiquiátrica, el nivel de dependencia desarrollado, la respuesta previa a manejo farmacológico, la severidad de la adicción,^{1,14} la corroboración o, en su caso, descarte de interacciones entre los factores de predicción de respuesta terapéutica adecuada y el tratamiento psicosocial alcanzado, respecto de psicotrópicos ampliamente estudiados y de alta preocupación psicosocial: etanol, opiáceos cocaína y nicotina.^{13,20} Todos ellos conforman la constelación de elementos participantes en esta compleja problemática entre el paciente abusador/adicto y su plan terapéutico.^{1,13,15,16,20}

Para contextualizar los aspectos psicosociales de esta visión, cabe señalar que, en la actualidad, una importante parte de la población se encuentra sometida a una mayor tensión vital, que hace que el vivir transcurra en la mayor parte de las ciudades del mundo, bajo un estilo apresurado, no elegido, y que lo acelera todo con rumbo a "ninguna parte".

Tales tensiones surgen de varias fuentes a la vez, por ejemplo cuando se tiene acceso (sin precedente por cierto) a la Internet, coches más rápidos, comunicación instantánea vía radiolocalizadores, telefonía celular y megapantallas para conferencias interactivas, etc.; actividad sexual fácil, diversa y sin la menor censura, y una cantidad superlativa y sorprendente de información arbitraria, no necesariamente cierta ni válida a la distancia de un "click de mouse", amén de toda una serie desconcertante de opiniones y opciones con menos participación, disponibilidad y supervisión paternal para neutralizar, en el caso de niños y jóvenes, la información inexacta, y, desde luego, el acceso rápido a potentes estimulantes, sedantes, psicodislépticos y/o sus mezclas adquiribles a bajo precio.¹⁷

Dicha condición conlleva, según datos de recientes investigaciones, a un individualismo egoísta que

prohija deficiente relación víncular y pobre apoyo paternal, causado también por la desconfianza entre congéneres, la defensividad y la fragmentación familiar, que se reflejan en un alto número de divorcios, gracias a los cuales cerca de 50% de los jóvenes viven con un solo parente.^{17,18} Por otro lado, tal diselpidia pretende aliviarse a través del amplio espectro de opciones de psicotrópicos para "escapar"^{1,7} por una diversidad que reta y atrae el consumo, desde la precocidad de edades no mayores a nueve o 10 años.¹⁷

Ambos grupos de factores biológicos y psicosociales, tributarios entre sí, se complementan para aportar en la observación de su diversidad y profundidad, interesantes datos que abren consideraciones anteriormente ni siquiera contempladas,¹³ además de brindar opciones de conocimiento práctico no sistematizadas aún, para ser asumidas terapéuticamente,²⁰⁻²² ya sea en torno de la personalidad de los afectados o con otros objetivos.²³

Los avances científicos de los últimos años han estado aportando un mayor entendimiento de los procesos neurológicos en los que se apoya la "explicación" actual del consumo de drogas y adicción.²⁴⁻²⁸ Estos sugieren, considerados a *grossó modo*, que múltiples sistemas de neurotransmisores participan en ello y que puedan, por tanto, desempeñar un papel fundamental en el desarrollo y expresión de la dependencia de psicotrópicos.^{8,29} En consecuencia, tal comprensión en nuestro conocimiento promete no sólo ayudarnos a identificar la causa biológica subyacente al problema del abuso/adicción, sino también ayudar directamente en el desarrollo de una estrategia terapéutica más eficaz.³⁰⁻³⁸

En este proceso de la participación de la personalidad, tanto los asuntos temperamentales como los caracterológicos parecen cobrar importancia decisiva, dado que la tendencia científica actual es documentar los hallazgos e ir afinando los datos en torno de los factores genéticos, cada vez más específicos; se ha avanzado, aunque no decisivamente aún, en la identificación de los elementos constitucionales y adquiridos en la patología derivada del consumo de sustancias.^{11,12,15,39-43}

En el caso del alcohol, se sabe, por ejemplo, que tanto el sistema opioide y el de la NMDA,²⁹ tienen una clara participación en el proceso, lo cual ha permitido el uso selectivo de compuestos bloqueadores o terapéuticos para su mantenimiento abstinentemente a largo plazo con la naltrexona y el acamprosato.^{7,38,43-46}

Por otra parte, el descubrimiento del bupropión es un buen recurso contra la dependencia nicotínica, aunque fue una serendipia cuando se dirigían estudios contra la adicción a cocaína y el trastorno por

déficit de atención con hiperactividad (TDAH).^{25,26,47,48} Tal hallazgo es útil y parece conducir al planteamiento de una base neuroquímica contra las adicciones, a través del conocimiento de los mecanismos de funcionamiento del cerebro, tanto como de las alteraciones que las sustancias causan a corto y largo plazo sobre la “víscera magna”.

En adición, se han complementado estos esfuerzos con investigaciones destinadas a comprender los factores biológicos que participan del deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda,^{19,21} como elemento central de la recaída que caracteriza a estos trastornos,²⁹ y que es a la vez, con su eficaz eliminación, factor determinante de apoyo y mantenimiento de la recuperación de las adicciones a largo plazo.⁴⁹⁻⁵⁴ Ello deviene capital en el manejo de esta patología, en la medida en que toda estrategia terapéutica, para ser exitosa, debe enfatizar la prevención de la recaída y promover el crecimiento de los pacientes y su autodeterminación,^{55,56} cancelando en todo contexto la dependencia a la sustancia.^{56,57}

DESCRIPCIÓN

El éxito terapéutico en adicciones depende esencialmente de las maniobras del postratamiento, y éste se supedita a distintos factores simultáneos^{6,40,58} que pueden ser vistos, para efectos de este razonamiento, como una triada conformada por los factores promotores de adherencia, las características de personalidad y las modalidades psicoterapéuticas.⁵⁹

Factores promotores de adherencia

Estos incluyen la motivación en el tratamiento, el grado de involucramiento desarrollado en el manejo y desempeño en la dinámica entre la institución y su tipo de manejo, el paciente y la familia, y cuando el problema es visto como alteración crónica, la duración del tratamiento y su continuación a cinco años. Este elemento se torna el más benéfico para el manejo, cuya modificación demanda terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuado, siempre *a fortiori* con bases psicoterapéuticas, es decir, enfocando el manejo en la desculpabilización del paciente y sus familiares, y redirigiendo su atención a la corrección del problema.

Tales acciones contextualizan la labor empática de orientación correctiva y de apoyo informativo, íntimamente vinculadas con la detección y combate al anhelo vehemente de consumo, de modo que la eliminación de la recaída, el reforzamiento de la permanencia y la toma de conciencia de enfermedad mental, así como de la participación activa de los afectados en la rehabilitación, disminuyen las dificultades de manejo de los procesos crónicos, al

amparo de la nosología vigente que impulsa una atención humanitaria de calidad y equitativa para los afectados.^{6,7}

Características de personalidad y elementos que la influyen

Cada vez más, las adicciones son vistas en la literatura científica como una compleja interacción de elementos genéticos y ambientales que incluyen:

1. Factores interpersonales de la infancia.
2. Actitudes y conductas familiares de consumo.
3. Deficiente manejo familiar e inconsistencias.
4. Papel de la personalidad de los familiares.
5. Presencia de conflictos familiares.
6. Experiencias tempranas o actuales de abuso físico y sexual.
7. Rechazo escolar y/o de grupos de pares y otros contextos.
8. Otros eventos estresantes a lo largo de la vida.

Éstos se refuerzan, además, con otras influencias psicoconductuales en la infancia y adolescencia, tales como la edad, los problemas de conducta tempranos y persistentes (como inicio precoz en el consumo, abuso o adicción de psicotrópicos), falla escolar e inasistencia a recintos culturales, bajo aprovechamiento escolar, insatisfacción ocupacional y falla en el logro del éxito individual, demanda familiar insatisfecha durante el periodo de crecimiento, obligaciones familiares múltiples, falla en el logro de las expectativas del papel sexual esperado, alteraciones en el establecimiento de relaciones íntimas, afectación de la seguridad y logro educacional y económico.

Otros factores de papel destacado que tornan compleja también la condición que se describe son la alineación, rebeldía y/o personalidad antisocial, un patrón de tendencia o búsqueda de sensaciones, presencia de psicopatología primaria o comitante (depresión, ansiedad, etc.), actitudes favorables al consumo de drogas, motivación racional y expectativas reiteradas hacia el consumo de sustancias e inhabilidad para postergar la gratificación.^{19,60}

En el plano de la biogenética, la literatura aglutina estudios acerca de la susceptibilidad heredada o tendencia al consumo de drogas y una vulnerabilidad psicofisiológica especial a los efectos de las drogas. Así, por ejemplo, el alcoholismo a partir de los estudios de Cloninger^{23,58} acepta dos tipos de adicción marcadamente distintos que influyen, a su vez, en su curso y pronóstico,^{23,58} no obstante que se presumen importantes diferencias entre los mecanismos etiopatogénicos de las distintas instancias adictivas que permiten los tres grupos de sustancias de abuso

y se señalen patrones conductuales diferentes en el proceder del adicto.

Ambos tipos, denominados "1" y "2", se distinguen a partir de las bases biológicas de sus familiares adoptivos, los patrones de abuso de alcohol y el grado de afectación recibida por la exposición postnatal-ambiental, responsables de la susceptibilidad a la adicción etílica.

El tipo 1, predominante en mujeres, presenta mayor edad de inicio de consumo y no suele asociarse con la comisión de conductas antisociales. Las pacientes muestran claramente el predominio de los aspectos psíquicos de la dependencia sobre los fisiológicos, y experimentan sentimientos de culpa acerca de su forma de beber. En contraste, el tipo 2 presenta características compatibles con los varones, es decir, se distingue por la calidad y cuantía de los problemas vinculados con los episodios irrestrictos de bebida; tiene un inicio de edad de consumo temprano y se asocia más con actos delictivos de diversa índole.^{23,58} En consecuencia, derivan de tales investigaciones,³ dimensiones de personalidad genéticamente independientes:

1. Aquellas personas que se caracterizan por la constante búsqueda de novedad, lo cual refiere a la tendencia heredada de actividad exploratoria y a una intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos (mediados por la dopamina), cuyos patrones conductuales asociados incluyen impulsividad y excitabilidad.
2. Aquellos individuos preocupados en eliminar sistemáticamente lo nocivo o dañino de su entorno, quienes se describen con base en la tendencia a escapar de situaciones que son factiblemente asociables con castigo (mediados por el sistema serotonérgico mesolímbico), cuyos patrones conductuales asociados incluyen ansiedad, vergüenza y enfoque pesimista.
3. Aquellos individuos considerados como dependientes de la recompensa, caracterizados por el apego a diversas situaciones, vinculadas con reforzamientos (mediados por el sistema noradrenérgico, receptores dopamínergicos D4), cuyos patrones conductuales asociados incluyen tendencia hacia la dependencia, sentimentalismo y persistencia.⁵⁹

Cloninger, posteriormente, amplió su teoría biosocial de la personalidad e incluyó nuevas dimensiones que denominó de persistencia, autodirección, cooperatividad y autotrascendencia.⁶⁰ Complementa este esquema de correlación entre la genética y la personalidad del abusador/adicto, la propuesta de Babor,⁶¹ que plantea dos subtipos de adictos al etanol. El tipo A es caracterizado por un

inicio de consumo tardío, pocos factores de riesgo en la infancia (como el TDAH, el Trastorno por Disfunción Cerebral Mínima y el Trastorno de Conducta, TC), un grado de dependencia menos severa, pocos problemas derivados del consumo etílico y menor grado de disfunción psicopatológica. En tanto, el tipo B reúne pacientes alcohólicos con inicio temprano de problemas relacionados con el consumo etílico, un elevado nivel de factores de riesgo en la infancia, presencia de alcoholismo familiar, un grado severo de adicción y uso múltiple de psicotrópicos. Estos individuos muestran una historia crónica de tratamientos y una mayor carga de estrés que no enfrentan eficazmente a lo largo de la vida. Se asocia además, con una pobre evolución en respuesta al tratamiento (de uno a tres años), respecto del promedio etílico ingerido por día, los problemas sociales producidos y el estrés al que están sometidos.

En esa dirección, cabe destacar que el inicio temprano de la adicción etílica²⁹ y la historia de dependencia familiar predicen, a su vez, el tipo de respuesta farmacológica (de posible estirpe biológica) a menudo favorable respecto de dos fármacos:^{49,62} ondansetron y naltrexona.

Las modalidades psicoterapéuticas

Estas complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia,⁶³ cuya meta es la reconstrucción personal y lograr la primera fase de manejo, relativa con el control del consumo,⁶⁴ la cual es para ciertos autores la meta final del manejo antiadictivo.

Otros consideran que sin reconstruir la personalidad del paciente, el manejo no sería integral, quedaría corto y truncaría su evolución, aunque se acepte de antemano que no todos los pacientes pueden optar por analizar más fondo su psicodinamia, entender su psicopatología y por la vía de la percatación-acción, dar complementariedad al restablecimiento de su salud y, a menudo, también a su vida.⁶⁴

Por tanto, "Lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal",⁶⁵ como resultado del trabajo psicoterapéutico, es una meta que no todas personas pueden optar, de modo que la técnica psicodinámica enfoca los significados de la "sustancia como objeto", y el estudio del "self del adicto" y el análisis de la resistencia y la transferencia en el seno de la relación entre el terapeuta y su paciente.^{64,66}

Y, dado que "sale al paso" el tema, vale decir que no es que el psicoanálisis o la psicoterapia psicodinámicamente orientada no sea útil para los pacientes adictos, como afirman algunos, sino que muchos pacientes, debido a su inhabilitación psí-

quica, no alcanzan a cumplir los requisitos para ser considerados candidatos a terapias psicodinámicamente orientadas, por ser éstas más complejas que las conductuales y también por requerir del paciente más elementos específicos para el trabajo intelectual de análisis de tal problemática, como la introspección.

De hecho, la "analizabilidad" de los pacientes, a pesar de su irresuelta controversialidad en el campo especializado para efectos de la práctica del psicoanálisis, no es dable, voluntaria, ni transferible, ya que depende, en todo caso, de condiciones individuales que tienen por asiento precisamente la personalidad.⁶⁴

Al efecto, cualquiera que haya pasado la experiencia psicoterapéutica (ya en el plano terapéutico formal o didáctico-formativo, como se pide a los profesionales de este campo), conoce las dificultades intrínsecas que ello representa; quienes no lo han vivido, es poco probable que entiendan a cabalidad, es decir, desde su interior (vivencia), de qué se trata y a qué se alude.

DISCUSIÓN

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, complicaciones y comorbilidad.^{67,68}

Las adicciones, trastornos derivados de una etiopatogenia compleja y multifactorial, se desarrollan vertiginosamente en la actualidad cobrando matices polifacéticos, que reinciden hasta hacerse crónicos y generar elevados costos sociales.^{1,2} Esto define la necesidad de atenderlas en forma propositiva con los mejores recursos.^{69,70}

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 más urgente y trascendente,^{1,6,71} que conquiste y mantenga la abstinencia, y dé contención firme, comprensiva, eficaz y respetuosa, invitando al paciente y a sus 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.⁷²⁻⁷⁴ Esta condición fomentada, en cierta forma, por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios,^{69,70,75} sea también a la prevalente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética comunitaria,^{76,77} al poco interés, mo-

tivación 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.^{67,76} En dicha condición, la psicoterapia, de la que por cierto la mayor parte de la sociedad, el personal de salud e incluso los médicos no disponen de mayor conocimiento (aunque a veces la critiquen), deviene fundamental para completar el esquema terapéutico de ésta cada vez más compleja y versátil patología.^{76,77}

No basta pues con prescribir contra la sintomatología de los síndromes adictivos o comórbidos,^{6,10,63} hace falta el apoyo de las modalidades reflexivas, capaces de reforzar el manejo en dirección benéfica del individuo, su familia y la comunidad^{75,76} con el fortalecimiento de actividades antiadictivas, la promoción del inicio oportuno del manejo de tales problemas^{1,6,36,41,46,71,72} y la disminución de la deserción del manejo de los casos, ya que su abandono (tan frecuente que caracteriza este problema psiquiátrico), redundante en la afectación de quienes lo padecen, debido a la estructuración de su personalidad y a la disfunción psicosocial que provoca.^{1,6}

Sin embargo, no se espera pronto ni de modo fácil una adecuada promoción de la incorporación del personal de atención primaria en los programas nacionales antiadictivos, y de modo especial, en las acciones dirigidas hacia la reducción del daño, específicamente, o en programas terapéuticos más generales en la mayor parte de los casos.^{76,75}

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.^{2,6,10,21}

La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral,^{1,6,78-81} de modo que las generalizaciones y sobreimplementaciones observadas en ciertos grupos de trabajo (no necesariamente profesionales), lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática,^{63,67} porque mientras unos pacientes por su caracteropatía y el papel que juegan en su adicción (es difícil imaginar la patología adictiva sin esta condición de afectación de su personalidad), requieren terapia individual, otros requieren, además, manejo de sus problemas de pareja o familiares,^{6,18,82} y otros más presentan problemas psiquiátricos específicos controlables en forma farmacológica, sin cuya acción oportuna se impide la reducción del anhelo vehementemente de consumo y sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.^{21,36,56,83}

Una vez logrado el manejo de la condición aguda de los síndromes adictivos, se hace necesario vi-

gorizar 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.⁷⁹⁻⁸¹

La diferencia entre los trastornos del carácter, en el pasado reciente tipificados como neurosis con una amplia variedad clínica, es ahora considerada por las clasificaciones actuales DSM-IV-TR, APA¹¹ y CIE-10, OMS¹² como trastornos de la personalidad, debido fundamentalmente a la participación que, se presume, tienen los elementos genéticos en el origen y mantenimiento de los procesos ligados con el consumo de sustancias.

De ahí que dichos trastornos, a menudo, se vinculen con el abuso y adicción de psicotrópicos, en tanto representan un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que aparta al sujeto acusadamente de las expectativas de la cultura, manifestación que inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta, y los hace ser estables a lo largo del tiempo, viviendo por ello malestar y perjuicios para el individuo.

Así observamos todos los trastornos descritos de la personalidad, vinculados con la patología adictiva, tanto en el paciente como en sus familiares, por ejemplo:

- El abusador o adicto con trastorno paranoide, sumido en su desconfianza y suspicacia que le hacen interpretar maliciosamente las intenciones de los demás.
- El esquizoide, que cancela las relaciones sociales y restringe su expresión emocional.
- El esquizotípico, que prohíba intenso malestar en la relación interpersonal, distorsiones cognoscitivas o perceptivas en el marco de sus conductas excéntricas.
- El antisocial, que desprecia y viola los derechos ajenos sin vacilación alguna.
- El límitrofe, cuya notable impulsividad hace inestables sus relaciones, autoimagen y afectos.
- El histriónico, cuya excesiva emotividad y demanda de atención los hace adictos difíciles de lidiar.
- El narcisista, cuyo patrón hipervalorado y grandioso demanda admiración mientras paradójicamente exhibe su falta de empatía.
- El adicto con trastorno por evitación, con inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa por leve que sea.
- El dependiente, adicto por excelencia, inmerso en su sempiterna sumisión y pegajosidad, vinculadas con su excesiva necesidad de ser cuidado.
- El obsesivo-compulsivo, perfeccionista y de prioritaria preocupación por el orden y el control.

- El portador de un trastorno no especificado, útil para tipificar un cuadro de características no típicas.
- El trastornado que, a pesar de tener claro su patrón, supone un trastorno no incluido en la clasificación, como ocurre con el llamado pasivo-agresivo de la personalidad.

Véase cómo todos ellos se hallan dignamente representados en el catálogo de la psicopatología de la personalidad.^{11,12}

Los 10 trastornos de la personalidad tipificados en los manuales de clasificación están reunidos en tres grupos, basados esencialmente en la similitud de sus características.¹ El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad; los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos.² El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad; los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.³ El grupo C incluye los trastornos por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad; los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos.

Ahora bien, no obstante la descripción mostrada, deviene capital para la discusión de este asunto, la consideración de que este sistema de agrupamiento de los trastornos, si bien es útil (afirma el propio DSM-IV-TR), a efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido validado clínicamente de forma consistente y que sigue modificándose con miras a un cambio más definitivo en el próximo catálogo DSM-V, APA. Esto se debe, entre otras razones, a que es frecuente que los pacientes presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos, según la opinión del Dr. Rodrigo Muñoz,⁸⁴ destacado profesor del tema y ex-presidente de la American Psychiatric Association, expresada recientemente en su conferencia magistral “La personalidad y las personalidades”, en el marco del Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste “Trastornos de la personalidad y su comorbilidad”, de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., el pasado 5 de junio, que motivó la presente comunicación, esto, independientemente de que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. De hecho, se considera que los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.¹¹

En forma complementaria, cabe señalar que se ha documentado con estudios genéticos⁸⁵ que tales factores contribuyen considerablemente a la determinación de los rasgos de la personalidad, pero hace poco que se han iniciado a describir sus polimorfismos, en particular en relación con el receptor de dopamina D4 y la región promotora de la transportación de serotonina, la cual se relaciona con ciertos rasgos de personalidad específicos de algunas personas, como la búsqueda, a veces frenética, de novedad y la evitación de malestares, daños, etc.⁷⁸⁻⁸⁰ que los adictos suelen desear cancelar *ipso facto*.⁷⁵

Como los efectos de ciertos genes son modestos, es probable que varios de ellos puedan explicar, en conjunto, las diferencias individuales ya que existen diferentes dimensiones de la personalidad, atribuibles a tales factores. De hecho, algunos de los genes relacionados con rasgos adultos de personalidad, contribuyen también a las expresiones más tempranas del desarrollo ontogenético, de los cuales algunos están implicados en varios tipos de comportamiento anormal, además de la patología adictiva, como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de conducta, el TDAH, los síndromes depresivos, el suicidio, los trastornos por ansiedad,^{54,58} la agresividad⁸¹⁻⁸³ y la psicosis.^{66,86}

CONCLUSIÓN

Los futuros caminos de la investigación aprovecharán, sin duda, la revolución bioinformática que coincide con el fin de la primera fase del proyecto de genoma humano.⁸⁵ En tal sentido, se alberga la esperanza de que pronto se puedan identificar muchos de los genes que contribuyen a rasgos específicos de la personalidad y definir mejor su papel en la determinación del comportamiento normal y anormal, justo al inicio del desarrollo humano, contexto en el cual se enfatiza que el abuso/adicción a psicotrópicos legales e ilegales, conllevan elevados gastos económicos y sociales asociados con las iniciativas de tratamiento y prevención, hoy por hoy, no muy satisfactorias.^{2,7,14,87}

La necesidad de realizar investigación a efecto de disponer de un conocimiento más preciso de tales problemas, que conduzca al desarrollo de mejores y más eficaces recursos terapéuticos, es una prioridad actual en el mundo científico,^{5,6,13} tan sólo por representar comportamientos obsesivos, descontrolados y persistentes basados en efectos de neuroadaptación de alto impacto epidemiológico,^{37,38,40,62} de modo que si a través del manejo, el paciente se hace capaz de asumir sus fallas propias sin alarma, indicará que no se ve más a sí mismo como despreciable cuando no consigue sus objetivos, sino por el contrario, su autoestima es ahora independiente de las vicisitudes de la vida.⁶⁴

Otro indicador importante de cambio es que el sujeto no sólo trabaje 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 ahí que el cambio logrado por la psicoterapia, como parte del manejo global, también favorece la aparición de interés por los demás, no tanto porque pudieran alimentar su devaluado autoconcepto o para dar a aquellos su hipervalorada personalidad de otra, sino porque un ser humano puede, sin duda, ser importante e interesante por sí mismo. Al perder manipulaciones, el paciente tiende a experimentar una verdadera empatía por vez primera, viendo a los otros como iguales, aunque sean separados.⁶⁴

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 ya que el hombre no puede ser total, completo y feliz desde un principio, dado que como ser es estructural y existencialmente inacabado, debe “autoproducirse” e integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada. Ha de vencer antes, dice Fromm, su conflicto básico ubicado entre el amor y el odio, y sus sentimientos asociados.¹⁸ Pero como tal situación no se hace consciente de inmediato, deberá primero 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. Su desarrollo e individualización se alcanzan con el enfrentamiento de los conflictos profundos, relativos con las ataduras incestuosas hacia la madre, la familia y el grupo, por un lado, y, por el otro, con el desarrollo de las potencialidades humanas.⁶⁴

En síntesis, mientras no construya una mejor situación para su futuro el abusador/adicto y todo ser humano, se encontrarán aún lejos de la salud individual, vincular y social.

La eliminación del consumo es siempre necesaria, pero ubica la situación “al inicio del camino”, que no es suficiente para autoproducirse. La pertinente modificación de la personalidad, hasta donde sea posible, lo hará más o menos factible, contribuyendo con una disposición indispensable; por lo tanto, aún falta camino por andar... La vida es una “buena oportunidad” para ello.¹

REFERENCIAS

1. Souza y MM. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.

2. Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5): 326-30.
3. Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med* 2001; 344: 1594-602.
4. Lasagna L. The powerful placebo: from ancient priest to modern physician. *N Engl J Med* 1998; 338: 1236-7.
5. Camí J, Farré M. Mechanisms of disease: drug addiction. *N Engl J Med* 2003; 349: 975-86.
6. Souza y MM. Modelos profesionales de tratamiento. Fundación de investigaciones sociales, A.C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC; 2004: 25-46.
7. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. México: Dirección de Tratamiento. Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2004.
8. Hirschfeld RMA. Of two minds: the revolutionary science of dual-brain psychology. *N Engl J Med* 1999; 340: 1218-9.
9. Souza y MM, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, et al. Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones, HCPCA. Psiquiatría 1998; 14(1): 13-25.
10. Souza y MM. Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. México: Dirección de Tratamiento. Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2004.
11. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR*. Washington; 2000.
12. OMS. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo V. Desordenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, Suiza: OMS; 1993.
13. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Nalan Iscan E. Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 2003; 26(2): 36-72.
14. Souza y MM. Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones. Dirección de Tratamiento. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2004.
15. DeMet EM. Addictive behaviour: molecules to mankind; perspectives on the nature of addiction. *N Engl J Med* 1997; 336: 299.
16. O'Connor PG, Schottenfeld RS. Medical progress: patients with alcohol problems. *N Engl J Med* 1998; 338: 592-602.
17. Díaz P. Adolescent substance abuse: assessment in the office. *Pediatric Clinics of North America* 2002; 49(2): 1-23.
18. Souza y MM. Apuntes de pareja. Memorias del Seminario de la Escuela de Orientación para Padres. Nuevos Enfoques. Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIF-Estado de México; 2000.
19. Newcomb MD. Psychosocial predictors and consequences of drug use: a development perspective within a prospective study. *J Addict Dis* 1997; 16: 57-89.
20. O'Connor PG, Selwyn PA, Schottenfeld RS. Medical progress: medical care for injection-drug users with HIV infection. *N Engl J Med* 1994; 331: 450-9.
21. Souza y MM, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI. Craving, adicción étlica y terapéutica. *Archivos de Neurociencias México* 2000; 5(4): 201-4.
22. Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GEA. Comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *N Engl J Med* 2000; 343: 1290-7.
23. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(8): 861-8.
24. Koob GF, Sanna PP, Bloom FE. Neuroscience of addiction. *Neuron* 1998; 21: 467-76.
25. Picciotto MR. Common aspects of the action of nicotine and other drugs of abuse. *Drug Alcohol Depend* 1998; 51: 165-72.
26. Brauer LH, Behm FM, Westman EC, Patel P, Rose JE. Naltrexone blockade of nicotine effects in cigarette smokers. *Psychopharmacology* 1999; 143: 339-46.
27. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281: 72-6.
28. Koob GF, Weiss F. Neuropharmacology of cocaine and ethanol dependence. In: Galanter M (Ed.). *Recent developments in alcoholism. Vol. 10*. N.Y.: Plenum Press; 1992. p. 201-33.
29. Swift RM. Drug therapy: drug therapy for alcohol dependence. *N Engl J Med* 1999; 340: 1482-90.
30. Li TK. Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 5-12.
31. Cowen MS, Lawrence AJ. The role of opioid-dopamine interactions in the induction and maintenance of ethanol consumption. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23: 1171-212.
32. Repo E, Kuikka JT, Bergström KA, Karhu J, Hiltunen J, Tiihonen J. Dopamine transporter and D2-receptor density in late-onset alcoholism. *Psychopharmacology* 1999; 147: 314-8.
33. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Hitzemann R. Decreases in dopamine receptors but not in dopamine transporters in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1594-8.
34. Tupala E, Hall H, Sarkioja T, Rasanen P, Tiihonen J. Dopamine-transporter density in nucleus accumbens of type-1 alcoholics. *Lancet* 2000; 355: 380.
35. Guardia J, Catafau AM, Battle F, Martin JC, Segura L, Gonzalvo B. Striatal dopaminergic D(2) receptor density measured by [(123)I] iodobenzamide SPECT in the prediction of treatment outcome of alcohol-dependent patients. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 127-9.
36. Gatch MB, Lal H. Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998; 22: 917-44.
37. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayasida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 876-80.
38. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 881-7.
39. Freedman R. Psychiatric genetics and genomics. *N Engl J Med* 2003; 349: 411-2.
40. Musto DF. Creating the American junkie: addiction research in the classic era of narcotic control. *N Engl J Med* 2003; 348: 2369-70.

41. Johnson BA, Ait-Daoud N. Neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Psychopharmacology* 2000; 149: 327-44.
42. Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP. Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 11-8.
43. Whitworth AB, Fisher F, Lesch OM, Nimmerrichter A. Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996; 347: 1438-42.
44. Pelc I, Verbanck P, Le Bon O, Gavrilovic M, Lion K, Lehert P. Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. 90-day placebo-controlled dose-finding study. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 73-7.
45. Poldrugo F. Acamprosate treatment in a long term community-based alcohol rehabilitation program. *Addiction* 1997; 92: 1537-46.
46. Geerlings PJ, Ansmans C, van den Brink W. Acamprosate and prevention of relapse in alcoholics. *Eur Addict Res* 1997; 3: 129-37.
47. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.
48. Riggs P, León SL, Mikulich S. An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance abuse disorders and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1271-8.
49. Johnson BA, Ait-Daoud N, Prihoda TJ. Combining ondansetron and naltrexone effectively treats biologically predisposed alcoholics: from hypothesis to preliminary clinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 737-42.
50. Baxter LR, Schwartz JM, Phelps ME, Mazziotta JC. Localization of neurochemical effects of cocaine and other stimulants in the human brain. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 23-6.
51. Little KY, Carroll FI, Butts JD. Striatal [125I]RTI-55 binding sites in cocaine abusing humans. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998; 22: 455-66.
52. Little KY, McLaughlin DP, Zhang L, McFinton PR, Dalack GW, Cook EH. Brain dopamine transporter messenger RNA and binding sites in cocaine users: a postmortem study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 793-9.
53. Klein M. Research issues related to development of medications for treatment of cocaine addiction. *Ann N Y Acad Sci* 1998; 844: 75-91.
54. Tomkins DM, Sellers EM. Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. *CMAJ* 2001; 164(6): 817-21.
55. Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG. Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997; 81: 909-25.
56. Effective medical treatment of opiate addiction. National consensus development panel on effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA* 1998; 280: 1936-43.
57. Gerra G, Marcato A, Caccavari R, Fontanesi B, Delsignore R. Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12: 35-41.
58. Parsian A, Cloninger CR. Serotonergic pathway genes and subtypes of alcoholism: association studies. *Psychiatr Genet* 2001; 11: 89-94.
59. Meszaros K, Lenzinger E, Hornik K, Fureder T, Willinger U. The tridimensional personality questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European fluvoxamine in alcoholism study group. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 483-6.
60. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236: 410-6.
61. Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 599-608.
62. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 284: 963-71.
63. Tagle Ol, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por que profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000; 2a Época; 16(3): 110-6.
64. Souza y MM. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(1): 206-8.
65. 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. del 2001.
66. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry*. 7th Ed. Washington: William and Wilkins: 1994.
67. Souza y MM. Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México. *Psiquiatría* 1998; 2a Época; 14(3): 100-6.
68. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y MM. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría* 2003; 2a Época; 19(1): 14-27.
69. 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.
70. Souza y MM. La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Preven Readap Soc* 2000; 8: 99-106.
71. Kaufman E, McNul J. Recent advances at the comprehension and treatment of drug abuse and dependence. *Hosp Comm Psychiat* 1992; 43(3): 220-32.
72. Kaufman E. Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(1): 21-7.
73. Kosten TR. The pharmacotherapy of relapse prevention using anticonvulsants. *Am J Addict Summer* 1998; 7(3): 205-9.
74. Kosten TR. Drug alcohol withdrawal management. *N Eng J Med* 2003; 348: 1786c-95.
75. Olivares HM, Tagle Ol, Mercado CG, Souza y MM. Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría* 2003; 2a Época; 19(1): 28-38.
76. Souza y MM. Acerca de la educación y el entrenamiento clínico en adicciones. *Psiquiatría* 2004.
77. 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.
78. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Goldstein RZ. Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Behav Pharmacol* 2002; 15(8): 284-96.
79. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10): 1642-52.
80. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol* 2002; 13(5-6): 355-66.
81. Willner P, Young A, Sanger D. New advances in the understanding and treatment of addiction. *Behavioural Pharmacology* 2002; 13(5-6): 323-5.
82. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, Muelleman R, Barton E, Kraus JF. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341: 1892-8.
83. De Moore GM, Robertson AR, Wintemute GJ. Firearms and suicide. *N Engl J Med* 2000; 342: 1528-9.
84. Muñoz R. La personalidad y las personalidades. Conferencia magistral. Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la personalidad y su comorbilidad". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. San Carlos, Guaymas, Sonora. 3-6 de junio, 2004.
85. Freedman R. Psychiatric genetics and genomics. *N Engl J Med* 2003; 349: 411-2.
86. Westermeyer J. Addiction psychiatry: current diagnosis and treatment. *N Engl J Med* 1995; 333: 1158-9.
87. Souza y MM. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. Dirección de Tratamiento. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2004.

