

La psicoterapia y la responsabilidad social del psicoterapeuta[‡]

Mario Souza y Machorro

Psiquiatra y Psicoanalista. Pionero en México en la Enseñanza de las Adicciones y la Patología Dual. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior y Coordinador de la Sección Académica de Patología Dual. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.

[‡] Palabras para la graduación de las Maestrías de Psicoterapia de las Adicciones y de Psicoterapia Psicoanalítica, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES. Julio 22, 2017.

RESUMEN

Se trata de una presentación cuyo breve panorama de información se dirige a alentar a los recién graduados de dos maestrías sobre psicoterapia de las adicciones y psicoanalítica de una institución educativa. En ella se mencionan las características deseables de los estudiantes, el contexto biopsicosocial, los avances actuales en la investigación, la utilidad de ese conocimiento aplicado en el contexto de las condiciones del país respecto de su ejercicio. Se describe el espíritu didáctico del concepto **psiquiatría de las adicciones**, aplicable a la psicoterapia y su propuesta que refuerza la formación y actualización clínicas del personal de salud hacia “las mejores prácticas” ante la ausencia de un programa nacional contra los trastornos por dependencia y trastornos mentales coexistentes. Se insta a la adquisición del conocimiento y la técnica, la comprensión y la tolerancia, la ética y el respeto al paciente en un compromiso de participación genuina.

Palabras clave: Adicciones, psicoterapia y ética, psicoterapia psicoanalítica, psiquiatría de las adicciones, responsabilidad profesional, las mejores prácticas, profesionalismo, patología dual.

ABSTRACT

*It is a presentation whose brief overview of information is aimed at encouraging the graduates of two types of masters on psychotherapy of addictions and psychoanalytic of an educational institution. It refers to the desirable characteristics of the students, the biopsychosocial context, today's developments in research, the usefulness of this knowledge applied in the context of conditions in the country with respect to its exercise. It describes the didactic spirit of the **addiction's psychiatry** concept applicable to the psychotherapy and its proposal, which strengthens the training and updating clinics of health personnel towards the “best practices” in the absence of a national program against dependence disorders and co-occurring mental disorders. It calls for the acquisition of knowledge and technique, understanding and tolerance, ethics and respect for the patient in a commitment to genuine participation.*

Key words: Addictions, psychotherapy and ethics, psychoanalytic psychotherapy, psychiatry of addictions, professional responsibility, best practices, professionalism, dual pathology.

Agradezco a las autoridades del Colegio Internacional de Educación Superior (CIES) por permitirme participar una vez más en la ceremonia de graduación de una nueva generación de profesionales de la salud. Acabo de concluir mi vigésimo libro titulado “Trastorno por dependencia del alcohol y trastornos de la personalidad”. Pues bien, estas palabras extraídas para su investigación dan cuenta breve del estado que guarda esta condición mórbida y por ello quiero compartirlas con ustedes.

Tanto la personalidad como el propio proceso adictivo –derivado de la falta de protección de la multiplicidad de factores participantes: individuales, familiares y psicosociales– son los elementos que disparan y mantienen el trastorno por dependencia y sus modalidades clínicas, incluso sin importar el tipo de

sustancia consumida o de la circunstancia por la que se sea dependiente.¹

Desde hace algunos años y para beneficio de la sociedad, la investigación internacional ha aportado un gran cúmulo de información sobre los trastornos adictivos coexistentes con trastornos mentales como señala Pedrero, en especial los que afectan la personalidad. Se ha incrementado la comprensión y utilidad del conocimiento sobre los mecanismos que causan dependencia y sus vulnerabilidades, las alteraciones del funcionamiento cerebral en ciertas áreas específicas y las manifestaciones comportamentales y emocionales asociadas, los mecanismos implicados en la recaída del consumo o la conducta compulsiva, los esperanzadores procesos para el tratamiento, la recuperación y la reintegración social de los pacientes duales y se han

actualizado los datos de las bases neurobiológicas de la dependencia. Hoy comprendemos mejor las diferencias y similitudes entre tales procesos patógenos, ya que para el paciente no es igual una sustancia o conducta que otra y más allá de los mecanismos biológicos alcanzan la forma de comportamiento social.²

Con la neuroimagen y sus aplicaciones el cerebro ha pasado de ser una incógnita a ser un órgano observable –tanto en sus procesos normales como alterados– en plena actividad y sin recurrir a métodos invasivos.^{3,4} Hoy se amplían las funciones de la mente en una nueva visión práctica de carácter biopsicosocial.^{5,6}

Ello refuerza la idea de que el manejo de la dependencia y los trastornos de la personalidad coexistentes han de ocurrir a manos de psicólogos, quienes integrarán el mapa mental del paciente y su conducta una vez controlada la emergencia médico-psiquiátrica de la alteración neuroquímica cerebral.^{7,8} Pero para lidiar con estos complicados asuntos se debe estar bien preparado y actualizado.⁹

Tómese como ejemplo lo que aporta el neuropsicoanálisis, con sus ventajas clínicas derivadas de la introspección, conceptuada ésta a partir de: 1) la provisión de una visión metafórica, es decir la intención de verse a sí mismo desde una perspectiva nueva; 2) su enfoque destinado a reunir los diferentes aspectos de la experiencia; 3) el despliegue afectivo que provoca, causa un efecto sorpresivo de comprensión súbita y 4) la novedad respecto al significado profundo de la exploración del mundo psíquico que beneficia al individuo con otra visión complementaria del *self*.^{10,11} Por otra parte, el uso clínico de los sueños: 1) promueve e incrementa la participación del paciente en su tratamiento; 2) facilita su acceso a la mayoría de sus preocupaciones esenciales cuyo significado repercute en la agilización del trabajo clínico; 3) induce a la construcción de una relación terapéutica; 4) estimula el proceso terapéutico fomentando la confianza; 5) facilita el acceso del profesional al esquema cognitivo de los pacientes; 6) el monitoreo de la evolución del autoconcepto, de los mecanismos de defensa, de los conflictos esenciales y de las reacciones transferenciales arrojan nueva luz sobre la persona; 7) disminuye el riesgo de abandono precoz del tratamiento y ofrece mayor posibilidad de continuidad y de beneficiarse de ella; 8) la interpretación de los sueños aporta beneficios exclusivos, no obtenibles mediante ninguna otra intervención terapéutica y 9) como resultado de la comprensión de la dinámica del paciente y su proceso clínico se produce un importante logro en la enseñanza para los futuros terapeutas.¹²⁻¹⁷

Un psicoterapeuta facilitador y comprensivo –dice Domhoff– hace que los resultados sean aún mejores.¹⁸ Por tanto, cualquier programa de tratamiento que aspire a rehabilitar y reintegrar a sus pacientes debe tender, como lo señaló la ONUDD,^{19,20} a la individualización, formulándose con la suficiente flexibilidad para reconocer a los pacientes desde una óptica que acepta de antemano las características diferentes entre ellos, ofreciendo así la posibilidad de que cada afectado bajo lineamientos del programa encuentre lo que necesita para superar definitivamente su dependencia, considerando siempre a la par, su patología coexistente que habrá de modificarse, adecuarse y superarse a lo largo del tiempo. Por ello, es imprescindible evaluar acuciosamente y con criterios amplios a las personas a quienes los profesionales deben atender y a estos últimos, formar y supervisar en su praxis para su mejor capacitación, de modo que puedan incrementarse las posibilidades de aportar beneficios con la intervención.

El conocimiento de cómo las alteraciones cerebrales afectan a los individuos en su vida diaria y los instrumentos que a lo largo del tiempo se han ido creando, sitúan al manejo fármaco-psicoterapéutico actual²¹ en un lugar privilegiado que continúa su proceso de desarrollo por ambas partes.²² Un componente crítico para que las personas accedan, permanezcan y se beneficien de los programas de tratamiento es sin duda la motivación.^{23,24} Hoy en día se han desarrollado técnicas al respecto con la entrevista inicial que ha mostrado claramente su utilidad durante determinadas fases y bajo cierto grado de intensidad de sus trastornos y manejo a recibir.²⁵⁻²⁷ Por eso cuando el personal de salud solicita cooperación al paciente para que abandone su comportamiento enfermizo, sin proporcionar alternativas a la capacidad gratificante –siempre subjetiva– de las sustancias o conductas adictivas, estará generando un problema extra a la condición que motiva el manejo. En el pasado reciente cuántas veces supimos que incluso los profesionales solicitaron vehemente e insistentemente a los pacientes: “échale ganas”... con lo cual nunca lograron mejores participaciones de quienes –afectados de la función cerebral– no pudieron cumplir y sólo ofrecieron un puñado de promesas...²⁸ La eficacia de todas estas intervenciones está fuera de duda; sin embargo, es limitada, siendo menor en la dependencia que la observada en otros trastornos mentales. El propio proceso de la dependencia bloquea la posibilidad de beneficiarse de estos tratamientos. Muy posiblemente la alteración en el funcionamiento cerebral impide que determinados pacientes sean capaces de poner

en marcha los mecanismos de cambio que requiere su trastorno.²⁹ En esta paradoja nunca sería conveniente ni adecuado pedir al paciente que intente lo que de antemano sabemos no podrá lograr. La inclusión de técnicas de rehabilitación cognitiva en los programas de tratamiento en los pacientes duales es una necesidad de primer orden, no sólo porque favorece al resto de las intervenciones terapéuticas –lo cual de suyo es importante para el manejo integral–, sino también porque un mejor funcionamiento cerebral se traduce en un mejor funcionamiento en la vida diaria, precisamente en aquellos aspectos que de otro modo podrían propiciar el retorno al consumo o conductas psicopatológicas por sus patrones reiterativos. Los programas dispuestos a integrar el conocimiento actual de las disciplinas complementarias deberán considerar los conceptos neuropsiquiátricos y neuropsicológicos.²

En la actualidad, con este nuevo proceder la investigación contemporánea estará cerrando la brecha que por muchos años la separó de la praxis clínica al generar grandes avances en la dimensión más decisiva del actual enfoque neurocientífico. Así por ejemplo, la psicofarmacología que siempre fue el recurso central del manejo en pacientes con trastornos comórbidos por dependencia, antes de reconocerse la patología conductual adictiva, hoy es motivo de revisión de la evidencia científica, lo cual trae a discusión la selección de *sólo aquellos fármacos que hayan documentado su utilidad terapéutica*. La investigación de nuevas moléculas no debe entonces perder de vista los síntomas a combatir, pero a la par debe centrarse en el conocimiento más fino de los componentes fisiopatológicos de la dependencia y los trastornos mentales y de la personalidad.³⁰ El espíritu didáctico del concepto **psiquiatría de las adicciones**, aplicable a la psicoterapia, refuerza la formación y actualización clínicas del personal de salud que brinda detección, tratamiento y en su caso, referencia adecuada. Dicho enfoque busca eliminar la improvisación, proponer nuevas y mejores perspectivas diagnósticas, terapéuticas, rehabilitatorias y de reintegración social en términos de su diseño y costo-efectividad sobre una base de evaluación operativa.³¹ Por tanto, se enfatiza: a) la actualización de medidas educativo-preventivas; b) la desmitificación del trastorno mental, los prejuicios contra los pacientes y su estigmatización, los trastornos en sí mismos –todavía observados como “falla moral” en ciertos sectores de la sociedad– y c) el fomento de las actividades clínicas a través de la diseminación adecuada y oportuna de información veraz, encaminada a dar luz sobre las dudas que prevalecen acerca de

estos temas. La responsabilidad social del profesional de la salud, clínicos, investigadores y docentes obliga a: a) prescindir de los viejos prejuicios; b) actualizar los conocimientos; c) proporcionar las mejores prácticas de atención, las que en cada momento cuenten con mayor grado de evidencia empírica para estimular el desarrollo cerebral; d) prevenir el contacto con sustancias psicotrópicas, en especial durante los periodos de desarrollo por su máxima vulnerabilidad; e) favorecer comportamientos alternativos al uso de sustancias y conductas patógenas; f) minimizar el impacto de los trastornos adictivos coexistentes y g) facilitar el abandono temprano y la recuperación en las mejores condiciones posibles y la plena incorporación del individuo a una vida sin consumo de psicotrópicos y bajo el control de sus alteraciones.²⁹

Por ende, cuando un pequeño grupo de profesionales de la salud termina de estudiar la maestría luego de tres años de esfuerzo continuado y una pila de lecturas, se trata sin duda de una ocasión especial. Nuestros colegas alcanzan por derecho una nueva posición curricular que les confiere una responsabilidad con su alma máter, con ellos mismos y con la sociedad. El reconocimiento a su labor debe hacerse patente, es necesario como estímulo a su continuidad y conveniente praxis, toda vez que avala su carácter meritorio. Al efecto, se plantean a continuación dos ideas: una relativa a la formación de los alumnos *analizando-supervisando* y otra importante para mitigar la confusión y desvirtuación que suele hacerse de ella,³² dirigida al campo de trabajo de los hoy graduados.

Son tres los pilares de la formación de un psicoterapeuta,²⁸ aunque esto es extensivo por supuesto a otros colegas de la profesión, de la salud mental y de las neurociencias en general, si bien algunos de ellos, en particular los que muestran una postura profesional positivista –conocida por su biologismo– traten de aplicar y defender a toda costa un reduccionismo científico, incluso a favor de su intuitiva ignorancia del tema y continúen siendo renuentes a mirar con detenimiento su interior y/o a aceptarse como son.

Los pilares a los que se alude, que obran en conjunto y asimismo hacen crecer a las personas para convertirse en guías de proyectos de la salud, suelen reducirse según la *vox populi*, a la preparación escolarística. De hecho la mayoría de las personas en la sociedad piensa que basta con ir a la escuela y aprender –como se aprende un asunto teórico– la materia en cuestión, que habrá de explotarse luego, cual inversión de tiempo-dinero-esfuerzo. No, el asunto no es tan simple.

Lo anterior es importante en la psicoterapia que se brinda a los pacientes dependientes, pero no suficiente. Se puede estar de acuerdo en que la preparación aporta el conocimiento elemental sobre el porqué de las cosas, pero a ello deben adosársele aún las bases de la actuación profesional en el marco de lo que hoy se denomina en el campo profesional “las mejores prácticas”.³³ La psicoterapia personal, requisito indispensable en la edificación formativa de todos aquéllos que lidiarán con los problemas psicofísicos de sus pacientes –e incluso los suyos– es y será el eje rector del conocimiento aplicado. Dado su carácter didáctico, se basa en la adecuada mezcla de teoría y praxis. Por tanto, requiere actualización con apertura individual, comunicación entre el alumno y su mentor, con su plan de estudios, su escuela y su muy variado campo laboral. En tal sentido, la lectura se vuelve fundamental y la actualización constante a lo largo de la vida profesional será a la vez paradigma y espíritu de la materia.²⁸ En consecuencia, el binomio enseñanza-aprendizaje involucra a *fortiori* en su método a los protagonistas, fundiéndolos en una misma actividad. Y si éste fuera un asunto patógeno –que no lo es–, podría describirse como una complicidad o una actuación en duplo (*folie à deux*) como señala la clínica francesa. De modo que como tal compartición es saludable, es mejor intentar compararla con una pareja de baile, cuya danza dialéctica los convoca, compromete y a la par dialécticamente diferencia y unifica. Por ello, no es raro ver que un exalumno pase a ser docente en las propias aulas donde se forjó, o incluso en aquéllas de cualquier otra parte donde considera que existe esa necesidad y ahí incursiona. Pero la teoría por sí misma no consolida el saber, requiere la praxis y una experiencia de conocimiento para modelar la actuación del profesional y así habilitarlo a entender, a “acompañar” y a ayudar a sus pacientes en el seno de un proceso formal de tratamiento, que en este campo es prolongado y ciertamente cansado y difícil. En cierta forma es ésta la que ofrece la oportunidad emprendedora de ser eficaz profesional en cada sesión de trabajo.

Por su parte, la observancia de las recomendaciones de los supervisores, siempre variada y rica conceptualmente hablando, se torna en un principio en la regla de la operación a seguir. Más tarde –el tiempo es variable en cada caso–, cuando el alumno instruido domina ya su técnica –mas no antes– puede aspirar a pulir de manera personal las enseñanzas obtenidas y darse sin miedo la oportunidad de atender y realizar su actuación desde una posición individual,

precisamente ahí, a solas con todo lo introyectado y aprendido, donde no hay supervisor... es decir, en la mayoría de los escenarios clínicos de nuestro país.³⁴ Es ahí donde el graduado colabora con un punto de vista nuevo, fresco, distinto y tal vez mejor, ojalá. Se requiere una visión iconoclasta, arrojada y valiente para aportar constructivamente, pero sobre todo para devolver a los demás lo que uno ha recibido de los docentes en generosa manera. Así como cuando participamos de un programa de enseñanza en la universidad de origen o en una institución educativa o de salud o como cuando colaboramos con nuestra opinión en un programa de difusión del conocimiento, evitando o por lo menos tratando de disminuir la distorsión y el sensacionalismo que habitualmente rige a los medios masivos de información, en especial cuando trastocan la verdad de ciertas ideas, conceptos o acontecimientos en su beneficio mercantil, en muchos casos, con el aval del Estado. Esta conciencia social aplicada puede luego pretender guiar los destinos de las políticas de salud. Por ejemplo, a efecto de colaborar a la mejor comprensión comunitaria de los diversos y graves problemas de salud y educación que padece el país, que como las adicciones por sí mismas o con su comorbilidad ciegan diariamente la vida de muchos mexicanos, requieren por tanto, abrir con luz clarificadora los caminos todavía intransitados por la mayor parte de la gente. En tal sentido vale decir: la ignorancia es la noche... ¡alumbrémosla con la luz de la verdad!³⁵

Los trastornos por dependencia y sus trastornos coexistentes, colegas, necesitan profesionales que actúen en sus distintos niveles –desde la prevención hasta la rehabilitación a largo plazo mostrada en la reintegración social de los afectados, reúne la terapéutica y la enseñanza temática contra la expresión de la patología– en ese arduo y largo camino. Necesitamos como país la participación de muchos colaboradores para que, en conjunto, enfrentemos la titánica tarea de manejar la problemática cuando y donde se requiera –meta que por sí misma ha rebasado todos nuestros recursos empleados a la fecha–, fundamentados en programas informativo-educativos y actividades especialmente diseñadas a capacitar al personal de salud que atiende y resuelve la fisiopatología y las secuelas de esta grave condición.²⁹

Cabe señalar de manera paradójica que el número de profesionales captado y adiestrado en esta materia deviene irrisorio, aun cuando se sumen todas la maestrías, cursos de especialización e incluso otras actividades supervisadas y los “diplomados”

—cuyo pomposo adjetivo no le da idea a nadie de su propósito— que se realizan en la actualidad a lo largo y ancho del país. Irrisorio, porque de hecho las diferentes instancias educadoras en sus variados niveles no han unificado hasta hoy los programas de estudio y como se sabe, aún estamos lejos de poder presentar una oferta educativa consensuada y efectiva destinada a los distintos profesionales que abarcan el campo laboral del personal de salud, no sólo debido a sus distintos intereses vocacionales, educativos y formativos, sino a causa también de la falta de políticas administrativas y conducción adecuada al efecto. Baste señalar que no existe en México un programa nacional contra los trastornos por dependencia que integre los trastornos mentales concomitantes que forman la patología dual.^{1,30} Y por si fuera poco, algunas clínicas privadas de las que se tiene noticia en el país, están dirigidas por expacientes —que no exadictos porque la afectación cerebral alcanzada no puede eliminarse— y son los mismos pacientes en abstinencia o bajo rehabilitación activa quienes dan “psicoterapia” a los internos con toda desfachatez, ante su ignorancia, sin supervisión y sin preocuparles la flagrante usurpación de profesión. Como puede apreciarse, la rectoría necesaria para esa desafortunada condición aún se encuentra en ciernes, no obstante el fundamento de este delito.

Hemos de hacer votos para que pronto llegue la oportunidad de laborar en forma compartida con todas las instancias involucradas en los problemas de salud pública que aquejan a nuestro país. Pero desdeñada la enseñanza y carentes de un órgano colegiado además del gremial—de investidura oficial a nivel nacional que certifique nuestra participación terapéutica apropiada a las necesidades y condiciones de los pacientes— se aprecia con tristeza que todo el esfuerzo logrado, de suyo importante y meritorio, sólo dará en el mejor de los casos una modesta participación eficaz a aquellos afectados y a sus familias que podamos incluir en los consultorios e instituciones, pues no alcanza a fraguar la solución nacional requerida frente a este monumental problema, en el que sobran politiquería y opiniones desautorizadas y faltan acciones civiles humanitarias y profesionales concretas.^{1,29}

Por eso, no es lo mismo rendir un esfuerzo laboral en una institución social que atiende la problemática de la comunidad —esa población que tanto lo necesita— que ubicarse en el consultorio privado a resolver de “uno en uno” los problemas que nos lleven los escasos pacientes atendidos en cada jornada laboral. Desde el punto de vista de la formación integral, es decir de

la estructuración profesional destinada al abordaje completo del trastorno por dependencia, el foco de atención se centra en la comprensión del fenómeno mismo, desde su etiopatogenia hasta el beneficio aportado a las personas que luchan por el derecho al mantenimiento de su reintegración social.³⁰

Actualmente, desde el punto de vista del manejo psicoterapéutico del problema adictivo se tratan las concomitancias y secuelas de la patología, mas no la patología misma. De ahí que haya que abordar integralmente el fenómeno y complementar un enfoque con el otro, si se aspira a lograr la integración de la totalidad que representa la universalidad humana. Los profesionales de la salud involucrados deben tener clara esta visión para poder optar por una, otra o ambas condiciones. Al parecer aún priva en la comunidad cierto grado de confusión y quizá hasta sea uno de los motivos por los cuales algunas personas no se acercan a los cursos de maestría y doctorado. En fin, a los nuevos graduados hemos de darles nuestros parabienes y desearles un feliz desempeño de sus habilidades, que fructifique el conocimiento obtenido y que disfruten de esta noble tarea para que sean la actitud y el ejemplo personal —no la retórica oficial o privada—, las herramientas en las que se apoye su crecimiento individual, profesional y su labor de influencia benéfica para sus pacientes. A cambio justo es pedir compromiso, participación sincera y dedicada como en toda responsabilidad profesional.³⁰

Luego entonces, se requiere la asunción del conocimiento científico, minimizando al extremo el margen de la especulación, los prejuicios y la ambigüedad; destacando la responsabilidad de cada involucrado y la asesoría a pacientes y familiares con la meta de reforzar el indispensable apego terapéutico, sin el cual no florece ningún manejo. Un tratamiento eficaz en este campo es aquél que ofrece beneficios continuos a lo largo de los años y asume los procedimientos éticos indispensables. En consecuencia, debe permanecer exento de serendipias, siendo parte de la estrategia y no del azar. Para ser efectivos se precisa del desarrollo de una adecuada planeación teórico-práctica y una visión individualizada contra ambos trastornos, fundada en el conocimiento y la técnica, la comprensión y la tolerancia, la ética y el respeto al paciente. ¡Felicitó a todos los graduados por alcanzar un nivel profesional adecuado! Ahora... sólo les falta la experiencia. ¡Les deseamos el mejor cumplimiento de sus tareas en favor de la sociedad y la mayor satisfacción al hacerlo! Pero si no lo hicieréis así, enfrentaréis en la vida sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Souza y Machorro M. Cannabis y salud: del mito a la evidencia. México: Editorial Alfíl; 2017.
2. Pedrero-Pérez EJ. Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. Plan Nacional Sobre Sustancias Psicotrópicas. España: Sociedad Española de Toxicomanías; 2016.
3. Souza y Machorro M. Imagenología, neurociencias y adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2006; 7 (4): 278-281.
4. Matochik BJ. Alcoholism research and neuroimaging: implications for treatment. *Neuro-psychiatry, Addiction, Alcohol Abuse*. Psychiatric News, APA. March 07, 2013.
5. Jupp B, Dalley JW. Behavioral endophenotypes of drug addiction: Etiological insights from neuroimaging studies. *Neuropharmacology*. 2014; 76 Pt B: 487-497.
6. Desmond JE, Chen SH, DeRosa E, Pryor MR, Pfefferbaum A, Sullivan EV. Increased frontocerebellar activation in alcoholics during verbal working memory: an fMRI study. *Neuroimage*. 2003; 19 (4): 1510-1520.
7. Prosser J, London ED, Galyner II. Sustained attention in patients receiving and abstinent following methadone maintenance treatment for opiate dependence: performance and neuroimaging results. *Drug Alcohol Depend*. 2009; 104 (3): 228-240.
8. Marano G, Traversi G, Nannarelli C, Pitrelli S, Mazza S, Mazza M. Functional neuroimaging: points of intersection between biology and psychotherapy. *Clin Ter*. 2012; 163 (6): e443-e456.
9. Northoff G. Neuropsychanalysis in practice: brain self and objects. Oxford: Oxford University Press; 2011.
10. Bernstein WM. A basic theory of neuropsychanalysis. London: Karnac; 2011.
11. Solms M, Turnbull OH. What is neuropsychanalysis? *Neuropsychanalysis*. 2011; 13 (2): 133-145.
12. Weiss L. Dream analysis in psychotherapy. New York: Pergamon; 1986.
13. Glucksman ML. The use of successive dreams to facilitate and document change during treatment. *J Am Acad Psychoanal*. 1988; 16 (1): 47-70.
14. Schredl M, Bohusch C, Kahl J, Mader A, Simesan A. The use of dreams in psychotherapy: a survey of psychotherapists in private practice. *J Psychother Pract Res*. 2000; 9 (2): 81-87.
15. Hill CE. Working with dreams in psychotherapy. New York: Guilford Press; 1996.
16. Hill CE, Zack JS, Wonnell TL, Hoffman MA, Rochlen AB, Goldberg JL et al. Structured brief therapy with a focus on dreams or loss for clients with troubling dreams and recent loss. *J Counseling Psychology*. 2000; 47 (1): 90-101.
17. Hill CE. Working with dreams in therapy: facilitating exploration, insight, and action. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
18. Domhoff GW. Finding meaning in dreams: a quantitative approach. New York: Plenum Publishing Co; 1996.
19. ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Abuso de sustancias psicotrópicas tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación. Capítulo VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Naciones Unidas. Viena. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. 2003a.
20. ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de sustancias psicotrópicas: análisis de las pruebas científicas. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. New York: ONU; 2003b.
21. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry*. 1999; 156 (4): 505-524.
22. Kandel ER. Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind. American Psychiatric Publishing; 2008.
23. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New York: Guilford Press; 2002.
24. Bell JB. Volitional control, self-regulation, and motivational interviewing in veterans with alcohol problems. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2008; 68 (7-B): 4810.
25. DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 34 (1): 25-35.
26. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract*. 2010; 20 (2): 137-160.
27. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addict Behav*. 2012; 37 (12): 1325-1334.
28. Souza y Machorro M. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci*. 2004; 5 (1): 57-69.
29. Souza y Machorro M. Adicciones, Visión integral de su problemática, abordaje y tratamiento (Patología Dual). Facultad de Medicina, UNAM. México: Editorial Prado; 2014c.
30. Souza y Machorro M. Trastorno por dependencia del alcohol y trastornos de la personalidad. México: Fondo de Cultura Económica; 2017. En revisión.
31. Souza y Machorro M. Psiquiatría de las adicciones. México: Fondo de Cultura Económica; 2010h.
32. Souza y Machorro M. La Personalidad y los trastornos adictivos. 4º Congreso Preuniversitario ULSA. Cancún (COPREUULSACÚN). Auditorio de la Universidad La Salle, Cancún. Cancún, Quintana Roo. México. Abril 25-28, 2017.
33. Souza y Machorro M, Cruz-Moreno DL. Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso/Adicción de psicotrópicos. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centro de Integración Juvenil, A.C.; 2007.
34. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y Machorro M. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría*. 2000; 16 (3): 110-116.
35. Souza y Machorro M, Guisa-Cruz V, Díaz-Barriga Salgado L. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci*. 2005; 6 (5): 411-425.

Correspondencia:

Mario Souza y Machorro

E-mail: souzaym@yahoo.com