



Trabajo Fin de Máster

"Eficacia de un programa de DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de Sustancias: Resultados preliminares"

"Efficacy of adapted DBT program for treating Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: Preliminary results"

Autor/es

Raquel Pellicer Sales

Director/es

Dra. María Vicenta Navarro Haro

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Facultad de ciencias humanas y sociales – Teruel
Universidad de Zaragoza
Año académico 2021 - 2022

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE | 1 |
| RESUMEN..... | 2 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1.1 Trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias | 3 |
| 1.2 Tratamientos para tratar comorbilidad entre TLP y TCS..... | 5 |
| 1.3 Terapia dialéctica conductual para tratar TLP y TCS conjuntamente | 6 |
| 1.4 Justificación del estudio..... | 8 |
| 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS | 9 |
| 3. MATERIAL Y MÉTODO | 9 |
| 3.1 Participantes..... | 9 |
| 3.2 Instrumentos..... | 10 |
| 3.3 Diseño del estudio..... | 12 |
| 3.4 Procedimiento..... | 12 |
| 3.4.1 Intervención..... | 13 |
| 3.5 Análisis de datos | 15 |
| 4. RESULTADOS | 15 |
| 4.1. Descripción de la muestra | 15 |
| 4.2 Estadísticos descriptivos..... | 15 |
| 4.3 Diferencias antes y después de la intervención..... | 16 |
| 5. DISCUSIÓN | 18 |
| REFERENCIAS..... | 20 |
| ANEXOS..... | 25 |

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno por consumo de sustancias (TCS), co-ocurren con frecuencia y esta comorbilidad implica una alta gravedad clínica. La terapia dialéctica conductual (DBT) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del TLP y esta terapia también se adaptó para tratar TLP y TCS conjuntamente dando lugar a la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno por Uso de Sustancia. Esta terapia tiene buenos resultados de eficacia aunque se necesitan más repeticiones. Además, en nuestro país, no se conocen estudios publicados sobre la eficacia de la DBT-SUD. La presente investigación tiene como objetivo estudiar la eficacia preliminar de la DBT-SUD en un grupo de pacientes con TLP y TCS conjuntamente. Los 4 participantes (edad media de 39,5 años y desviación típica de 6,5) recibieron un programa de tratamiento individual y grupal de DBT-SUD durante 25 semanas en un centro clínico especializado en trastornos de la personalidad. Los resultados preliminares sugieren que la intervención ha sido eficaz en los cuatro pacientes que recibieron terapia en un contexto natural. Después de la intervención se observó una disminución en la desregulación emocional, la impulsividad, el consumo de alcohol y drogas. Son necesarios estudios con muestras más grandes y que incluyan un grupo control para generalizar estos resultados.

PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, trastorno límite de personalidad, trastorno por consumo de sustancias, terapia dialéctica conductual, desregulación emocional, tratamiento psicológico

ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) and substance use disorder (SUD) frequently co-occur and this comorbidity implies a high clinical severity. Dialectical Behavioral Therapy (DBT) has been shown to be effective for the treatment of BPD, and it has also been adapted to treat BPD and SUD together, giving rise to DBT-SUD. This therapy has good efficacy results although more replications are needed. In addition, in our country, there are no known published studies on the efficacy of DBT-SUD. This research study aims to study the preliminary efficacy of DBT-SUD in a group of patients with BPD and TCS together. The 4 participants (average age 39.5 years and standard deviation 6.5) received a 25-week individual and group DBT-SUD treatment program at a clinical centre specializing in personality disorders. Preliminary results suggest that the

intervention has been effective in the four patients who received therapy in a natural setting. After the intervention, a decrease in emotional dysregulation, impulsivity, alcohol and drug consumption was observed. Studies with larger samples and including a control group are necessary to generalize these results.

KEYWORDS: borderline personality disorder, substance use disorder, dialectical behaviour therapy, psychological treatment, psychotherapy, personality disorder.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias

Los trastornos de la personalidad (TTPP) constituyen uno de los grupos de diagnóstico más complejos y controvertidos hoy en día. Los TTPP se caracterizan por patrones desadaptativos que se dan en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Según el DSM-5 estos patrones se inician a temprana edad y son perdurables en el tiempo; además constituyen una desviación notable respecto a los patrones de vida esperables culturalmente, y producen malestar clínicamente significativo en alguna área personal (American Psychiatric Association, APA, 2014).

El trastorno límite de la personalidad (TLP), se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en afectividad, así como presencia de una marcada impulsividad (Caballo et al., 2011); esta impulsividad empieza en la adultez temprana y se da en una serie de contextos según el DSM-5 (APA, 2014). Estudiar la epidemiología del TLP es complicado, debido a la complejidad del trastorno en sí mismo y a la dificultad del diagnóstico mediante instrumentos diferentes entre sí. De acuerdo con Gunderson et al., (2018) en población general el TLP se encuentra en alrededor del 1,7% de la población, y entre el 15% y el 28% en población clínica. En otros estudios, según los criterios utilizados, la prevalencia de por vida del TLP varía entre el 2,7% (Tomko et al., 2014) y el 5,9% (Grant et al., 2008). Hasta hace relativamente poco tiempo, se pensaba que la proporción de diagnósticos de TLP entre mujeres y hombres era de 3:1 (APA, 2000). Sin embargo, en estudios más recientes como el realizado por Grant et al., (2008) encontraron que el TLP es igualmente prevalente entre

hombres y mujeres. Por tanto, debemos tomar con cautela los datos relativos a la prevalencia, ya que son necesarios más estudios.

Otra de las dificultades que surgen al estudiar el TLP es la existencia de una elevada comorbilidad con otros trastornos. En un estudio llevado a cabo por Tomko, et al., (2014), el 84,8% de las personas de la muestra diagnosticadas con TLP también tenían un trastorno de ansiedad, el 82,7% tenía un trastorno o episodio del estado de ánimo y el 78,2% fueron diagnosticados con un trastorno por consumo de sustancias. En este mismo estudio, se muestra además que la comorbilidad también depende del tipo de trastorno de personalidad, los estudios sugieren que el trastorno por consumo de sustancias es una de las comorbilidades psiquiátricas más comunes entre los pacientes con TLP, con una prevalencia de por vida de alrededor del 78%. Esto puede deberse a la existencia de mecanismos subyacentes en ambos trastornos como la impulsividad (Bornovalova et al., 2005). Con frecuencia los TTPP y los TCS coocurren tanto en población general como en entornos clínicos (Trull et al., 2016).

Según el DSM-5 (APA, 2014) el trastorno por consumo de sustancias (TCS) se caracteriza por un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias, el cual provoca un malestar clínicamente significativo; mientras la persona sigue consumiendo la sustancia a pesar de los problemas negativos derivados del uso de dicha sustancia.

La alta comorbilidad con otros trastornos dificulta el tratamiento de los pacientes con TLP; agravando los síntomas y empeorando las tasas de adherencia al tratamiento, evidenciándose así un peor pronóstico a largo plazo (Kienast, et al., 2014). Esto ocurre especialmente en la comorbilidad entre TLP y TCS. Además, en el TCS, la comorbilidad con un trastorno de personalidad, se correlaciona positivamente con la gravedad del TCS. La comorbilidad entre trastorno de la personalidad y TCS es un predictor de mal pronóstico en términos de peor respuesta al tratamiento y resultado (Parmar y Kaloiya, 2018). Según un estudio llevado a cabo por Pennay et al., (2011), la tasa de TLP entre personas con TCS asciende hasta el 65%, lo que es un desafío para los servicios que ofrecen tratamiento debido a que las personas con TCS y TLP conjuntamente, tienen mayores tasas de recaídas, incumplimiento del tratamiento y peores pronósticos. Es por ello, por lo que sea hace necesario más investigaciones de tratamiento eficaces para TLP y TCS. Como apuntan Lahaie y Fraser (2018), los pacientes que padecen TLP y TCS conjuntamente suelen ser una población muy deteriorada y marginada, y dichas patologías suelen cursar con un gran

deterioro del funcionamiento global; por ello, estos autores transmiten la necesidad de enfoques integrales para estos pacientes. Tal y como se muestra en el estudio de Krawitz y Miga (2018), las personas con TLP representan del 42% al 50% de los usuarios de servicios de salud mental, lo que sitúa al TLP entre los trastornos más costosos. Además de ser también, uno de los trastornos con mayores tasas de suicidio a lo largo de largo de la vida, aproximadamente el 10%.

1.2 Tratamientos para tratar comorbilidad entre TLP y TCS

El estudio llevado a cabo por Gregory et al. (2008), examinó la eficacia de la psicoterapia deconstructiva dinámica (DDP, por sus siglas en inglés Dynamic Deconstructive Psychotherapy, Gregory y Remen, 2008) en pacientes con TLP y TCS. La DDP se centra en las deficiencias en el procesamiento de la experiencia emocional y se lleva a cabo a través de sesiones individuales. La base del tratamiento es corregir las tres funciones neurocognitivas encargadas de procesar las emociones de forma adaptativa: asociación, atribución y alteridad. Dicho estudio encontró que los pacientes del grupo tratado con DDP mostraron una reducción significativa en los síntomas centrales del TLP, uso de alcohol, comportamientos parasuicidas, depresión y disociación; en comparación con el grupo de tratamiento habitual (Treatment as Usual; TAU) después de doce meses. No hubo diferencias significativas entre grupos respecto a las tasas de retención del tratamiento.

Algunos estudios (Ball et al. 2005, Ball 2007, Ball et al. 2011), han evaluado la eficacia de la terapia de esquema de enfoque dual (DFST por sus siglas en inglés Dual Focus Schema Therapy, Ball, 1998), la cual pretende integrar diferentes herramientas psicológicas procedentes de varias corrientes o modelos como el cognitivo, el conductual, el constructivista, el psicodinámico y el experiencial. Los resultados obtenidos en todos los estudios mencionados muestran tasas de abandono muy altas, de alrededor del 60%; por lo que resulta complicado sacar conclusiones respecto a estos estudios.

En una revisión sistemática más reciente llevada a cabo por Lee et al., (2015), se comparó la eficacia de diferentes intervenciones para tratar TLP y TCS conjuntamente y los resultados fueron los siguientes: De las tres intervenciones que se compararon (DBT, DFST, y DDP), la DFST mostró resultados beneficiosos mínimos y de altas tasas de abandono del tratamiento, no parece ser por tanto una opción eficaz; la DDP mostró resultados generalmente buenos en toda la gama

de síntomas incluyendo reducción en el consumo de sustancias y comportamiento suicida; y la DBT mostró resultados generalmente buenos, observándose mejor funcionamiento global y social, reducción en los síntomas de TCS (por ejemplo, menor número de análisis de orina positivos para opiáceos), por lo que se encontró una evidencia suficientemente buena para ser aplicada en pacientes con TLP y TCS conjuntamente. Las conclusiones sugieren, por tanto, que la DBT tiene una base de pruebas suficientemente buena para ser utilizada con pacientes que tienen comorbilidad entre el TLP y el TCS, especialmente en mujeres.

1.3 Terapia dialéctica conductual para tratar TLP y TCS conjuntamente

La Terapia Dialectico Conductual (DBT por sus siglas en inglés; Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993; 2014; 2020) es un tratamiento cognitivo-conductual integrador que surgió inicialmente para tratar pacientes con intentos de suicidio y autolesiones, y actualmente se usa principalmente para tratar TLP (García, 2007). La DBT surge como una terapia de tercera generación que se basa en los principios de la ciencia de la conducta, la práctica zen y la filosofía dialéctica; especialmente se sustenta en la aceptación y el cambio. La DBT se estructura en cuatro componentes: psicoterapia individual, psicoterapia en grupo, consultas telefónicas y sesiones clínicas del equipo (Elices y Cordero, 2011). Además, en la terapia grupal hay cuatro módulos: mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y eficacia interpersonal (García Palacios y Navarro, 2016). Las principales metas del tratamiento son: reducir las conductas que atentan contra la vida, reducir las conductas que interfieran en la terapia y reducir las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente. La DBT parte del modelo biosocial (Crowell et al., 2009), en el cual interactúan una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante, dando lugar una desregulación emocional aumentada, la cual está a la base del TLP y afecta al ámbito interpersonal, comportamental, emocional, cognitivo y a la identidad.

La DBT es en la actualidad, el tratamiento que mayor evidencia empírica posee para el tratamiento del TLP (Swales, 2009; Stoffers et al., 2012). Además, debido a que el TLP se trata de un problema de desregulación emocional persistente, la DBT se ha convertido en una intervención transdiagnóstica para diferentes problemas, entre ellos las diferentes comorbilidades como el TCS (Navarro-Haro et al., 2018). Debido a la alta comorbilidad observada entre TLP y TCS, la DBT ha sido adaptada específicamente para tratar ambas patologías conjuntamente (Dimeff & Linehan,

2008; Linehan et al., 2002; Linehan et al., 1999). Esta adaptación, se llama DBT-SUD (Dialectical Behaviour Therapy for substance use disorder; Dimmeff & Linehan, 2008). La DBT-SUD combina los elementos tradicionales que componen la DBT (mencionados anteriormente) y añade objetivos conductuales específicos de drogas, un conjunto de estrategias de apego para fomentar y construir una relación terapéutica sólida y el modelo de abstinencia dialéctica, una síntesis de dos métodos opuestos (abstinencia y reducción del daño) para abordar el abuso de drogas (Dimeff & Linehan, 2008).

En un estudio llevado a cabo por Linehan et al., 1999, donde comparó la eficacia de DBT-SUD y TAU entre dos grupos de mujeres que cumplían criterios para TLP y TCS; encontró que el grupo tratado con DBT redujo significativamente el consumo de sustancias y aumentó la permanecieron en el tratamiento. Además, los sujetos asignados a DBT tuvieron ganancias significativamente mayores en el ajuste global y social durante el seguimiento que los asignados a TAU. En otro estudio (Linehan et al., 2002) se comparó la eficacia de la DBT adaptada para consumidores de sustancias frente a la terapia de validación integral con 12 pasos (CVT+12S) en una muestra de mujeres con TLP dependientes a opiáceos. La CVT + 12S pretende controlar la provisión de apoyo, validación y aceptación terapéutica general y otros componentes no específicos de la DBT; específicamente, el tratamiento incluyó todas las estrategias basadas en la aceptación de DBT, incluida la validación, la comunicación recíproca (por ejemplo, calidez, revelación personal, capacidad de respuesta y autenticidad) e intervención ambiental cuando se solicitó (por ejemplo, gestión de casos). En dicho estudio se encontró que ambos grupos mostraron una reducción significativa del uso de opiáceos durante las 30 primeras semanas de tratamiento, sin embargo, los sujetos del grupo tratado con DBT mantuvieron esta reducción después de 30 semanas mientras que el grupo tratado con CVT+12S aumentó dicho consumo. En cambio, a los 16 meses no se encontraron diferencias en el uso de opiáceos u otras drogas entre los dos grupos. Además, los sujetos del grupo tratado con CVT+12S mostraron una menor tasa de abandono que los sujetos del grupo DBT; sin embargo, éstos últimos asistieron a un mayor número de sesiones grupales que el grupo CVT+12S. En cuando a conductas parasuicidas y funcionamiento global y social, no hubo diferencias entre grupos.

Algunos estudios han intentado comprobar la eficacia de alguno de los componentes de la DBT, concretamente el entrenamiento en habilidades ha sido evaluado en los siguientes estudios.

Maffei et al. (2018), lo evaluaron en un estudio (sin grupo control) en una muestra con personas con trastorno por consumo de alcohol; los resultados muestran que el 73,2% de los participantes lograron la abstinencia y mejorar su regulación emocional. En la misma línea, Cavicchioli et al (2019), estudiaron el entrenamiento en habilidades DBT (sin grupo control) con personas con trastorno por consumo de alcohol y TCS concurrentes, los participantes obtuvieron mejoras en número de días consecutivos de abstinencia, en las dificultades en la regulación emocional, severidad del trastorno por consumo de alcohol y de trastorno concurrente de sustancias.

En los estudios relacionados con TLP y TCS encontramos muchas limitaciones que hacen que sea difícil sacar conclusiones robustas; alguna de las limitaciones son: muchos de los estudios tienen tamaños de muestra pequeños y obtienen resultados variables, además la mayoría de los estudios tienen muestras que única o mayoritariamente incluyen mujeres. A pesar de las limitaciones que encontramos en los estudios llevados a cabo hasta la fecha, la DBT-SUD es el tratamiento con más eficacia para TLP y TCS (Lee, Cameron y Jenner, 2015).

1.4 Justificación del estudio

El presente estudio se enfoca en evaluar la eficacia de la terapia DBT adaptada para el TLP y el TCS. Aunque de acuerdo a los estudios realizados hasta la fecha la DBT adaptada para TCS ha mostrado cierta eficacia, es cierto que más estudios son necesarios para poder sacar conclusiones más robustas. Además, no existen trabajos publicados donde se evalúe la eficacia de la DBT-SUD en población española. Por ello, este estudio pretende ofrecer nuevos datos empíricos que mejoren los conocimientos científicos sobre la eficacia de dicha terapia. Esto es de gran importancia debido a la alta prevalencia del TLP y TCS, y a la gravedad que existe entre ambos trastornos.

El TLP es uno de los trastornos que más recursos tanto de atención primaria como de salud mental consumen, y también es uno de los trastornos con mayores tasas de suicidio; por ello es urgente poder abordarlo. El conocimiento sobre qué terapias son eficaces para tratar ambos trastornos conjuntamente es vital tanto para los individuos que padecen una determinada patología como para la sociedad; ya que dichas patologías producen un gran sufrimiento a nivel personal y también supone un elevado coste social y asistencial debido al gran volumen de recaídas y de

veces que los pacientes acuden a atención primaria, consumiendo recursos tanto personales como materiales.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal del presente trabajo es avanzar en la mejora de los tratamientos basados en la evidencia para el tratamiento de TLP y TCS conjuntamente. El objetivo es comprobar la eficacia de la DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de Sustancias.

Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes:

O1. Aplicarla terapia dialéctica comportamental (Linehan, 1993) para el tratamiento de TLP y TCS conjuntamente.

O2. Poner a prueba dicho tratamiento mediante la realización de un estudio cuasiexperimental en el que participarán personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias.

O3. Evaluar los cambios antes y después de DBT-SUD en las dificultades de regulación emocional, la impulsividad, los síntomas del TLP, el consumo de alcohol y el consumo de drogas.

A continuación, se exponen las hipótesis planteadas al inicio de esta investigación:

1. Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en las dificultades de regulación emocional después de la intervención.
2. Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en la impulsividad después de la intervención.
3. Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en los síntomas del TLP.
4. Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en el consumo de alcohol.
5. Se encontrará una disminución significativa en cuanto al consumo de drogas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Participantes

La muestra de este estudio consistió en cuatro pacientes que recibieron el programa DBT-SUD. En el apartado de resultados, se describe la muestra.

Los participantes para este estudio, se obtuvieron de entre los pacientes ingresados en un centro clínico concertado de la Comunidad Valenciana. Se trata de un centro clínico especializado en Trastornos de la Personalidad y trastornos comórbidos. Dicho centro consta de diferentes dispositivos: clínica ambulatoria, hospital de día y residencia. En concreto, los participantes del presente estudio formaban parte del recurso residencial.

Los pacientes que mostraron interés en participar en el ensayo clínico y cumplieron con los siguientes criterios, fueron informados de la investigación y firmaron una hoja de consentimiento informado (ver Anexo 1) en la que aceptaban formar parte del estudio siempre que se asegurara su derecho a la intimidad y el anonimato.

Criterios de Inclusión:

- Cumplir los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
- Cumplir los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de Trastorno por Consumo de sustancias.
- Tener más de 18 años.

Criterios de Exclusión:

- Diagnóstico de Trastorno Psicótico o Retraso Mental Grave.
- Padecer una enfermedad orgánica que pudiera perturbar la aplicación del tratamiento psicológico.

3.2 Instrumentos

Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV, (SCID-II, First et al., 1996) (ver Anexo 3). Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa los trastornos de personalidad según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994, 2000). Consta de 119 ítems, algunos de ellos son de respuesta abierta y otros de respuesta cerrada, si/no. Debe ser administrada por un entrevistador experto y es el juicio del clínico quien determina si el criterio se cumple o no. Cada criterio consta de una pregunta amplia para saber si está presente o no, y ejemplos que lo justifiquen. Cada criterio puede: estar ausente o ser falso (1), estar por debajo del umbral (2) o ser positivo por encima del umbral (3). La SCID-II muestra una buena consistencia interna (entre .90 y .98) y buena fiabilidad (entre .48 y .98).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1994) (ver Anexo 4). En concreto se utilizó la versión española (Ferrando et al., 2000). Se trata de una entrevista diagnóstica para la detección de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10, está dividida en 16 módulos, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Esta entrevista se administró para evaluar el diagnóstico de TCS. En relación a las propiedades psicométricas, los valores kappa para la fiabilidad interobservador oscila en torno al 0,75, mientras que la fiabilidad test-retest se observó inferior a 0,75; mostrando que la MINI presenta puntuación de validez y confiabilidad bastante altas (Sheehan et al., 1994).

Borderline Symptom List 23 (BSL-23, Bohus et al., 2009) (ver Anexo 5). Se trata de un instrumento para evaluar los síntomas relacionados con el TLP, es la versión corta de BSL-95 y está formado por 23 ítems que hacen referencia a la última semana, y se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 0 (nunca) a 4 (muchísimo). El BSL-23 se ha validado al español (Soler et al., 2013), la cual tiene alta fiabilidad (alfa de Cronbach = .949), así como buena estabilidad test-retest, ($r = .734$; $p < .01$).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Gratz y Roemer, 2004) (ver Anexo 6). Se utilizó para evaluar la regulación emocional, que es un factor clave tanto en TLP como en TCS; en concreto la adaptación al castellano validada por Hervás y Jódar (2008), se trata de la una escala tipo Likert de 5 puntos (de “Casi nunca 0-10% las veces” a “Casi siempre 90- 100% de las veces”). En dicha validación, la escala original de 6 factores, se reduce a 5 factores: descontrol emocional, rechazo emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional y confusión emocional. Además, también se reduce de 36 ítems a 28. Respecto a la consistencia interna, las correlaciones ítem-total oscilaron entre .11 y .75, con una media de .54 (Hervás y Jódar, 2008).

Escala Barratt Impulsiviness Scale (BIS-11, Barratt, 1994) (ver Anexo 7). Se ha utilizado para medir uno de los rasgos de personalidad que se considera central tanto en el TLP como en el TCS, que es la impulsividad; en concreto se ha utilizado su adaptación española por Oquendo et al., (2001). La BIS-11 cuenta con 30 preguntas agrupadas en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Es una escala autoadministrada y cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta (raramente o nunca,

ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre). Tanto la fiabilidad como la validez del instrumento son adecuadas. En cuanto a la fiabilidad, posee una alta consistencia interna, alrededor de 0,8 y una fiabilidad test-retest tras 2 meses de 0,89 (Barratt, 1994).

Drug Abuse Screening Test (DAST, Skinner, 1982) (ver Anexo 8). Se utilizó para evaluar la relación de los participantes con las drogas; en concreto se ha utilizado la versión abreviada del test, DAST-20 y DAST-10, en su adaptación española de Gálvez et al., (2010). El DAST-20 y DAST-10 se componen de 20 y 10 preguntas respectivamente, relacionadas con el consumo de sustancias con el objetivo de detectar un abuso de éstas. Se trata de un cuestionario autoadministrado con respuestas de Sí o No. En la validación española, las dos versiones obtuvieron una alta consistencia interna $\alpha = 0,93$ y $\alpha = 0,89$, para DAST-20 y DAST-10, respectivamente (Gálvez et al., 2010).

Cuestionario de Identificación de los Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés Alcohol Use Disorders Identification Test) (ver Anexo 9), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un instrumento de detección de consumo de alcohol nocivo (Saunders et al., 1993). Dicho cuestionario tiene la traducción y validación española, llevada a cabo por Guillamón et al., (1999). Puede ser autoadministrado y consta de 10 preguntas y cada pregunta tiene una serie de respuestas a elegir que van de 0 a 4 puntos. El cuestionario tiene una buena validez, $r = 0,88$ y una buena fiabilidad, el alfa de Cronbach es de 0,88 (Guillamón et al., 1999).

3.3 Diseño del estudio

Se trata de un estudio naturalístico, cuasi experimental con dos momentos de evaluación antes y después de la intervención durante 6 meses.

3.4 Procedimiento

Los participantes acudían o eran derivados al centro clínico mencionado anteriormente desde distintos dispositivos de la red de salud mental pública o desde centros privados. En primer lugar, los profesionales del centro llevaban a cabo una evaluación diagnóstica. Para establecer el diagnóstico se utilizaron los criterios del DSM-IV-TR. El diagnóstico de TLP se confirmó mediante la entrevista estructurada SCID-II y para confirmar el diagnóstico de TCS se utilizó la entrevista MINI. Estas entrevistas se realizaron antes de comenzar el tratamiento, y también se

exploró si los pacientes cumplían los criterios de inclusión o si, por el contrario, era necesario excluirlas. Una vez determinado que el paciente era un buen candidato a participar en el estudio se le informó y se le invitó a participar en el mismo y si aceptaba, se le pedía que firmara la hoja de consentimiento informado (ver Anexo 1), y siempre que aceptara participar, que además cumplimentara el protocolo de evaluación para el estudio (ver Anexo 2)

Una vez completada esta fase los participantes recibieron el tratamiento. El tratamiento tuvo una duración de 25 semanas, los participantes recibieron una sesión semanal de terapia individual de alrededor de una hora de duración y una sesión de terapia grupal semanal de dos horas de duración. Para llevar a cabo la intervención, se contó con un terapeuta y un coterapeuta, con formación especializada en DBT-SUD. Una semana después de finalizar el tratamiento, a los participantes se les volvió a administrar los mismos cuestionarios que respondieron en el pretratamiento. Tras esta fase, se corrigieron los cuestionarios y se introdujeron en una base de datos, tanto las medidas pretratamiento como las medidas post-tratamiento con el objetivo de evaluar los cambios en el estado clínico de los pacientes.

Los procedimientos de este estudio cuentan con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA).

3.4.1 Intervención

Los sujetos participantes en este estudio, recibieron la terapia DBT-SUD individual y grupal. La terapia individual siguió la estructura de la DBT estándar, basada en la dialéctica como proceso de cambio, en reconocer la polaridad y adquirir la habilidad de ver que ambas posibilidades son posibles e integrarlas (síntesis). Para preparar el escenario se debe establecer metas y orientar al paciente hacia el tratamiento realizando una serie de acuerdos paciente-terapeuta, establecer una relación terapéutica, y aplicar estrategias esenciales como son la validación y la solución de problemas. También se basa en equilibrar estilos de comunicación interpersonal (estilo irreverente y estilo recíproco); y en combinar terapia con el paciente con intervenciones en el ambiente, es decir, entrenar al paciente a resolver los problemas por sí mismo y llevar a cabo intervenciones en el ambiente cuando el logro es importante y el paciente no tiene capacidad para conseguirlo. Además, se incorporan algunas estrategias específicas para la adicción

como las estrategias de apego para aumentar la adherencia al programa y el fortalecimiento de las habilidades específicas para tratar la adicción.

Por otro lado, la terapia grupal consistió en un entrenamiento en habilidades: el cual se divide en diferentes módulos y se lleva a cabo durante 25 sesiones repartidas en 25 semanas. Los módulos que componen la terapia son: Mindfulness (3), tolerancia al malestar, adicciones, regulación emocional y eficacia interpersonal; como se observa en el Anexo 10.

Las habilidades de Mindfulness son fundamentales en el tratamiento DBT, por eso son las primeras que se enseñan y se resaltan a lo largo de todo el tratamiento. Dichas habilidades están basadas en la práctica Zen y consisten en enfocar la mente conscientemente en el momento presente, sin juzgar. Las habilidades de Mindfulness son lo que nos permitiría equilibrar la mente emocional y la mente racional, para lograr la mente sabia. Para ello, existen las técnicas “qué” y las habilidades “como”. Las técnicas “qué” se refieren a qué hacer: observar, describir y participar. Y las técnicas “cómo” se tratan de cómo uno observa, describe y participa, y son: no juzgar, focalizarse en una cosa a la vez y ser lo más eficaz posible.

En el módulo de tolerancia al malestar, se trabaja la capacidad de aceptar y tolerar el malestar, que es un objetivo esencial en la DBT. Las metas de este módulo son tolerar y sobrevivir a las crisis sin empeorarlas, y aceptar la vida tal como es. Las tácticas de supervivencia a las crisis que se trabajan son: cambiar la fisiología del cuerpo, distracción, confortarse a sí mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras. También se trabajan herramientas para aceptar la realidad; como la aceptación radical, redirigir tu mente y la disposición abierta y flexible.

El cuanto al módulo de regulación emocional, las metas de la regulación emocional son: comprender y nombrar las emociones que experimentamos, reducir la vulnerabilidad emocional y reducir el sufrimiento emocional. Para comprender las emociones, es fundamental entender para qué sirven las emociones; que las emociones pueden ser validantes, que las emociones sirven para comunicarse con los demás y que las emociones organizan y motivan la conducta. Para reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas debemos: tratar la enfermedad física, equilibrar la alimentación, evitar drogas que alteren el estado de ánimo, equilibrar el sueño, hacer ejercicio y construir sentimientos de capacidad. En cuanto a incrementar las emociones positivas, a corto plazo se logra mediante la realización de actividades agradables, y para hacerlo a largo plazo se deben realizar cambios en la vida para que los acontecimientos positivos ocurran más a menudo.

Dentro del módulo de regulación emocional, también se trata cómo cambiar las emociones no deseadas. Para ello, el primer paso es verificar los hechos, y realizar la acción opuesta cuando la emoción no encaja con los hechos; y cuando los hechos de la situación son el problema, debemos participar en la resolución de problemas. Otra de las herramientas que se trata en este módulo es aprender a tomar consciencia de tu emoción, no juzgarla y aceptarla.

El módulo de efectividad interpersonal, se divide en tres secciones. La primera se enfoca en habilidades interpersonales para aprender a conseguir nuestros objetivos (DEARMAN), mientras se mantienen las relaciones (GIVE) y el auto-respeto (VIDA).

Además, dado que se trata de la DBT-SUD, durante el tratamiento también se aborda un módulo de Adicciones. En el anexo 11, se describen cada una de las sesiones del módulo de adicciones. Y en el anexo 12, se muestra una de las sesiones del módulo de adicciones.

3.5 Análisis de datos

El análisis de los datos recogidos se ha llevado a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 23. Se llevaron a cabo estadísticos descriptivos para evaluar las características demográficas de la muestra y las puntuaciones medias en las variables de estudio. Además, con el objetivo de evaluar las diferencias antes y después de la intervención en las variables de estudio: dificultades en la regulación emocional (DERS), rasgo de impulsividad (BIS-11), síntomas relacionados con el TLP (BSL-23), consumo de alcohol (AUDIT) y en el uso de drogas (DAST); se llevó a cabo la prueba de los Rangos con Signo Wilcoxon. Además, para comprobar el tamaño de efecto, se calculó la *d* de Cohen.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

El 75% de la muestra estuvo compuesta por mujeres y el 25% restante hombres. La edad media de la muestra fue de 39,5 años (DT=6,5). El 100% de la muestra contaba con estudios superiores. En cuanto al estado civil, el 50% de los participantes eran solteros, el 25% tenía pareja y el 25% estaban separados o divorciados.

4.2 Estadísticos descriptivos

En la Tabla 1 se observan los estadísticos descriptivos realizados, con la media y las desviaciones típicas.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

| | N | M | DT |
|--------------|---|-------|-------|
| DERS - PRE | 4 | 80,00 | 28,99 |
| DERS - POST | 3 | 55,33 | 32,62 |
| BSL23 - PRE | 4 | 17,50 | 12,69 |
| BSL23 - POST | 4 | 17,00 | 18,11 |
| BIS11 - PRE | 4 | 59,36 | 12,21 |
| BIS11 - POST | 4 | 46,50 | 14,25 |
| AUDIT - PRE | 4 | 11,50 | 3,70 |
| AUDIT - POST | 3 | 6,33 | 7,09 |
| DAST - PRE | 4 | 11,25 | 6,29 |
| DAST - POST | 4 | 10,00 | 6,16 |

DERS escala de dificultades en la regulación emocional, *BSL* lista de síntomas del trastorno límite de personalidad, *BIS11* escala de impulsividad de Barratt, *AUDIT* Cuestionario de Identificación de los Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol, *DAST* cuestionario de cribado de abuso de drogas, *N* número, *M* media, *DT* desviación típica.

Como se puede observar en la Tabla 1, en todos los cuestionarios, la media post intervención es menor que la media pre intervención, podemos decir, por tanto, que hubo una tendencia hacia la mejoría en todas las variables medidas en el estudio después de tener lugar la intervención.

4.3 Diferencias antes y después de la intervención

A continuación, se observa en la Tabla 2, las diferencias antes y después de la intervención.

Tabla 2. Diferencias pre y post intervención

| | N | M | DT | Z | p | d |
|--------------|---|-------|-------|--------|------|------|
| DERS – PRE | 4 | 80,00 | 28,99 | -1,604 | ,109 | 0,80 |
| DERS - POST | 3 | 55,33 | 32,62 | | | |
| BSL23 – PRE | 4 | 17,50 | 12,69 | -,385 | ,715 | 0,03 |
| BSL23 - POST | 4 | 17,00 | 18,11 | | | |
| BIS11 – PRE | 4 | 59,36 | 12,21 | -1,828 | ,068 | 0,97 |

| | | | | | | |
|--------------|---|-------|-------|--------|------|------|
| BIS11 - POST | 4 | 46,50 | 14,25 | | | |
| AUDIT - PRE | 4 | 11,50 | 3,70 | -1,089 | ,276 | 0,91 |
| AUDIT - POST | 3 | 6,33 | 7,09 | | | |
| DAST – PRE | 4 | 11,25 | 6,29 | -1,289 | ,197 | 0,20 |
| DAST - POST | 4 | 10,00 | 6,16 | | | |

DERS escala de dificultades en la regulación emocional, *BSL* lista de síntomas del trastorno límite de personalidad, *BIS11* escala de impulsividad de Barratt, *AUDIT* Cuestionario de Identificación de los Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol, *DAST* cuestionario de cribado de abuso de drogas, *N* número, *M* media, *DT* desviación típica, *Z* puntuación estándar, *p* grado de significación $\geq 0,05$, *d* *d* de Cohen.

Ninguna de las diferencias analizadas entre los resultados previos a la intervención y los resultados post intervención, fue estadísticamente significativa, excepto en el rasgo de impulsividad que fue marginal (,068). Sin embargo, si tenemos en cuenta el tamaño del efecto vemos que, en el cuestionario *DERS* la *d* de Cohen obtenida es de 0,8 lo que indica un tamaño del efecto grande. Se observa, además, que la puntuación media obtenida en la pre intervención, 80, es superior al punto de corte de corte establecido para el *DERS*, 73; en cambio la media post-intervención 55,33 se sitúa por debajo del punto de corte; evidenciándose un cambio en la regulación emocional.

En el *BIS11*, la *D* de Cohen que se obtuvo fue de 0,97 indicando que existe un tamaño del efecto grande. Tanto la media de las puntuaciones obtenidas pre y post intervención 59,36 y 49,50 respectivamente se sitúan por encima del punto de corte del instrumento.

También se obtuvo un tamaño del efecto grande en el *AUDIT* con una *D* de Cohen de 0,91. Cabe destacar que el *AUDIT*, la puntuación media obtenida por los participantes de la intervención, 11,5, está por encima del punto de corte para dicho instrumento, 8. Y la media post-intervención, 6,33 está por debajo del punto de corte; lo que indicaría que los participantes dejaron de tener un consumo de alcohol considerado de riesgo después de la intervención.

Por otro lado, se obtuvo un tamaño de efecto pequeño en el cuestionario *DAST*, con una *D* de Cohen de 0,2. Tanto la media de las puntuaciones obtenidas pre y post intervención, 11,25 y 10 respectivamente, se sitúan por encima del punto de corte del cuestionario.

En el cuestionario *BSL23* se obtuvo un tamaño de efecto pequeño con una *d* de Cohen de 0,03. La media de las puntuaciones pre y post-intervención en este caso fueron de 17,5 y 17 respectivamente; ambas puntuaciones indicarían estado leve.

5. DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación es comprobar la eficacia de la DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de sustancias con el fin avanzar en la mejora de los tratamientos psicológicos para abordar el TLP y el TCS conjuntamente. Aunque los resultados no confirman las hipótesis planteadas inicialmente, se observa una tendencia a la mejoría de los participantes en características consideradas centrales en ambos trastornos como la regulación emocional y la impulsividad (Bornovalova et al., 2005). Además de una mejora en el consumo de alcohol y drogas, y en menor medida, una mejora en los síntomas relacionados con el TLP.

En primer lugar, en relación a la hipótesis planteada inicialmente “Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en las dificultades de regulación emocional”, no se confirma, aunque tal y como demuestra el tamaño de efecto obtenido en el DERS el cambio fue grande. Esto en va en la línea de los resultados obtenidos por Maffei et al. (2018) o Cavicchioli et al (2019), a pesar de que ambos estudios únicamente utilizaron el entrenamiento en habilidades para su investigación, también obtuvieron mejoras en la regulación emocional en una muestra con personas con trastorno por consumo de alcohol. Una mejoría en la desregulación emocional es especialmente importante, ya que desde el modelo biosocial (Crowell et al., (2009) la desregulación emocional está a la base del TLP y afecta a todos los ámbitos. Además, el consumo de sustancias también puede ocurrir como una forma desadaptativa de regular emociones (Sánchez, 2021); por tanto, este hallazgo sería notable tanto en relación al TLP como al TCS.

En segundo lugar, en cuanto a la hipótesis “Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en la impulsividad” no es confirmada al no obtenerse diferencias estadísticamente significativas entre las medias pre intervención y post intervención. Sin embargo, si se observa un tamaño de efecto grande. Dichos resultados concuerdan con los obtenidos por Carmona i Farrés et al., (2019), quienes encontraron que el módulo de Mindfulness de la DBT mejoró la regulación emocional y la impulsividad. Dicho hallazgo es relevante, ya que una marcada impulsividad es uno de las características centrales del TLP (Caballo et al., 2011; Crowell et al., 2009). Además, la impulsividad también es un factor clave en el consumo de sustancias (Kozak et al., 2019).

En tercer lugar, en relación a la hipótesis “Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en los síntomas relacionados con el TLP”, a pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas y que se obtuvo un tamaño de efecto pequeño en el BSL23. Quizás no haber obtenido un tamaño de efecto mayor es debido a que las puntuaciones obtenidas inicialmente ya eran puntuaciones bajas, sin embargo, podemos decir que los datos muestran un cambio favorable; estos resultados obtenidos coinciden con los obtenidos por Navarro-Haro et al., (2018) donde la DBT mostró una disminución en comportamientos relacionados con TLP.

En cuarto lugar, en cuanto a la hipótesis “Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en el consumo de alcohol”, a pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas, el tamaño de efecto obtenido en esta variable, medida por el AUDIT, ha sido grande. Estos datos son consistentes con otros los hallados en estudios similares como los llevados a cabo por Linehan et al., (1999) o por Lee et al., (2015). Obtener un tamaño de efecto grande en esta variable es valioso debido a que una reducción en el consumo de alcohol, también puede repercutir de forma beneficiosa en los síntomas relacionados con el TLP y TCS. Además, se ha encontrado que el uso de alcohol podría exacerbar el riesgo de suicidio (McCloud et al., 2004) por lo que su reducción podría ayudar a mejorar variables que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

En quinto lugar, en relación con la hipótesis “Se encontrará una disminución significativa en cuanto al consumo de drogas” a pesar de no haber obtenido diferencias significativas entre las medias pre intervención y post intervención en el DAST y un tamaño del efecto pequeño, se observa una tendencia a la mejoría; podemos decir que sí ha habido una tendencia a la mejoría en relación al consumo de drogas. Quizás esto se deba a que las intervenciones para tratar el consumo de drogas suelen tener una duración mayor, debido a la complejidad del propio trastorno.

Por lo tanto, se puede concluir de estos datos que la intervención DBT adaptada para tratar TLP y TCS conjuntamente sugiere ser eficaz en general sobre todo en las variables de desregulación emocional, la impulsividad y el consumo de alcohol.

Cabe destacar, que el presente estudio se trata de un estudio naturalístico, es decir, está llevado a cabo bajo las condiciones de la práctica clínica; lo cual le otorga un gran valor debido a que no existe ningún estudio de estas características publicado en España. Además, es necesario

tener en cuenta que es un estudio realizado con una muestra grave, ya que se trata de pacientes con TLP y TCS conjunto.

A pesar de los buenos resultados, el estudio cuenta con una serie de limitaciones que conviene tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados; además, al tratarse de un estudio preliminar, no se pueden sacar conclusiones generalizables. En primer lugar, una de las limitaciones del presente estudio es que está formado por una muestra pequeña. El estudio sigue llevándose a cabo y se esperan conseguir muestras más grandes en futuras publicaciones. En segundo lugar, otra limitación es que se trata de un diseño cuasi experimental, es decir, no sé contó con un grupo control y los sujetos no fueron aleatorizados. Otra limitación que encontramos, es que puede que algunos sujetos recibieran tratamiento adjunto como medicación, y ésta es una variable que no ha sido medida en el presente estudio.

A pesar de estas limitaciones, el estudio realiza aportaciones relevantes basadas en la efectividad de la DBT-SUD para pacientes con TLP y TCS concurrente. Aporta información que invita a seguir investigando y contribuir en futuras investigaciones a seguir poniendo a prueba la eficacia de DBT-SUD. En cuanto a futuras líneas de investigación, sería interesante, además, realizar un seguimiento después de la intervención, para saber si los resultados se mantienen en el tiempo.

Finalmente, cabe resaltar la relevancia que tienen estos hallazgos tanto para las personas con las patologías tratadas y su entorno, como para el resto de la sociedad y sistema sanitario.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed., Rev. Texto)*. Washington, DC.
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive behaviors*, 23(6), 883-891. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00067-7)
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of personality disorders*, 21(3), 305-321. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.305>
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'neall, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and

- psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 371-379. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.003>
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 319. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f>
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* J. Monahan and HJ Steadman.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical psychology review*, 25(6), 790-812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.005>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobes, J. A. I. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Domínguez-Clavé, E., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R., & Pascual, J. C. (2019). Effects of mindfulness training on borderline personality disorder: Impulsivity versus emotional dysregulation. *Mindfulness*, 10(7), 1243-1254. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1071-4>
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Vassena, G., Ramella, P., Prudenziati, F., & Maffei, C. (2019). The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during a stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. *Addictive behaviors*, 98, 106035. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106035>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39. <https://dx.doi.org/10.1151%2Fascp084239>
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(3), 132-152.
- Ferrando, L., Bobes, J., & Gibert, J. Instituto IAP; Madrid, España: 2000. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI, Version Española 5.0. 0 DSM-IV)*.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1996). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders, (SCID-II)*. Washington, American Psychiatric Press.
- Gálvez, B. P., Fernández, L. G., de Vicente Manzanaro, M. P., Valenzuela, M. A. O., & Lafuente, M. L. (2010). Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y drogas*, 10(1), 35-50.
- García Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in

- emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grant, B., Chou, S., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F., & Saha, T. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Gregory, R. J., Chlebowsky, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovitch, J., & Virk, S. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 28. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.28>
- Gregory, R. J., & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 15. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.15>
- Guillamón, M. C., Solé, A. G., & Farran, J. C. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clinica y salud*, 19(2), 139-156.
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J., Balodis, I. M., MacKillop, J., & George, T. P. (2019). The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 71-91. <https://doi.org/10.1111/nyas.13977>
- Krawitz, R., & Miga, E. M. (2018). Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder. In A. S. Michaela (Ed.), *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.41>
- Lahaie, F. S., & Fraser, R. (2018). Diagnosis and treatment of comorbid borderline personality disorder and substance use disorder. *Canadian Journal of Addiction*, 9(3), 30-35. <https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000027>
- Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*, 34(6), 663-672. <https://doi.org/10.1111/dar.12267>
- Linehan MM (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline

- personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Maffei, C., Cavicchioli, M., Movalli, M., Cavallaro, R., & Fossati, A. (2018). Dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: findings based on an open trial. *Substance use & misuse*, 53(14), 2368–2385. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1480035>
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R., & Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 636–649. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9906-9>
- McCloud, A., Barnaby, B., Omu, N., Drummond, C., & Aboud, A. (2004). Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 439–445. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.439>
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., & Montalvan, V. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*, 15(3), 147–155.
- Parmar, A., & Kalojiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(6), 517–527. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 41(4), 363–373. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.004>
- Sánchez Alonso, J. (2021). Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 4(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.597>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., & Sheehan, M. (1994). Mini international neuropsychiatric interview. *Tampa: University of South Florida*.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363–371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC psychiatry*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139>

- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Swales, M. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, Research and Future Directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164-177. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100878>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Brown, W. C., Tomko, R. L., Schaefer, L., McLaughlin, K. D., & Jahng, S. (2016). Substance use disorders and personality disorders. In K. J. Sher (Ed.), *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (pp. 116–148). Oxford University Press.

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de consentimiento

Nombre y Apellidos:

.....

El objetivo de este proyecto de investigación es avanzar en el estudio y el tratamiento de los trastornos psicológicos para las personas con trastornos de la personalidad y trastorno de consumo de sustancias comórbido.

Para conseguir los objetivos de este proyecto pedimos la colaboración de las personas interesadas en rellenar los cuestionarios del protocolo de evaluación. Asimismo, algunas de las sesiones de tratamiento podrán ser grabadas en vídeo.

El/La abajo firmante acepta que, salvaguardando siempre su derecho a la intimidad y al anonimato, los datos que se puedan derivar de la evaluación puedan ser utilizados para la investigación científica y da su consentimiento para ser grabado durante las sesiones de tratamiento.

Asimismo, el/la abajo firmante podrá cambiar de opinión respecto a la utilización de estos datos para la investigación en cualquier momento del proceso de evaluación o tratamiento.

El interesado/a

Los investigadores principales del proyecto:

Dra. Mariví Navarro Haro

Dra. Mercedes Jorquera Rodero

Universidad de Zaragoza

Centro ITA-PREVI Valencia

En, a de

Anexo 2: Protocolo de evaluación

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN GRUPO HABILIDADES DBT-ADICCIONES

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

| | |
|---|-------------|
| Nombre..... | |
| | |
| Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | |
| Edad | |
| Código: | FECHA |
| Nivel de estudios <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Superior | |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado | |

Anexo 3: SCID-II (ítems que evalúan TLP)

| SCID-II | Trastorno límite de la personalidad | 39 |
|---|--|--------------------|
| <p>TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD</p> | <p>CRITERIOS PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD</p> <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> | |
| <p>90. Ud. ha dicho que se ha puesto furioso [<i>¿Se ha puesto furioso?</i>] con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle.</p> <p><i>¿Qué ha hecho Ud.?</i></p> <p><i>(¿Ha amenazado o le ha suplicado a esa persona?)</i></p> | <p>(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5</p> <p>3 = da varios ejemplos</p> | <p>? 1 2 3 112</p> |
| <p>91. Ud. ha dicho que las relaciones con las personas que verdaderamente quiere tiene [<i>Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen?</i>] muchos altibajos extremos.</p> <p>Hábleme de eso.</p> <p><i>(¿Hubo momentos en que pensaba que eran todo lo que podía desear y otros en que le parecía que eran horribles? ¿Cuántas relaciones así ha tenido?)</i></p> | <p>(2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</p> <p>3 = una relación prolongada o varias breves, en las que se observa al menos dos veces el patrón de alternancia</p> | <p>? 1 2 3 113</p> |
| <p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p> | | |

| SCID-II | Trastorno límite de la personalidad | | | | 40 |
|---|--|--|---------|-----|----|
| 92. | Ud. ha dicho que cambia de repente [<i>¿Cambia a veces de repente?</i>] su sentido de quién es Ud. o hacia dónde va. Deme algunos ejemplos. | (3) alternancia de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusados y persistentemente inestables (Nota: No incluir la incertidumbre normal del adolescente) 3 = admite el rasgo | ? 1 2 3 | 114 | |
| 93. | Ud. ha dicho que su sentido de quién es a menudo cambia dramáticamente [<i>¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?</i>] Cuénteme más al respecto. | | | | |
| 94. | Ud. ha dicho que es [<i>¿Es Ud.?</i>] diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es Ud. en realidad. Deme algunos ejemplos. (<i>¿Se siente así a menudo?</i>) | | | | |
| 95. | Ud. ha dicho que se han producido [<i>¿Se han producido?</i>] muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc. Cuénteme más al respecto. | | | | |
| 96. | Ud. ha dicho que a menudo ha hecho [<i>¿Ha hecho a menudo?</i>] cosas impulsivamente. <i>¿Qué clase de cosas? Por ejemplo ...</i> ... <i>¿Comprarse cosas que no podía permitirse?</i> ... <i>¿Tener relaciones sexuales con personas apenas conocidas, o practicar <<sexo no seguro>>?</i> ... <i>¿Beber demasiado o consumir drogas?</i> | (4) impulsividad en la menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida) (Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5. 3 = da varios ejemplos que indican un patrón de conducta impulsiva (no | ? 1 2 3 | 115 | |
| <p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p> | | | | | |

| SCID-II | Trastorno límite de la personalidad | 41 |
|---|--|-------------|
| <p>... ¿Conducir de forma temeraria? ... ¿Comer de forma incontrolable? SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES: Hábleme al respecto. ¿Cón qué frecuencia sucede? ¿Qué tipo de problemas le ha causado?</p> | necesariamente limitada a los ejemplos expuestos) | |
| 97. | <p>Ud. ha dicho que he tratado de [<i>¿Ha tratado de?</i>] hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo.</p> <p>(5) comportamiento, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación</p> | ? 1 2 3 116 |
| 98. | <p>Ud. ha dicho que alguna vez [<i>¿Alguna vez?</i>] se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito.</p> <p>3 = dos o más episodios (que no se produzcan durante el transcurso de un episodio depresivo mayor)</p> <p>Hábleme de eso.</p> | |
| 99. | <p>Ud. ha dicho que experimenta [<i>¿Experimenta Ud.?</i>] muchos cambios repentinos de estado de ánimo.</p> <p>(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)</p> <p>Hábleme de eso.</p> <p>(¿Cuánto duran sus episodios de <<malhumor>>? ¿Con qué frecuencia se producen esos cambios de estado ánimo? ¿Hasta qué punto son repentinos?)</p> <p>3 = admite el rasgo</p> | ? 1 2 3 117 |
| 100. | <p>Ud. ha dicho que con frecuencia se siente [<i>¿Se siente con frecuencia?</i>] vacío por dentro.</p> <p>(7) sentimientos crónicos de vacío</p> <p>3 = admite el rasgo</p> <p>Hábleme al respecto.</p> | ? 1 2 3 118 |
| 101. | <p>Ud. ha dicho que tiene [<i>¿Tiene Ud.?</i>] a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control.</p> <p>(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes del mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)</p> <p>Hábleme sobre eso.</p> | ? 1 2 3 119 |
| <p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p> | | |

| SCID-II | Trastorno límite de la personalidad | 42 |
|--|---|---------|
| | 3 = admite el rasgo y da al menos un ejemplo | |
| 102. Ud. ha dicho que, cuando se enfada, golpea [<i>¿Cuándo se enfada, golpea Ud.?</i>] a las personas o arroja objetos. Hábleme de ello. (¿Le sucede a menudo?) | | |
| 103. Ud. ha dicho que se pone muy furioso [<i>¿Se pone muy furioso?</i>] incluso por cosas sin importancia. ¿Cuándo le sucede eso? (¿Le sucede con frecuencia?) | | |
| 104. Ud. ha dicho que, cuando se halla bajo una gran tensión, se vuelve suspicaz [<i>Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz?</i>] con otras personas o se siente especialmente distante y ausente. Hábleme de ello. | (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves 3 = da varios ejemplos que no ocurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno afectivo con síntomas psicóticos | ? 1 2 3 |
| ↓ | AL MENOS CINCO ÍTEMS CODIFICADOS CON UN <<3>> | 1 3 121 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD</p> </div> | | |
| <p>? = información inadecuada 1 = ausente o falsa 2 = subumbral 3 = umbral o verdadera</p> | | |

Anexo 4: MINI (ítems que evalúan TUS)

| J. Abuso y dependencia de alcohol | | | | | | | | |
|--|--|---|----|----|----|---------|--------------------------------------|--|
| (⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO) | | | | | | | | |
| J1 | ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones? | ⇒ NO | SÍ | 1 | | | | |
| J2 | En los últimos 12 meses: | | | | | | | |
| a | ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? | NO | SÍ | 2 | | | | |
| b | ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA. | NO | SÍ | 3 | | | | |
| c | ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 4 | | | | |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? | NO | SÍ | 5 | | | | |
| e | ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? | NO | SÍ | 6 | | | | |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? | NO | SÍ | 7 | | | | |
| g | ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2? | NO | SÍ | 8 | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>⇒ SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </table> | | | NO | ⇒ SÍ | DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL | |
| NO | ⇒ SÍ | | | | | | | |
| DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL | | | | | | | | |
| J3 | En los últimos 12 meses: | | | | | | | |
| a | ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. | NO | SÍ | 9 | | | | |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.? | NO | SÍ | 10 | | | | |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público? | NO | SÍ | 11 | | | | |
| d | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3? | NO | SÍ | 12 | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </table> | | | NO | SÍ | ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL | |
| NO | SÍ | | | | | | | |
| ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL | | | | | | | | |
| MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000) | | | | | | | | |

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

| | | | | |
|----|---|--|---------|----|
| K1 | a | ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? | → NO | SÍ |
|----|---|--|---------|----|

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO).

| | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Ha notado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| b | ¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA. | | | | |
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SÍ | 4 |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Eficacia de un programa de DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de Sustancias: Resultados preliminares

| | | | | |
|--|---|----|---------|----|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SÍ | 7 |
| ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____ | | NO | SÍ → | |
| DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL | | | | |
| Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses: | | | | |
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? | NO | SÍ | 10 |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 11 |
| ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____ | | NO | SÍ | |
| ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL | | | | |

Anexo 5: BSL-23

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____ **fecha:** |__|_|. |__|_|. | 2 | 0 |__|_|

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas.

Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

| Durante la última semana... | | Nunca | Algo | Bastante | Mucho | Muchísimo |
|-----------------------------|--|-------|------|----------|-------|-----------|
| 1 | Me resultaba difícil concentrarme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Me sentí indefenso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Sentí asco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Pensé en hacerme daño | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Desconfié de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | No creía que tuviera derecho a vivir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Me sentía solo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Sentí una tensión interna estresante | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Me odié a mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Quise castigarme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Sufrí de vergüenza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Me sentí vulnerable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | La idea de morirme me causó una cierta fascinación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Nada parecía tener sentido para mí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Tuve miedo de perder el control | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Me di asco a mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Tuve la sensación de salir de mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Sentí que no valía nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% | |
| (absolutamente hundido) | | | | | → | | | | | | (excelente) |

BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior

| Durante la última semana... | | Nada | una vez | 2- 3 veces | 4-6 veces | Diariamente o más a menudo |
|-----------------------------|--|------|---------|------------|-----------|----------------------------|
| 1 | Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulándome, dándome golpes con la cabeza, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Dije a otras personas que iba a matarme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Intenté suicidarme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Eficacia de un programa de DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de Sustancias: Resultados preliminares

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 4 | Tuve atracones de comida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Me provoqué el vómito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en marcha, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Me emborraché | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Tomé drogas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis recetada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Tuve brotes de ira incontrolada o atacé físicamente a otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o enfadado/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 6: DERS

DERS

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

| 1 -----2-----3-----4-----5 | | | | | |
|---|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---|
| Casi nunca (0-10%) | Algunas veces (11-35%) | La mitad de las veces (36-65%) | La mayoría de las veces (66-90%) | Casi siempre (91-100%) | |
| 1. Percibo con claridad mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Presto atención a cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. No tengo ni idea de cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Estoy atento a mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Estoy confuso/a sobre lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Cuando me siento mal, pierdo el control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 7: BIS-11

Identificación..... Fecha.....

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Entrevistador: lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

| | Raramente o nunca | Ocasional mente | A menudo | Siempre o casi siempre |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1.- Planifico mis tareas con cuidado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.- Hago las cosas sin pensarlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.- Casi nunca me tomo las cosas a pecho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (no me perturbo con facilidad) | | | | |
| 4.- Mis pensamientos pueden tener gran velocidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente) | | | | |
| 5.- Planifico mis viajes con antelación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.- Soy una persona con autocontrol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.- Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.- Ahorro con regularidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9.- Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10.- Pienso las cosas cuidadosamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11.- Planifico para tener un trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos) | | | | |
| 12.- Digo las cosas sin pensarlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.- Me gusta pensar sobre problemas complicados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (me gusta pensar sobre problemas complejos) | | | | |
| 14.- Cambio de trabajo frecuentemente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo) | | | | |
| 15.- Actúo impulsivamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16.- Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo) | | | | |
| 17.- Visito al médico y al dentista con regularidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18.- Hago las cosas en el momento que se me ocurren | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19.- Soy una persona que piensa sin distraerse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo) | | | | |
| 20.- Cambio de vivienda a menudo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo) | | | | |
| 21.- Compró cosas impulsivamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22.- Yo termino lo que empiezo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23.- Camino y me muevo con rapidez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24.- Resuelvo los problemas experimentando | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona) | | | | |

Eficacia de un programa de DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de Sustancias: Resultados preliminares

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| 25.- Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| (gasto más de lo que gano) | | | | | |
| 26.- Hablo rápido | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 27.- Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso) | | | | | |
| 28.- Me interesa más el presente que el futuro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 29.- Me siento inquieto/a en clases o charlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo) | | | | | |
| 30.- Planifico para el futuro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| (me interesa más el futuro que el presente) | | | | | |
| I COGNITIVA | <input type="text"/> | I MOTORA | <input type="text"/> | I NO PLANEADA | <input type="text"/> |
| | | | | TOTAL | <input type="text"/> |

Anexo 8: DAST

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Sí *No*

¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?

¿Ha abusado de los medicamentos?

¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?

¿Puede pasar la semana sin consumir drogas?

¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?

¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido “imágenes del pasado” como consecuencia de su consumo de drogas?

¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?

¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?

¿El consumo de drogas le ha creado problemas de pareja o con sus padres?

¿Ha perdido amigos por su consumo de drogas?

¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?

¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de drogas?

¿Ha perdido su trabajo por el consumo de drogas?

¿Se ha peleado con alguien mientras estaba bajo el efecto de alguna droga?

¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?

¿Ha sido detenido por posesión de drogas ilegales?

¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?

¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas?
(Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)

¿Ha solicitado ayuda a alguien por un problema con las drogas?

¿Ha recibido algún tratamiento por un problema de drogas?

DAST-10: ítems 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 17 y 18 (en negrita)

Anexo 9: AUDIT

| <i>Ítems</i> | <i>Criterios operativos de valoración</i> |
|---|---|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | 0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? | 0. 1 o 2 1. 3 o 4 2. 5 o 6 3. De 7 a 9 4. 10 o más |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo? | 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? | 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente |

| | |
|---|---|
| | 4. A diario o casi a diario |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido? | 0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | 0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año |

Anexo 10: Contenidos de la intervención

| Módulos | Semana | Sesiones |
|---------------------------|--------|--|
| MINDFULNESS | 1 | OR/M-Sesión 1: Orientación y Mindfulness Qué |
| | 2 | M-Sesión 2: Mindfulness Cómo |
| TOLERANCIA AL MALESTAR | 3 | TM-Sesión 3-Supervivencia a las crisis |
| | 4 | TM-Sesión 4-Supervivencia a las crisis |
| | 5 | TM-Sesión 5-Supervivencia a las crisis |
| ADICCIONES | 6 | TM-Sesión 6-Aceptación de la realidad |
| | 7 | A- Sesión 7- ¿Qué es una adicción? |
| | 8 | A- Sesión 8-Abstinencia Dialéctica |
| | 9 | A- Sesión 9-Mente Clara |
| | 10 | A- Sesión 10-Quemando puentes |
| | 11 | A- Sesión 11-Rebelión alternativa y negociación adaptativa |
| | 12 | A- Sesión 12-Refuerzo comunitario, construyendo puentes nuevos |
| MINDFULNESS | 13 | M-Sesión 13: Orientación y Mindfulness Qué |
| | 14 | M-Sesión 14-Mindfulness Cómo |
| REGULACIÓN EMOCIONAL | 15 | RE-Sesión 15-Objetivos del módulo regulación emocional y entendiendo las emociones |
| | 16 | RE-Sesión 16- Cambiando las emociones |
| | 17 | RE-Sesión 17- Cambiando las emociones |
| | 18 | RE-Sesión 18-Cambiando las emociones |
| | 19 | RE-Sesión 19- Reduciendo la vulnerabilidad |
| MINDFULNESS | 20 | RE-Sesión 20- Reduciendo la vulnerabilidad |
| | 21 | M-Sesión 21-Orientación y Mindfulness Qué |
| | 22 | M-Sesión 22-Mindfulness Cómo |
| | 23 | EI-Sesión 23- Aprender a conseguir nuestros objetivos (DEARMAN) |
| EFICACIA INTERPERSONAL | 24 | EI-Sesión 24- Aprender a mantener la relación (GIVE) |

Anexo 11: Sesiones módulo adicciones

| SESIÓN | DESCRIPCIÓN |
|--|--|
| A- Sesión 7- ¿Qué es una adicción? | <p>Se pretende definir qué es una adicción, ya que se trata de una definición muy amplia. Incluye cualquier conducta repetitiva que una persona hace y no puede detener, aunque se esfuerce por detenerla y a pesar de las consecuencias negativas. Aunque puede haber más de una adicción, generalmente es más útil centrarse en una a la vez.</p> |
| A- Sesión 8- Abstinencia Dialéctica | <p>Se introduce el concepto de abstinencia dialéctica, que surge de la síntesis entre la abstinencia y la reducción de daños, y el objetivo es no volver a realizar la conducta adictiva, teniendo en cuenta que si se produce una recaída se debe gestionar para minimizar el daño y volver a la abstinencia lo antes posible. En el Anexo 12 se muestra esta sesión.</p> |
| A- Sesión 9-Mente Clara | <p>Se aborda el concepto de mente clara, que es un punto intermedio entre la mente adicta (aquella que se rige por la adicción) y la mente limpia (que es abstinentes sin pensar que es posible que existan recaídas). Por tanto, la mente clara es abstinentes, pero tiene en cuenta que las recaídas son posibles, por eso es el lugar más seguro para estar.</p> |
| A- Sesión 10- Quemando puentes | <p>Se refiere a eliminar activamente todas las conexiones (p.ej. lugares, personas) a los posibles desencadenantes de conductas adictivas.</p> |
| A- Sesión 11-Rebelión alternativa y negociación adaptativa | <p>Puede ocurrir que las conductas adictivas sean una forma de rebelarse contra la autoridad, entonces se puede utilizar la rebelión adaptativa, que consiste en encontrar formas alternativas de rebelión, que sean expresivas pero menos destructivas. Y, la negociación adaptativa consiste en suspender la lógica y negar los impulsos de conductas adictivas cuando aparecen.</p> |

A- Sesión 12-Refuerzo comunitario, construyendo puentes nuevos

El refuerzo comunitario consiste en reestructurar el contexto, de forma que se construyan refuerzos en la comunidad que refuercen la abstinencia en lugar de la adicción. Y construyendo nuevos puentes consiste en encontrar sensaciones físicas u olores, crear imágenes mentales y realizar nuevas conductas que compitan con los impulsos de la adicción.

Anexo 12: Segunda sesión módulo Adicciones

TOLERANCIA AL MALESTAR 17

Abstinencia Dialéctica

| | | |
|---|-------------------|---|
| <p>ABSTINENCIA (dejando fuera la conducta adictiva)</p> <p>Pros: Las personas que se comprometen a la abstinencia están fuera de la conducta adictiva más tiempo.</p> <p>Contras: Se tarda más en volver al “vagón” una vez que se produce una caída</p> | <p>vs.</p> | <p>REDUCCIÓN DEL DAÑO (reconociendo que puede haber caídas; minimizando el daño, pero no demandando perfección)</p> <p>Pros: Cuando ocurre una caída, la persona puede volver al “vagón” antes.</p> <p>Contras: La persona que se compromete a la reducción del daño, cae más rápidamente.</p> |
|---|-------------------|---|

SÍNTESIS= **ABSTINENCIA DIALÉCTICA**

El objetivo es **no realizar la conducta adictiva otra vez**-en otras palabras, **conseguir la abstinencia completa.**

Sin embargo, **si hay una caída, el objetivo es minimizar el daño y volver al vagón de la abstinencia lo antes posible.**

Pros: ¡Funciona!

Contras: Funciona. No tienes vacaciones

(Estás siempre o abstinentes o trabajando para volver a la abstinencia)

Un ejemplo de esperar lo mejor y planear los obstáculos: Los atletas olímpicos deben creer y comportarse como si fueran a ganar cada competición, aunque hayan perdido anteriormente y vayan a perder otra vez.

TOLERANCIA AL MALESTAR 17^a

Planear para la abstinencia dialéctica

Plan para la abstinencia

- 1. Disfruta de tu éxito pero con mente clara; planea para las tentaciones de caer.
- 2. Pasa tiempo o ponte en contacto con personas que te refuercen por tu abstinencia.
- 3. Planea actividades que te refuercen en vez de conductas adictivas.
- 4. Quema los puentes: Evita claves y situaciones de alto riesgo de conductas adictivas.
- 5. Construir nuevos puentes: desarrollar imágenes, olores, y actividades mentales (como las olas que vienen y van) para completar la información asociada a las ganas de realizar la conducta adictiva.
- 6. Encuentra formas alternativas de rebelarte.
- 7. Anuncia tu abstinencia públicamente; niega ninguna idea sobre las ganas de consumir.

Plan para la reducción del daño

- 1. Llama a tu terapeuta o tutor para que te ayude con las habilidades.
- 2. Ponte en contacto con otras personas eficaces que puedan ayudarte.
- 3. Depréndete de las tentaciones; rodéate de claves de conductas eficaces.
- 4. Revisa las habilidades y las fichas de esta terapia.
- 5. Acción opuesta para luchar contra la culpa o la vergüenza. Si no hay otra opción, ve a una reunión de anónimos y anuncia tu caída.
- 6. Las habilidades de Construir competencia y Afrontar por adelantado las situaciones emocionales, y comprobar los hechos se pueden usar para luchar con los sentimientos de sentirse fuera de control.
- 7. Las habilidades de Eficacia Interpersonal, como pedir ayuda a la familia, amigos, terapeutas, autoridades puede ser útil también. Si estás aislado/a, puedes encontrar ayuda vía online en grupos de apoyo.
- 8. Realiza un análisis conductual para analizar lo que precipitó la caída.
- 9. Soluciona los problemas del momento para volver cuanto antes al “vagón” y repara el daño que has hecho.
- 10. Distráete, cuídate, y mejora el momento (habilidades de tolerancia al malestar).
- 11. Anímate a ti mismo/a.
- 12. Haz pros y contras de parar las conductas adictivas.
- 13. Despégate del pensamiento extremo. No le dejes a la caída convertirse en un desastre.
- 14. Vuélvete a comprometer a la abstinencia 100%.

TOLERANCIA AL MALESTAR TAREA PARA CASA 6

Planeando para la abstinencia dialéctica

Evalúa cada actividad y describe lo que hiciste.

PLAN PARA LA ABSTINENCIA

Para maximizar las oportunidades de abstinencia voy a parar de _____, necesito dirigirme hacia la abstinencia.

- Planear actividades de hacer en vez de conductas problemas. Por ejemplo trabajar, encontrar un hobby, ir a una reunión de apoyo, hacer voluntariado. Estas actividades incluirán:

- Pasa tiempo o contacta con personas que te reforzarán por no hacer la conducta adictiva (p.ej. amigos o familiares eficaces, compañeros de trabajo, empleados, tu terapeuta, compañeros del grupo). Estas personas incluirán:

- Recordarme las razones para estar abstinentes y ser efectivo (p.ej. conseguir objetivos a largo plazo, mantener relaciones, ahorrar dinero, evitar la vergüenza). Estas razones incluyen:

- Quemar los puentes con personas que representan una tentación (p.ej. eliminar sus números, dejar de juntarse con ellos, decirles que paren de contactarme, hacer que no quieran salir conmigo). Estas personas incluyen:

- Evita las señales relacionadas con las conductas adictivas. Las señales incluyen:

- Uso de habilidades (cosas para evitar los impulsos, eficacia interpersonal, tolerancia al malestar, regulación emocional, mindfulness). Las habilidades más útiles para mí incluyen:

- Encuentra formas alternativas de rebelarte. Estas incluyen:

- Anuncia públicamente que estás abstinentemente y que estás haciendo conductas eficaces.

PLAN PARA LA REDUCCIÓN DEL DAÑO

Si tengo una caída, no quiero que se convierta en un resbalón. Para evitar un resbalón, debe tener planes para recobrar el equilibrio y volver a la abstinencia y la eficacia.

- Llamar a mi terapeuta, mi tutor, mi terapeuta de entrenamiento en habilidades o mi terapeuta de adicciones. Su/s número/s son:

- Ponte en contacto con otras personas eficaces que pueda ayudarte (p.ej. amigos, familia, gente del grupo). Estas personas incluyen (con su información de contacto):

- Deshazte de las tentaciones (p.ej. drogas, comida placentera); rodéate de señales relacionadas con conductas efectivas (p.ej. ropa de deporte, fruta).

- Revisa las habilidades y las fichas de grupo. Las fichas de habilidades más útiles para mí son:

- Revisa las habilidades y las fichas de grupo. Las fichas de habilidades más útiles para mí son:

- Puedes ensayar acción opuesta para combatir la culpa y la vergüenza. Si otras opciones no funcionan, ve a una reunión de anónimos u otro lugar público donde puedas informar de tu caída.

- Construir competencia y afrontar por adelantado situaciones emocionales, y comprobar los hechos, se pueden utilizar para combatir los sentimientos de estar fuera de control.

- Habilidades interpersonales, como pedir ayuda a los familiares, los amigos, autoridades, puede ser útil. Si estas aislado/a, a menudo puedes encontrar ayuda vía grupos de apoyo online. Estas personas o grupos incluyen:

- Llevar a cabo un análisis de cadena para analizar lo que dio lugar a la caída.
- Solución de problemas rápidamente para volver al vagón y reparar el daño que ha causado.
- Distraerse, cuidarse a uno mismo/a, mejorar el momento.
- Animarse a uno mismo/a (p.ej. “Una caída no es un desastre”, “No te desanimes”, “No te vuelvas cerrado”, “Todavía puedo subir de nuevo al vagón.”) Mis frases de ánimo incluyen:

Haz pros y contras de parar otra vez o no ahora.

Sepárate de un pensamiento extremo. Siempre busca el punto intermedio. No dejes que una caída se convierta en un desastre. Selecciona los pensamientos extremos y los pensamientos de punto intermedio.

| Pensamiento extremo | Punto intermedio |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No he dejado la adicción todavía; y por lo tanto estoy condenado/a. | <input type="checkbox"/> Caer una vez no te condena a no dejarlo nunca. |
| <input type="checkbox"/> Ahora que he caído, continuaré haciéndolo. | <input type="checkbox"/> He caído, eso no quiere decir que tengo que estar recayendo un tiempo. |
| <input type="checkbox"/> He perdido una cita, por lo que he terminado el tratamiento. | <input type="checkbox"/> He perdido una cita, pero puedo intentar ver a mi terapeuta lo antes posible. |
| <input type="checkbox"/> Otra: | <input type="checkbox"/> Otra: |
| <input type="checkbox"/> Otra: | <input type="checkbox"/> Otra: |

Vuelve a comprometerte a la abstinencia 100%.

Eficacia de un programa de DBT adaptada para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno por Consumo de Sustancias: Resultados preliminares