

Psicoterapia de los trastornos de personalidad en adictos

Leandro Palacios

Psicoterapeuta. Fundación Spiral

Resumen

Poca es la literatura que existe sobre psicoterapia con adictos que sufren trastornos de personalidad. Y no es de extrañar si se tienen en cuenta no sólo lo dificultoso del abordaje de cada entidad por separado (adicciones, trastornos de personalidad) sino el intenso debate históricamente establecido en torno al concepto “personalidad” y sus patologías y el dinamismo evolutivo (nuevos perfiles, nuevas dependencias) que viene caracterizando al campo de las adicciones en los últimos años. Sea como fuere, el presente artículo no viene a dar respuestas absolutas que llenen el vacío literario mencionado más arriba pero sí espera plantear algunas cuestiones conocidas y otras quizá más novedosas – aunque todas ellas discutibles - respecto al reto que plantea el abordaje psicoterapéutico de los trastornos de personalidad en adictos.

Palabras Clave

Psicoterapia, adicciones, trastornos de personalidad, tratamientos.

Summary

Not much is the literature found on psychotherapy with addicts who suffer personality disorders. And it is hardly surprising if we take into account not only the troubles in the undertaking of each matter separately (addictions, personality disorders) but the intense debate historically established concerning the concept “personality” and its pathologies and the evolving dynamism (new profiles, new dependences) that has been characterizing the addictions field in the last years. Be that as it may, this article does not come to give absolute answers that fill the literary emptiness mentioned above but it expects to raise some known questions and others probably more original - though arguable all of them - with regard to the challenge that raises from the psychotherapeutic approach to personality disorders in addicts.

Correspondencia a:
Instituto Spiral. Centro “Cibeles”
C/ Marqués de Valdeiglesias, 2 bajo. 28014 Madrid
E-mail: lpa@institutospiral.com



Key Words

Psychotherapy, addictions, personality disorders, treatments.

Résumé

Peu nombreuse est la littérature qui existe sur une psychothérapie avec les dépendants qui souffrent des dérangements de la personnalité. Et ce n'est pas d'étonner s'il est tenu en compte non seulement la difficulté de l'approche de chaque sujet séparément (des addictions, des dérangements de la personnalité) mais le débat intense historiquement établi autour du concept "personnalité" et ses pathologies et le dynamisme évolutif (des nouveaux profils, des nouvelles dépendances) qui caractérise le domaine des addictions pendant les dernières années. Quoi qu'il en soit, cet article ne vient pas à donner les réponses absolues qui remplissent le vide littéraire mentionné ci-dessus mais il espère exposer quelques questions connues et d'autres peut-être plus nouveau - bien que toutes discutables - par rapport au défi qui projète l'approche psychothérapeutique des dérangements de personnalité en dépendants.

Mots Clés

Psychothérapie, dépendance, dérangements de la personnalité, traitements.

ADVERTENCIAS PREVIAS

Me enfrento al objeto de este texto con una mezcla de sensaciones ambiguas e incluso contradictorias. Desde el primer momento he tenido claro que trataría de hacer del mismo un reflejo de mi experiencia clínica, renunciando explícitamente a revisiones bibliográficas que me resultan necesarias pero aburridas. Temo por ello parecer pretencioso o despreocupado - en todo caso poco "empírico" - pues el tema que se plantea no sólo muestra un panorama literario bastante yermo y desabrido sino que se presta, cómo no, a monólogos académicos a los que les sobran referencias y les falta entusiasmo. Me tranquilizo, sin embargo, cuando recuerdo que el Diccionario de la Real Academia Española define empírico como "relativo a la experiencia o fundado en ella". Y esto es lo que pretendo.

Estoy convencido de que este artículo no volverá a quien lo lea un terapeuta más capaz (¡¡estaría bueno!!) y también creo que muchas de las cuestiones que aborda son discutibles y matizables. Espero por ello ser al menos capaz de sistematizar las líneas generales de lo que resulta, en la praxis, nuestra manera de proceder frente al enorme reto que plantea la psicoterapia de los trastornos de personalidad en adicciones.

INTRODUCCIÓN

Adicciones y psicoterapia

Ha pasado menos tiempo del que parece desde que las adicciones eran definidas y aceptadas ampliamente como "enfermedades

crónicas recidivantes"¹. Resulta fácil imaginar los planteamientos terapéuticos que se derivaban de tal definición tanto en su vertiente instrumental y de provisión de recursos como en su dimensión relacional y formativo - docente. Poco a poco – y muy tímidamente al principio para no ser tildados de ingenuos – algunos profesionales empezaron a desmentir estos postulados a fuerza de inducir cambios en la manera de concebir los fenómenos adictivos, de abordar su terapéutica desde nuevas perspectivas y de ofrecer resultados cada vez más favorables. Se aligeró así en parte la leyenda negra de incurabilidad que pesaba sobre las adicciones y se acercó este campo a otros de la salud mental y de la psicoterapia pues, como he mencionado en otros escritos, la desdichada complementariedad entre la tendencia separatista respecto a la salud mental general que durante mucho tiempo se adueñó del mundo de las adicciones y la tendencia de otros colectivos profesionales que trabajaban en sectores diferentes a subestimar y a excluir a los profesionales de las mismas² lograron que nos olvidásemos de que estos fenómenos plantean algunos de los cuadros psicopatológicos más graves y difíciles de solucionar con que un terapeuta puede encontrarse, y que la distinción “salud mental – adicciones” en muchas ocasiones resulta pura redundancia e introduce diferencias donde existe (y debería existir) continuidad.

En adicciones se han vivido y se siguen viendo cambios que tienen mucho de excitante y también mucho de preocupante. Ya no valen, como décadas atrás, fórmulas fijas

¹ *De hecho, aún persiste esta tendencia en algunos ámbitos profesionales.*

² *“La falta de comunicación entre los distintos profesionales y el desconocimiento de los distintos enfoques es absurdo e inoperativo.” (Sánchez Hervás, E. 2004).*

y técnicas únicas; se impone la integración teórica y técnica y se evalúa cada vez más. Todos los modelos tienen, afortunadamente, algo que aportar y muchos de ellos cada vez son más incisivos en la manera de entender tanto la patología adictiva como los ámbitos en que deben centrarse sus esfuerzos terapéuticos. Aunque queda mucho por hacer, la sensación de que se habla un lenguaje común tanto entre terapeutas dedicados a las adicciones como con quienes intervienen en otros campos de la psicoterapia ha ido intensificándose conforme se producía el contacto y la apertura mutua. Y a dicho acercamiento no sólo hay que buscarle origen en el crecimiento que se deriva del intercambio profesional sino en la perentoria necesidad de incorporar otros modelos, perspectivas, disciplinas y procedimientos para hacer frente a las demandas generadas por el polimorfismo y la velocidad evolutiva tan característicos de la última década en el campo de los fenómenos adictivos³.

Con todo, el peligro del “todo vale”, el fantasma de “lo mío es mejor que lo tuyo” o el engaño de los tratamientos “rápidos, indoloros y garantizados al cien por cien en el cien por cien de los casos” continúan amenazando este encuentro incipiente entre profesionales de la terapia⁴. Seríamos tontos⁵ si desaprovechásemos la oportunidad de potenciar cuantitativa y cualitativamente los resultados terapéuticos de las diversas modalidades de tratamiento al renunciar a la interacción entre las distintas in-

³ *Nuevos perfiles de consumo, nuevas dependencias, adicciones en la mujer, patología dual, etc.*

⁴ *No puedo dejar de pensar, con cierta sorna, en el paralelismo con el famoso “encuentro entre civilizaciones”.*

⁵ *Según la madre de Forrest Gump (personaje interpretado por el actor Tom Hanks) “tonto es el que hace tonterías”.*



tervenciones, enfoques y teorías de referencia que existen y perjudicaríamos, en definitiva, a los pacientes que solicitan nuestro servicio.

Trastornos de personalidad y psicoterapia

“Los trastornos de la personalidad configuran una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes entre las personas que solicitan tratamiento para superar su adicción a sustancias: diversos estudios con diferentes metodologías estiman una prevalencia entre el 34,8 y el 73% (mediana 56,5%) entre los adictos, frente al 10-14,8% (mediana 13,5%) en población general. (...) El conocimiento de las características disfuncionales de personalidad permite diseñar el tempo, la intensidad y el ritmo de la intervención, así como mejorar la alianza terapéutica, la intervención interdisciplinar, formular objetivos realistas y evitar la frustración del profesional. Cuando se tienen en cuenta las variables de personalidad y se interviene sobre ellas mejoran los resultados del tratamiento de la conducta adictiva”. (Pedrero, 2007).

A medida que aumenta mi experiencia terapéutica con sujetos diagnosticados de trastornos de la personalidad, menos creo en ellos. Al menos en ciertas aseveraciones y características que se les atribuyen. Así, el DSM-IV-TR sentencia al respecto que **“un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”**. . . . ¡¡¡Cuántas veces he visto que la situación inicial en que una persona comienza tratamiento y la situación en que lo termina no se parecen ni por asomo!!!

Y ni decir tiene que, de los espeluznantes diagnósticos con que muchas veces los profesionales “bautizamos” a nuestros pacientes, en más casos de los que cabría esperar el desarrollo adecuado del proceso terapéutico consigue que la persona cambie sus “apellidos” patológicos (límite, antisocial, paranoide, etc.) por otros más adaptados y adaptativos⁶. No quiero, empero, transmitir un exceso de ingenuidad y llegar a negar realidades tan obvias como que todo tiene un límite pues, de acuerdo con Millon, **“Los individuos no pueden hacerse tan individuales que se conviertan en inefables”** (Millon, 1998).

Como clínico y terapeuta necesito un encuadre flexible (que no es lo opuesto a riguroso) que me permita “cuidar” de las personas que atiendo. Necesito, además, un “mapa” no sólo que me guíe⁷ sino que pueda compartir con mis pacientes, ya que la manera en que se construya este mapa⁸ será una de

⁶ *“Se ha criticado la actual configuración del Eje II, en la medida en que su formulación categorial y atórica no define categorías discretas sino solapadas (favoreciendo la comorbilidad espuria), se construye a partir de criterios diagnósticos redundantes, no es capaz de explicar las variantes de cada categoría, no concuerda con la evidencia empírica, aplica un modelo médico-biológico reduccionista e inadecuado y carece de fiabilidad y validez. En la actualidad se trabaja sobre la hipótesis de un Eje II dimensional en el DSM-V desde la consideración de que “los trastornos de personalidad no son cualitativamente distintos del funcionamiento de la personalidad normal, son simplemente variantes desadaptativas extremas de los rasgos comunes de la personalidad”.* (Pedrero, 2007).

⁷ *Teniendo en cuenta empero que “el mapa no es el territorio”.*

⁸ *“La psicoterapia supone la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que éste aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.”* (Fernández Liria, Rodríguez Vega, Hernández Monsalve y otros, 1997)

las bases que nos permita conseguir los cambios que ambos buscamos. Y en este sentido poco o nada ayudan todas aquellas teorías que limitan la comprensión de los problemas del paciente, patologizan aún más lo ya de sí patológico, yerran al escoger en el foco de intervención o limitan (impidiendo incluso) la creatividad del terapeuta al “guionizar” o protocolizar en exceso su actuación: **“La conclusión es que no tenemos una psicoterapia sino muchas psicoterapias, todas ellas probablemente útiles a su manera, pero seguramente con diferentes grados de eficacia. (...) Así que podemos preguntarnos: ¿de qué depende el grado de eficacia de un tratamiento concreto? Pues de la interacción de todos los elementos que hemos descrito: de la validez del enfoque para adecuarse a las diferencias entre clientes (lo que va a depender de sus presupuestos teóricos, técnicas y procedimientos), de la habilidad del terapeuta para ajustarse (él mismo y su técnica) a las necesidades de los distintos clientes, del contexto socio-económico-político en el que se realice el trabajo. Sin olvidar que, los resultados obtenidos en cualquier investigación, van a estar necesariamente determinados por las decisiones metodológicas tomadas de antemano: ¿qué entendemos por cambio?, ¿cómo se evalúa éste?, etc.”.** (Rodríguez Morejón, 2004).

Integración y psicoterapia

El mercado actual de servicios psicoterapéuticos oferta más de 500 enfoques diferentes basados en menor o mayor medida en los paradigmas predominantes: psicodinámico, cognitivo – conductual, sistémico y humanista. Esta circunstancia complica extraordinariamente la elección del modelo más adecuado para cada problema, creando de paso legiones tanto de terapeutas como de pacientes

que “predican” su verdad en cuanto tienen oportunidad para ello. No obstante, la cada vez más nutrida investigación sobre resultados en psicoterapia ejerce de navaja de Occam y señala que no es posible establecer en términos generales la superioridad de un enfoque terapéutico sobre los demás, pues gran parte del éxito del tratamiento (hasta un 40 % según Lambert) se debe a la personalidad del paciente mientras que otro 30 % del mismo procede de aquellos factores comunes⁹ a todas las terapias (y que tienen mucho que ver con cómo se establece la alianza terapéutica y el tipo de relación que ésta implica). Sólo un 15 % del total podría adjudicarse al tipo de técnicas utilizadas, porcentaje similar al de las expectativas generadas por el paciente en torno al tratamiento¹⁰.

Hago mío, con permiso de su autor, el siguiente párrafo: **“En un momento en que la investigación cualitativa afronta nuevos retos tratando de establecer cuáles son los mecanismos de cambio, los factores comunes que subyacen a los modelos de psicoterapia (Hubble, Duncan y Miller, 1999), en una época en que la integración entre modelos parece poner a nuestro alcance terapias cada vez más flexibles y eficaces (Alford**

⁹ En su obra de 1961 “*Persuasión y curación*”, Frank describe seis factores comunes a todas las psicoterapias que explicarían sus similares resultados: 1- El establecimiento de una relación de confianza; 2- Una reformulación de los problemas en términos comprensibles y manejables por el paciente; 3- El proporcionar nueva información acerca de la causa y el tratamiento de los problemas del paciente; 4 - La esperanza del paciente de encontrar ayuda en el terapeuta; 5 - La oportunidad de tener experiencias de éxito en el dominio de los problemas y 6 - Facilitar la activación emocional.

¹⁰ Este dato confirma la importancia que tiene en psicoterapia – y en especial en el campo de las adicciones – todo el esfuerzo dedicado a motivar a los pacientes con respecto a su proceso terapéutico.



y Beck, 1997), cambiar flexibilidad por restricción y uniformidad no parece lo más adecuado". (Rodríguez Morejón, 2004) y añado que la integración es hoy por hoy una necesidad que deviene, en el caso que nos ocupa, de la innegable complejidad que entraña tanto el factor "personalidad del paciente" como de los asociados al establecimiento de una relación terapéutica con sujetos que suman las características de las adicciones y de los trastornos de personalidad. Por motivos de extensión y de ajuste al objetivo del presente texto no entraré entonces en más disquisiciones respecto al modelo integrador (hay todo un fascinante cuerpo literario para consultar al respecto) pero no puedo finalizar este apartado, por mucho que siga siendo parte de la introducción, sin aportar nuestra visión particular sobre lo que significa "integrar" cuando nos referimos a la intervención psicoterapéutica en trastornos de personalidad en adictos:

- Empiezo con una pequeña pirueta lingüística para señalar que el menú de alteraciones que acompañan a tales cuadros nos sólo es amplio y profuso sino que podríamos decir que se encuentra bien "integrado" en su propia identidad patológica, pues cada síntoma por separado se incorpora al todo para conformar el aspecto abigarrado y complejo con que estos fenómenos se muestran en la clínica.
- Para "desintegrar" este todo y poder reconstruirlo en una forma más sana la propuesta terapéutica debe estar dotada de una consistencia suficiente que sólo es posible si la misma se basa en una serie de planos de intervención unificados y sinérgicos y en un proceso que integre progresivamente objetivos terapéuticos de mayor calado.

- Más allá de modas y modismos, se impone el uso de una metodología terapéutica basada en lo evidente: cuanto más amplio sea el abanico de instrumental técnico que pueda usar el terapeuta (y siempre que esté capacitado para ello), más posibilidades de éxito tendrá su intervención.
- Con todo, la mera suma de técnicas y de procedimientos no basta para confeccionar una propuesta terapéutica integrada. Un modelo sumatorio no es un modelo integrador y una de las diferencias básicas entre ambos radica en saber no sólo qué hacer sino cuándo hacerlo. De esta forma, integrar se convierte en sinónimo de secuenciar y este verbo alude a su vez al tempo de la intervención, pues el sujeto en tratamiento necesita de una especial (y en ocasiones prolongada) "preparación para la consciencia" que le ayude a apropiarse verdaderamente de cuanto se le ofrezca en el marco terapéutico.
- Por último, creemos labor ineludible del terapeuta procurar que su personalidad esté suficientemente "integrada" a fin de poder ofrecer a sus pacientes un modelo de relación terapéutica que sirva de matriz funcional para todas las demás.
- En definitiva, "integrar" implica a nuestro juicio: conocimiento amplio y unificado tanto longitudinal como transversal de los trastornos adictivos y de personalidad; integración teórica e integración técnica; propuesta terapéutica sinérgica y global; secuenciación y gradación de metas terapéutica; confluencia y complementariedad disciplinar; esfuerzo personal del profesional en pos de su propia unificación psicoafectiva e interpersonal.

PLANTEAMIENTO

Apuntes generales sobre la psicoterapia de adictos con trastornos de personalidad

Aunque toda generalización siempre resulta no sólo equivocada sino injusta y peligrosa para el clínico, localizar denominadores comunes entre lo que les sucede a pacientes diversos pero afectos de similar problemática ayuda en mucho a incrementar la eficacia de las intervenciones pues permite, sobre la base de patrones generales, abordar las diferencias individuales, máxime en patologías siempre tan complejas como las que estamos comentando. Puesto que este texto no se basa en análisis estadísticos ni trata de resumir o reescribir lo que ya se sabe acerca de la psicopatología tanto adictiva como de los trastornos de personalidad, acudiré a impresiones tanto propias como de mis compañeros de equipo para describir ciertos aspectos genéricos del proceso terapéutico de adictos con trastornos de personalidad que nos parecen relevantes:

- Si los comparamos con adictos sin trastornos de personalidad, estos pacientes **muestran menor adherencia al tratamiento en las etapas iniciales del mismo. Sin embargo, en fases avanzadas – y una vez que la alianza terapéutica se encuentra establecida – plantean una mayor resistencia a finalizarlo.** La baja adhesión de sujetos adictos a los programas de tratamiento y su escasa permanencia una vez los inician siguen trayendo de cabeza a gestores sanitarios y a terapeutas y, si esto sucede con adictos en general, con aquéllos que sufren trastornos de personalidad la cuestión se complica más todavía ya que muchos de ellos son depositarios de una doble herencia: por un lado, prolongan la tan conocida tendencia del “enfermo mental” a no respetar ni

seguir las pautas farmacológicas o de otras índoles que se le prescriben y, por si fuera poco, en cuanto adictos también muestran la característica propensión de los mismos a negar su problemática y/o a sentirse curados de manera milagrosa. A todo ello se le añade la especial reactividad¹¹ de estos pacientes ante cualquier intervención externa para hacer que el esfuerzo inicial que implica crear la relación terapéutica resulte ímprobo. Curiosamente, esta última razón unida al talante dependiente del adicto también explica gran parte del hecho de que, una vez establecido el vínculo terapéutico, se resistan a romperlo, especialmente en el caso de que el terapeuta se haya dejado arrastrar a una interacción de interdependencia o no sepa anticipar y preparar suficientemente las etapas finales de la terapia¹².

- Sumando lo dicho en el punto anterior a las numerosas alteraciones funcionales y afectivas que muestran en diversos niveles, **el proceso terapéutico global de adictos con trastornos de personalidad resulta más prolongado** dado que la recuperación de estos sujetos añade un plus de dificultad en todos los ámbitos y fases que abarca tal proceso. En un texto anterior afirmaba a este respecto que **“Las recaídas son potencialmente más frecuentes en trastornos duales¹³ que en pacientes con un único diagnóstico, sin que ello signifique necesariamente**

¹¹ *En un sentido u otro según cada modalidad de trastorno.*

¹² *No es tan absurdo como parece pensar en que algunas de las recaídas que se producen en estas fases puedan formar parte de una estrategia para evitar la despedida o el final del tratamiento.*

¹³ *“Si bien algunos autores excluyen de este concepto los trastornos de personalidad, otros no sólo los incorporan sino que hacen especial hincapié en el trastorno antisocial de la personalidad como el más típico de este tipo de patología”. (Palacios, 2007)*



el fracaso del tratamiento” (Palacios, 2001). Tampoco deberíamos entender prolongado por carente de objetivos pues, más bien al contrario, estos trastornos imponen una escrupulosa planificación terapéutica confeccionada de tareas y cometidos prácticos que el sujeto pueda llevar a cabo y que cimenten un soporte básico sin el cual no resulta viable intervenir en áreas más profundas (emotivas, relacionales, etc.).

- **Requieren una mayor atención por parte del terapeuta (atención psicológica, tiempo e incluso presencia física).** El adicto con trastornos de personalidad demanda una atención más extensa e intensa que otros pacientes pues necesita del cuidado profesional para defenderse de su propio naufragio personal y de la extrema carencia de continuidad psicológica que le imponen sus patologías y alteraciones psíquicas. Como consecuencias indeseables de este hecho, no sólo los profesionales corren el peligro de que sus pacientes creen un intenso vínculo de dependencia – del que ya se ha hablado – con ellos sino que dicho vínculo puede ser bidireccional (codependencia¹⁴), haciendo que el propio profesional acumule un exceso de tensión que le llegue a “quemar” (síndrome de burnout) y perpetúe una situación dolorosa e ineficaz en la que el cuidado externo se impone al propio hasta el extremo de conducir al terapeuta a una situación de vaciamiento

¹⁴ *Los macrofactores que el Dr. Sirvent y la Dr. Moral han denominado “tríada codependiente” son la ORIENTACIÓN RESCATADORA (sentir la necesidad de ayudar a los demás y/o en especial a la persona de la que se depende, intentando incluso resolver sus problemas sin que nadie se lo pida), el SOBRECONTROL (intentos fallidos o no de controlar bien a la persona de la que se depende bien a otros allegados) y la FOCALIZACIÓN EN EL OTRO Y AUTONEGLIGENCIA (centrar en la persona de la que se depende toda la atención personal, descuidando las propias necesidades) (Sirvent y Moral, 2007a, b).*

en el otro que le despersonaliza y le entrega a la angustia, el miedo y la impotencia. Por si fuera poco, cuando el “objeto de cuidado” es alguien a quien poder etiquetar de enfermo (en cuanto sinónimo de incapaz, desvalido, minusválido, desprotegido, etc.) por partida doble (adicto y enfermo mental), el vínculo terapéutico amenaza con construirse sobre una parentalidad escindida, es decir, sobre un ejercicio de las funciones nutricias llevadas a su máxima expresión y exentas de la modulación de las funciones normativas.

INTERVENCIÓN¹⁵

Algunas claves terapéuticas

Trataré en este apartado de desarrollar ciertos aspectos de la intervención que no sólo emergen de la propia experiencia sino que, al menos en nuestro caso, nos sirven como guía cuando del abordaje de los trastornos de personalidad en adictos se trata. Con todo – y tal y como he expresado previamente – no son cuestiones tan sumarias que no sean susceptibles de mejora o discusión por quienes posean experiencias o puntos de vista diferentes a los que a propongo:

1. Las primeras precauciones que el terapeuta debe adoptar giran en torno al **diagnóstico**. No se trata sólo de que el mismo esté bien establecido (aspecto más complejo de lo que parece teniendo en cuenta las muchas alteraciones

¹⁵ *Cuanto diga a partir de ahora implica que el contrato terapéutico con el sujeto en cuestión ya se ha establecido. Excluyo mencionar, por tanto, todo lo que sucede hasta dicho momento, ya que no podemos hablar de psicoterapia en sentido estricto hasta que no se llegue a algún tipo de acuerdo de colaboración entre paciente y terapeuta.*



superpuestas que muestran los adictos) sino de evitar tanto el “café para todos” (mismos diagnósticos, mismos tratamientos) como lo contrario: no saber a dónde se va ni cuándo se ha llegado. Además, entender los diagnósticos como hipótesis de trabajo a confirmar o desmentir impide que la intervención se convierta en una especie de profecía autocumplidora¹⁶ y evita que los propios pacientes los mitifiquen, convirtiéndolos tanto en etiquetas que les colapsan como en excusas para todo (“lo siento, soy antisocial”). En este sentido creo que, aparte de las muchas estrategias que proporciona la literatura sobre el particular, el sentido común, el humor y un estilo llano, claro y directo suelen ofrecer resultados inmejorables para conseguir la renuncia del paciente a sus “apellidos” psicopatológicos y proporcionarles un nuevo sentido a cuanto les sucede.

2. Sin abandonar el campo de la diagnosis, otra medida básica a tener en cuenta es la necesidad de **observar al paciente en abstinencia durante un periodo suficientemente largo** antes de desarrollar un tratamiento a largo plazo basado en el diagnóstico previo. No estoy diciendo que los diagnósticos iniciales sean erróneos por sistema pero puede que engañosos si obviamos tanto el consumo de drogas como el estilo de vida asociado a las mismas como factores patogénicos primordiales para cualquier adicto y capaces por sí solos de generar graves e intensas alteraciones

¹⁶ “Si creo que eres... (límite, antisocial, dependiente, paranoide, etc.), te trataré como tal y acabarás confirmándome con tu comportamiento que lo eres”.

psíquicas. Además, tanto la evolución hacia la enfermedad como hacia la salud son dimensiones en relación dialéctica que ofrecen muchas sorpresas (buenas o malas), incluso en aquellos casos con peor pronóstico. Quiero decir con ello que, aunque conozco lo suficiente las limitaciones terapéuticas que impone una personalidad alterada, la consecución de una abstinencia suficientemente sólida no sólo es objetivo básico de cualquier tratamiento en adicciones sino que supone condición imprescindible para una adecuada interpretación psicopatológica.

3. Se ha hablado en un apartado anterior del peso añadido que recae sobre el terapeuta cuando asiste a adictos con trastornos de personalidad. Desarrollando más esta afirmación, podemos localizar al menos tres circunstancias que dan razón de ella:

- Debido a sus alteraciones tanto cognitivas como afectivas y comportamentales, **el estilo terapéutico debe ser más asertivo, paciente e intenso** con estos pacientes pues sus síntomas, por muy espectaculares y molestos que éstos sean para los demás, no remitirán de un día para otro. Nos movemos, empero, en la delgada línea que separa el buen hacer terapéutico de la permisividad e incluso de la indiferencia, pues el mencionado estilo no implica que no existan límites para el comportamiento del sujeto ni que se le permita refugiarse en su psicopatología para eludir las responsabilidades y cometidos propios del proceso de recuperación.

- Con este tipo de pacientes **lo más eficaz siempre es lo práctico**. El diálogo “terapeutiforme” (leerles la cartilla, en castellano) y los análisis sofisticados no funcionan bien en la mayoría



de los casos. Por ello, las tareas y cometidos que se les asignan acaban convirtiéndose en anclas de realidad al permitirles evolucionar por lo que hacen y no por lo que les pasa por la cabeza o sienten. Dichas tareas, entonces, deben ser sencillas y de fácil consecución a fin de fomentar la autoeficacia y la autoestima de los pacientes pero progresivamente más complejas, teniendo escrupulosamente en cuenta el nivel de tolerancia de cada cual.

• Finalmente – y volviendo a cuestiones vinculares –, el desarrollo y la puesta en práctica del estilo descrito más arriba **fomenta la confianza del paciente en su terapeuta** al descubrir que éste ni se asusta, ni se desespera, ni se atribula, ni aguanta más de la cuenta las consecuencias de sus alteraciones psicológicas ya que devuelve al paciente la responsabilidad sobre sus problemas pero lo hace en un entorno de contención. Esta confianza tiene, sin embargo, una vertiente peligrosa en el caso de las adicciones y, en especial, en el de algunos trastornos de personalidad dado que puede terminar generando una intensa dependencia del profesional y perpetuar las dificultades de estos sujetos para aceptar y adaptarse a los cambios ambientales y relacionales. Además, el terapeuta por su lado puede completar de manera inadecuada dicha propuesta relacional y caer así en la codependencia o puede reaccionar contratransferencialmente y rechazarles sin miramientos arguyendo su talante dependiente y su excesiva necesidad de atención. Para que lo anterior no suceda, el profesional necesita tener presente que uno de los axiomas más importantes de cualquier relación terapéutica es “ayuda tanto como sea necesario y tan poco como sea necesario”.

4. Las “Áreas Básicas” como **puntos focales de intervención**. En base a su actividad clínica e investigadora, el Dr. Sirvent viene

planteando desde hace dos décadas un modelo psicopatológico de las adicciones que describe aquellos cuatro grandes trastornos (Desvitalización, Dependencia, Descontrol y Mistificación) que mejor cualifican y diferencian a las adicciones de otros cuadros patológicos y de cuya interacción emerge el cuadro adictivo global. Denominó a estos trastornos en un primer momento **Trastornos Nucleares** (Sirvent, 1987) para, posteriormente, pasar a llamarlos **Áreas Básicas** (Sirvent, 1991) a fin de señalar su cualidad de continentes de muchas otras alteraciones derivadas y de subrayar su importancia como focos de intervención. Según nuestra experiencia, de la eficaz superación de los trastornos que engloban las Áreas Básicas va a depender gran parte del éxito - por no decir todo ello - del proceso terapéutico que emprenda el adicto, sufra o no trastornos de personalidad. Aunque no voy a detenerme en la descripción y el análisis de las mismas, no me resisto a finalizar este apartado con un párrafo de un trabajo de la Dra. Blanco titulado “**Mixtificación¹⁷, Adicción y Psicoterapia**” que dice: “**El sujeto mistificado tiene alterados todos los circuitos cognitivos: el perceptivo aferencial, mediante un registro sesgado e interesado de la realidad exterior y el elaborativo, mediante un conjunto de creencias distorsionadas que pueden llegar a ser irracionales, aunque –curiosamente- no es la irracionalidad una característica destacable, ya que numerosos adictos emplean la lógica para manipular y son hábiles argumentan-**

¹⁷ “(...) el concepto *mixtificación intrínseca* (Sirvent, 1989) aglutinaría una serie de acepciones interrelacionadas donde el elemento nuclear es el binomio *engaño/autoengaño siempre referido al fenómeno adictivo*” (Blanco, 2004).

do lo que el interlocutor quiere oír. Sin duda el circuito más alterado sobre el que tiene que incidir la intervención de forma muy especial es de la respuesta, el efector. La mistificación en reducidos términos sería como un lenguaje automático regido por un impulso mediatizado por necesidades concretas que modulan la respuesta del sujeto de forma irracional e irreflexiva. (...) Tan importante es este nivel efector, que aun cuando consigamos modificar mediante un buen insight la percepción y capacidad de análisis del sujeto adicto, tendremos - pese a todo - un comportamiento sistemáticamente mixtificado si no intervenimos sobre ese lenguaje automático que es algo muy arraigado en el drogodependiente. A veces incluso es preferible renunciar a neutralizar la mistificación en pro de un resultado más eficaz aplicando consignas accesibles que permitan alcanzar los objetivos principales renunciando a otros parciales que complican innecesariamente la intervención y aportan poco más". (Blanco, 2004).

5. Si ello es necesario en la terapéutica general de las adicciones, la inclusión de algún tipo de **abordaje familiar paralelo** en el proceso psicoterapéutico de adictos con trastornos de personalidad resulta imprescindible. El deterioro psicológico que experimentan las personas cercanas a estos sujetos (generalmente su familia de origen y/ propia) es imputable a diversos factores: la enorme tensión que provocan tales problemas en ellas dadas las situaciones límite que les toca vivir; el apropiamiento por parte de las mismas de funciones, roles y cometidos que corresponden al adicto según éste se vuelve más negligente o incapaz, la reclusión de los familiares en la problemática adictiva

de manera que la misma se esclerotiza y cronifica por efecto de su participación en ella, etc. Y todo ello multiplicado por la presencia de patologías (los trastornos de personalidad) capaces de generar por sí mismas muchas de las distorsiones familiares antes mencionadas. El resultado final es un proceso de despersonalización de los familiares y la desaparición de distancias emocionales adecuadas respecto al problema y al sujeto del mismo que les lleva a conceder más importancia a los avances psicológicos que desean ver que a los esfuerzos que puedan realizar día a día, por pequeños que sean, los propios pacientes. Esta postura desiderativa crea mucha ansiedad y confusión en los familiares y les conduce a actuar de manera semejante e incluso equivalente y complementaria a la de los pacientes. Además, como en el caso de los mismos, las familias quedan atrapadas en etiquetas diagnósticas y en el miedo a que el familiar no supere su "enfermedad mental". Paradójicamente, en muchas ocasiones se les tiene que señalar y ayudar a modificar el trato que les dispensan y que resulta una mezcla de miedo, descalificación, sobreprotección y rechazo que mantiene vigentes los vínculos relacionales característicos de las patologías que se intentan superar. Cabe decir una vez más que el terapeuta necesita mantener una perspectiva suficientemente objetiva sobre las cuestiones familiares a fin de no olvidar que, en la génesis y en la vigencia de los trastornos de la familia, media en multitud de ocasiones la premeditada manipulación por parte del adicto a uno o varios de sus familiares, a quienes chantajea emocionalmente para que le sustituyan y asuman sus responsabilidades. Dicho de



otra manera, serán “enfermos mentales” pero no son tontos.

Dimensiones y proceso de la intervención psicoterapéutica

En el abordaje psicoterapéutico de los trastornos de personalidad en adictos se deben tener en cuenta, a mi juicio, tres dimensiones principales: la **adictiva**, la **vincular** y la **personológica** y secuenciar cuidadosamente la intervención en cada una de ellas, contando no obstante con que, a la postre, dicha intervención se realiza de manera simultánea sobre todos los planos por mucho que se preste atención especial a alguno de ellos.

En base a las dimensiones citadas, mi propuesta de secuenciación del proceso terapéutico es la siguiente: **adictiva – vincular – personológica – adictiva**. Y trataré de explicarme:

Paso I: Dimensión adictiva

En primer lugar hay que incidir sobre los aspectos más patentes de la adicción(es) del sujeto ya que, además, suelen ser no sólo los más evidentes de percibir sino aquellos que más sufrimiento, por retroalimentación, causan a la persona y en torno a los cuales se enmarcan sus demandas y quejas más inmediatas¹⁸. Me refiero a aspectos de raíz adictiva tanto internos (obsesiones, ideas irracionales, estilo cognitivo, etc.) como externos (comportamientos ligados a la adicción, gestión del tiempo, desórdenes en ritmos y hábitos, relación con personas y ambientes que refuerzan la adicción, etc.). Como es obvio, además se ha

¹⁸ *Conviene no olvidar en este instante las distorsiones derivadas de la “mistificación” (Sirvent, 1991) propia del adicto.*

de evaluar e intervenir en muchos casos farmacológicamente¹⁹ sobre las manifestaciones asociadas al craving y a la privación (si la persona las experimenta) y sobre la sintomatología concomitante relacionada con el (los) trastornos de personalidad que sufra.

Antes de continuar, quiero detenerme brevemente en esta cuestión: aún siendo imprescindible, el abordaje médico y farmacológico de las adicciones no siempre ha tenido la relevancia que está adquiriendo durante los últimos años²⁰ debido a que el incremento de aquellas demandas diagnosticables como “trastornos duales” ha obligado a incorporar la perspectiva psiquiátrica y psicopatológica en todos los órdenes de intervención. Tales circunstancias subrayan entonces la trascendencia de las actuaciones médico – psiquiátricas sobre la evolución terapéutica de los adictos y deben ser tenidas muy en cuenta por el terapeuta durante todo el proceso de recuperación.

En esta fase el terapeuta debe ser muy directivo pero ajustándose a las características y al tempo de cada persona, aprovechando incluso (la modulación ética y la madurez personal del profesional aquí juegan una baza primordial) el talante dependiente de ésta para empezar a crear la relación terapéutica. La persona debe encontrar aceptación pero no permisividad, ya que no sólo se trata de establecer una relación terapéutica adecua-

¹⁹ *Para nosotros, la “unidad terapéutica” en adicciones no es el profesional sino el equipo multidisciplinar.*

²⁰ *Aunque actualmente resulte incuestionable la necesidad de asistencia médica que tienen los adictos, en épocas pasadas no fue así e incluso hoy en día ciertas entidades (en su mayoría paraprofesionales o de orientación religiosa) siguen escindiendo lo médico – psiquiátrico del resto de intervenciones que realizan.*



da sino de ofrecer un modelo diferente de relación.

Las técnicas que mejor funcionan en este momento son las cognitivo - conductuales y las de gestión de hábitos ya que se impone un corte radical con el estilo de vida previo, precisándose incluso medidas drásticamente conductuales²¹ durante esta inicial etapa adictiva.

Paso 2: Dimensión vincular

Si la persona cambia sus conductas y remite la sintomatología aguda, es de esperar que consiga cierto bienestar que redunde no sólo en un cambio de actitud y en una perspectiva diferente de sus problemas sino que, por otro lado, fortalezca la alianza terapéutica y posibilite un abordaje cada vez más profundo de los mismos. Llega ahora el turno del abordaje de lo vincular dado que, si la persona ha cambiado al menos alguno de sus comportamientos adictivos, por fuerza tiene que observar cambios relacionales, aunque éstos sean – o parezcan – desfavorables. Me refiero a que tanto las adicciones como los trastornos de personalidad (y no hablemos de la mezcla de ambos) conforman maneras de interacción del sujeto con los demás y consigo mismo muy particulares que quedan al descubierto y se ven cuestionadas cuando sobrevienen los cambios mencionados. De hecho, la máxima que encierra el refrán “más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer”²² resumiría muchos de los acontecimientos vinculares que caracterizan este momento del proceso psicoterapéutico.

²¹ *El máximo exponente de ello es el ingreso del paciente en un centro residencial.*

²² *O, en lenguaje sistémico, la tendencia a la homeostasis patológica.*

Otro de los focos de intervención y de análisis, queramos o no, en esta fase es la relación terapéutica, por ser ésta simultáneamente un escenario privilegiado donde se representan las dificultades relacionales del sujeto y un molde para poder cambiarlas. El terapeuta debe seguir siendo directivo aunque cada vez menos, atreviéndose incluso a frustrar al paciente cuando éste le demande pautas concretas o espere soluciones mágicas pues, si bien la relación terapéutica ofrece a la persona nuevas formas de relación con los demás (con lo que ello supone de ser escuchada, valorada y comprendida), resulta crucial que también incluya la posibilidad de que terapeuta y paciente puedan entrar en conflicto y aprender a resolverlo maduramente²³.

Las técnicas activas, sean de la naturaleza que sean (gestálticas, psicodramáticas, incluso el entrenamiento en HHSS y asertividad) ofrecen buenos resultados en esta etapa pues introducen un factor de aprendizaje dinámico en la terapia. Por estos mismos motivos, la terapia de grupo proporciona ahora un contexto de interacción adecuado donde el sujeto pueda agregar otras perspectivas a las suyas propias y conseguir una revinculación eficaz mediante el trabajo con roles (no hay vínculo sin rol y viceversa) fijos, deseados, temidos, impuestos, etc. En referencia con esto, resulta proverbial incidir en los vínculos de dominio-sumisión y en los roles de auto y heterocuidado.

Paso 3: Dimensión personalógica

Una vez desbrozado el camino previo, llegaría el momento de incidir en la vertiente

²³ *Asumir un rol sobreprotector significa una descalificación tácita por parte del terapeuta, pues demuestra a la otra persona que no confía suficientemente en sus recursos.*



intrapésica²⁴ a fin de ayudar al paciente no sólo a descubrir las líneas maestras de su autoconcepto, cómo se construyeron biográficamente y en qué medida la relación consigo mismo es reflejo, causa o consecuencia de todo lo vivido sino a aceptarse en profundidad y eliminar o modular aquellas tendencias que le dificulten una mejor adaptación. De gran importancia es establecer la pauta o pautas disfuncionales que la persona haya estado practicando durante su vida a fin de conectar los problemas consigo misma y de favorecer el paso de un locus de control externo a otro interno, especialmente en el campo de las relaciones. Se trata así de que el paciente logre una mejora en la gestión de sus necesidades, miedos y deseos más básicos y una reconstrucción de la propia autoimagen que promueva su autonomía desde el realismo. A este respecto – y poco me importa que suene cándido – el potencial de cambio implícito en el esfuerzo humano no deja de sorprenderme, me reconcilia con una visión positiva de la personalidad y de la psicoterapia²⁵ y me protege aún

²⁴ Algunos autores sistémicos radicales niegan esta dimensión al sostener que no hay nada que no sea relacional.

²⁵ “La perspectiva reduccionista ha convertido a la Psicología en una “ciencia de la victimología” (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De forma histórica, la psicología ha concebido al ser humano como un sujeto pasivo, que reacciona ante los estímulos del ambiente. El foco de la psicología aplicada se ha centrado en curar el sufrimiento de los individuos y ha habido una explosión en la investigación de los trastornos mentales y los efectos negativos de estímulos estresores. Los profesionales tienen el cometido de tratar los trastornos mentales de los pacientes dentro de un marco patogénico en el que es crucial la reparación del daño. Sin embargo, la psicología no es sólo un brazo de la medicina centrado en la enfermedad-salud mental, es mucho más que eso. En los últimos años se han alzado voces que, retomando las ideas de la psicología humanista acerca de la necesidad del estudio de la

(por muchos años, espero) de la decepción profesional.

En el apartado técnico, además de todas las estrategias terapéuticas anteriores, apuntaría el valor de los instrumentos procedentes de modelos humanistas no directivos y los derivados de las corrientes narrativas, constructivistas e incluso psicodinámicas.

Paso 4: Dimensión adictiva

Como colofón – y a la manera de bucle evolutivo – la persona tendría que revisar asistida por su terapeuta todas las dimensiones anteriores, captar sus posibles tendencias y/o inercias, aprehender los cambios protagonizados durante su proceso terapéutico y comprometerse en profundidad con la continuidad de los mismos. Como se adelantaba en apartados precedentes, llega el momento de la despedida de la terapia y se impone una cuidadosa preparación de la misma para que se resuelva adecuadamente tanto la dependencia del terapeuta como la grupal y la institucional.

El terapeuta frente a los trastornos de personalidad en adictos

Toda relación de ayuda, por muy profesionalizada que esté, implica en mayor o menor medida el deseo de cuidar del otro. Paradójicamente, este afán es a la vez ingrediente básico de la intervención terapéutica y uno de los grandes problemas con que el profesional se encuentra en la práctica diaria²⁶. Como sabe

“parte positiva” de la existencia humana han aportado un sólido soporte empírico y científico a esta parte descuidada de la psicología” (Vera Poseck, 2006).

²⁶ Resulta hasta cruel que sean aquellos profesionales que más se vuelcan en sus pacientes quienes tengan una vulnerabilidad mayor a trastornos como el burnout y la codependencia.



cualquier terapeuta con un mínimo de experiencia, más allá de consideraciones teóricas y metodológicas, la postura que adopte ante sus pacientes no sólo influirá decisivamente en el curso del proceso terapéutico - pues éste adquiere sentido si “yo puedo ayudarte a cambiar mediante nuestra interacción” o incluso si “yo puedo ayudarte a cambiar si me cambio a mí mismo cuando interactúe contigo” - sino que condicionará el desempeño de las habilidades técnicas de que disponga. Entonces, ¿dónde situarnos, qué hacer, cómo actuar cuando tenemos delante a un sujeto con las características tanto estructurales como vinculares que hemos comentado anteriormente? Difícil respuesta, y más si tiene que ser escueta. Puesto que no dispongo de ella, me gustaría no obstante plantear ciertas reflexiones respecto a la **“disposición de ánimo de algún modo manifestada”** (definición de *actitud* según el Diccionario de la Real Academia Española) que debería presidir la acción terapéutica con adictos que presentan trastornos de personalidad:

- Por efecto de sus trastornos y en muchos casos también por el trato recibido de personas cercanas, resulta frecuente que estos sujetos entren en conflicto con figuras de autoridad y que reaccionen con rebeldía y/o sumisión ante las mismas. Como se ha dicho en varias ocasiones previas, el terapeuta puede verse arrastrado a interacciones que incluyan desde luchas manifiestas o encubiertas por el poder en la relación hasta situaciones de sobreprotección y de asunción de responsabilidades que corresponden a sus pacientes. Así, todos los roles derivados de estas posiciones dicotómicas (autoritarismo vs. permisividad) que el terapeuta asuma están condenados al fracaso, pues

o bien le convertirán en “curador” o en “salvador” de sus pacientes o, peor aún, en todo lo contrario: un escéptico, un tirano, un verdugo o un sádico.

- Más allá de los modelos y técnicas utilizados, en la confluencia entre las adicciones y los trastornos de personalidad adquiere especial relevancia la capacidad del terapeuta para establecer con el paciente una matriz diferente de relación que posibilite el cambio de los patrones vinculares patológicos (entendidos éstos en su sentido más amplio de conjunto de creencias, actitudes, comportamientos y relaciones) que acompañan a estos problemas. Y ello no es factible sin que el terapeuta se preste una adecuada atención a sí mismo tanto en lo concerniente a su desarrollo profesional como en otros ámbitos de su vida y si no es capaz de moverse con soltura entre polos como los que plantea la directividad – no directividad²⁷ o integrar en la terapia aspectos de su propia manera de ser²⁸.
- Como resulta obvio, una capacidad básica que todo terapeuta debe desarrollar es el **manejo de la distancia emocional**. Sin embargo, la cuestión se complica pues esta capacidad engloba muchos factores relacionados de forma dinámica que remiten tanto al paciente (características

²⁷ ¿Se puede compaginar la “aceptación incondicional” del paciente con ponerle límites?. Sí, pero cuesta porque cada terapeuta tiene que buscar la fórmula idónea para cada paciente en cada uno de los momentos del proceso terapéutico.

²⁸ “Los valores personales se ignoran frecuentemente en la psicoterapia, ya que los terapeutas intentan ser objetivos y libres de valoraciones. La neutralidad puede fomentar una actitud de “cualquier cosa vale”; una actitud que no juzga puede ser considerada erróneamente como permisiva.” (Wessler, 2004).



y circunstancias personales) como al proceso (momento evolutivo, objetivos y necesidades terapéuticas) y al propio terapeuta (personalidad, circunstancias vitales, expectativas y temores). De tales circunstancias se deriva la necesidad de una formación técnica que integre alguna modalidad de trabajo personal ya que, sin ella, los riesgos y las dificultades para manejar la distancia emocional se multiplican y gravan seriamente el resultado del proceso, aparte del coste emocional que ello supone para el propio terapeuta.

- Otra de las consecuencias más inmediatas de un inadecuado manejo por parte del terapeuta de la propia afectividad tanto en su sentido intrapsíquico como relacional es repetir bien los errores de intentos terapéuticos precedentes o bien las conductas y posturas infructuosas de las personas allegadas al adicto. El resultado en este caso será el mismo de ocasiones anteriores o incluso puede que peor si es que el terapeuta adopta roles y/o comportamientos patológicamente complementarios. Dice Dalmiro Bustos (Bustos, 1985) que la función del terapeuta es ofrecer a sus pacientes "lo contrario de su complementario interno patológico", que es como decir que éste debería conocer cuáles son los vínculos y formas de actuar implícitas en la "gestalt" de los problemas que le presentan sus pacientes y evitar actuarlos.
- Aunque el ejercicio de la psicoterapia no se presta, a mi entender, a cálculos matemáticos²⁹, ello no significa que no deban

²⁹ *Los adictos en general no dejan de sorprender a sus terapeutas por mucho que éstos tengan práctica y máxime si sufren trastornos de personalidad. En este campo se puede asegurar que la realidad supera a la ficción prácticamente siempre.*

establecerse objetivos a conseguir y mecanismos de evaluación que den cuenta de cuándo dichos objetivos se han alcanzado. Como en otras muchas cuestiones que tienen que ver con el complejo binomio trastornos de personalidad - adicciones, la necesidad de integrar rigor con flexibilidad y espontaneidad crea problemas tanto a los partidarios de procesos terapéuticos altamente estructurados y monitorizados como a aquellos otros más proclives a dejar que los pacientes sean quienes establezcan las metas de su proceso y asuman toda la responsabilidad del mismo.

- Finalmente, en nuestro deseo por demostrarnos tanto a nosotros mismos como a nuestros pacientes las capacidades de que disponemos, pudiéramos dejarnos atrapar por la artificialidad de la más pura sofisticación terapéutica sin sentido alguno salvo la satisfacción narcisista. Abundando más aún en lo dicho en otros apartados, me atrevo a decir que cuanto más complejo sea el problema a que nos enfrentamos más sencillas deberían resultar las soluciones que buscamos. Pero que nadie se engañe, lo sencillo puede resultar muy complejo y laborioso si se pretende que sea verdaderamente útil.

REFERENCIAS

- Blanco, P. (2002). Trastornos comórbidos: Hacia una realidad cronificada. *Adicciones, Vol. 15, suplemento 1*.
- Caballo, V.E. (coord.). (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la Psicoterapia*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid. Dyckinson.
- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández Montalvo, J. (2000). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop 17*. 25-30.
- Miller, W. and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people for change in addictive behaviour*. New York. Guilford Press.
- Millon, T. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson.
- Moral, M.V. (2006). Las dependencias afectivas. *Infocop Online*.
- Pedrero, E.J. (2007). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos. Volumen 09. Número 02*. 116-125.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del psicólogo. N° 87*.
- Ruiz Sánchez, J.J. y Cano Sánchez, J. J. Psicoterapia por la personalidad. <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidad.htm>.
- Sánchez Hervás, E., Tomás, V. y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos 2004. Volumen 06. Número 03*. 159 – 166.
- Sánchez Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo. N° 87*.
- Sirvent, C. (1997). Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias. *Drogodependencias. Sociología, evaluación, proceso Madrid*. Dep. Publicaciones Fundación Instituto Spiral.
- Sirvent, C., Blanco, P. y Palacios, L. (Coords.) (2002). *La Adicción en la Mujer*. Madrid. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)
- Sirvent, C. y Moral, M.V. (2007a). La dependencia sentimental o afectiva. *Anales de Psiquiatría, 23*(3), 92-93.
- Sirvent, C. y Moral, M.V. (2007b). Presentación del TDS- 100, test de dependencias sentimentales de Sirvent y Moral. *Anales de Psiquiatría, 23*(3), 94-95.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo. N° 1. Vol. 27*.