



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Revisión bibliográfica sobre la eficacia de la terapia
dialéctica conductual para el tratamiento del abuso de
sustancias**

**Bibliographic review on the efficacy of dialectical
behavioral therapy in the treatment of substance abuse**

Ana García Badillo

Tutora: María del Carmen Rodríguez Naranjo

Departamento de personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

Diciembre 2020

Resumen

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es una de las terapias de 3º generación que se cimenta en la mejora de la disregulación emocional utilizando habilidades como la regulación emocional, la atención plena, las habilidades sociales y el afrontamiento. La TDC ha demostrado gran eficacia y el hecho de que la disregulación emocional sea la base de otros muchos trastornos ha hecho que se utilice como tratamiento para otras patologías como los trastornos alimentarios, la depresión o el abuso de sustancias entre otros. Esta revisión analiza 16 artículos para evaluar la eficacia de la TDC como tratamiento del Trastorno por abuso de sustancias (TAS) con y sin comorbilidad. Los resultados aportan que la TDC puede ser eficaz para tratar esta problemática. Los datos más relevantes son la versatilidad de la terapia para adaptarse al TAS en diferentes poblaciones como al TAS en comorbilidad con distintos trastornos mostrando eficacia en la mejoría de los síntomas tanto del abuso de sustancias como de las distintas patologías. También se observó mejorías en el seguimiento a los 6 meses. La TDC mostró mejor o igual eficacia que otros tratamientos con los que se la comparó.

Palabras clave: Terapia dialéctica conductual, abuso de sustancias, comorbilidad, eficacia

Abstract

Dialectical Behavioral Therapy (DBT) is one of the 3rd generation therapies that is based on the improvement of emotional dysregulation using skills such as emotional regulation, mindfulness, social skills and coping. DBT has shown great efficacy and the fact that emotional dysregulation is the basis of many other disorders has led to its use as a treatment for other pathologies such as eating disorders, depression or substance abuse among others. This review analyzes 16 articles to evaluate the efficacy of DBT as a treatment for substance abuse disorder (SAD) with and without comorbidity. The results show that DBT can be effective in treating this problem. The most relevant data are the versatility of the therapy to adapt to SAD in different populations as well as SAD in comorbidity with different disorders, showing efficacy in improving the symptoms of both substance abuse and different pathologies. Improvements were also observed at 6-month follow-up. DBT showed better or same efficacy than other treatments with which it was compared.

Key words: Dialectical behavior therapy, substance abuse, comorbidity, efficacy

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 4 |
| 1.1. El abuso de sustancias..... | 4 |
| 1.2. La comorbilidad en el abuso de sustancias..... | 6 |
| 1.3. Tratamientos para el abuso de sustancias..... | 6 |
| 2. La Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de las adicciones con y sin comorbilidad | 9 |
| 2.1. La TDC y sus componentes..... | 9 |
| 2.2. Eficacia de la TDC..... | 11 |
| 2.3. La TDC en el tratamiento del TAS con y sin comorbilidad..... | 12 |
| 3. Método | 15 |
| 4. Resultados | 15 |
| 4.1. Eficacia de la TDC en el tratamiento del TAS sin comorbilidad | 15 |
| 4.1.1. Comparación de la TDC con otros tratamientos en el TAS..... | 16 |
| 4.1.2. Adherencia al tratamiento y resultados en el seguimiento | 17 |
| 4.2. Eficacia de la TDC en el TAS con comorbilidad | 17 |
| 4.2.1. Eficacia de la TDC en el TAS en comorbilidad con TLP..... | 17 |
| 4.2.1.1. Comparación de la TDC con otros tratamientos en el TAS con TLP..... | 18 |
| 4.2.1.2. Adherencia al tratamiento y resultados en el seguimiento | 18 |
| 4.2.2. Eficacia de la TDC en el TAS en comorbilidad con otros trastornos | 18 |
| 4.2.2.1. Comparación de la TDC con otros tratamientos en el TAS con comorbilidad... | 19 |
| 4.2.2.2. Adherencia al tratamiento y resultados en el seguimiento | 20 |
| 5. Discusión | 20 |
| 5.1. Eficacia de la TDC en el TAS con y sin comorbilidad | 20 |
| 5.2. Limitaciones y futuras investigaciones | 22 |
| 6. Conclusiones | 23 |
| 7. Referencias | 24 |

1. Introducción

1.1. El abuso de sustancias

El abuso de sustancias ocurre cuando el consumo continuado de alcohol u otra sustancia lleva a la persona a manifestar problemas significativos relacionados con el consumo de ellas. Para diagnosticar el Trastorno por abuso de sustancias (TAS) deben darse dos o más síntomas durante un periodo de 12 meses de los enunciados a continuación:

1. Tomar la sustancia en cantidades mayores o durante más tiempo de lo previsto
2. Querer reducir o dejar de consumir la sustancia pero no lograrlo
3. Pasar mucho tiempo obteniendo, usando o recuperándose del uso de la sustancia.
4. Antojos e impulsos de consumir la sustancia.
5. No lograr hacer lo que debería en el trabajo, el hogar o la escuela, debido al uso de sustancias
6. Continuar el consumo incluso cuando causa problemas en las relaciones.
7. Renunciar a actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al consumo de sustancias
8. Usar sustancias una y otra vez, incluso cuando supone un peligro.
9. Continuar consumiendo, incluso sabiendo que se tiene un problema físico o psicológico que podría haber sido causado o empeorado por la sustancia
10. Necesita más sustancia para obtener el efecto que desea (tolerancia)
11. Desarrollo de síntomas de abstinencia, que pueden aliviarse tomando más sustancia.

La severidad del trastorno vendrá determinado por el número de criterios diagnósticos que se cumplan: leve (2 o 3 criterios), moderado (4 o 5 criterios) y severo (6 o más criterios) (Reichenberg & Riedy, 2014).

La adicción a sustancias es una problemática causada por diferentes factores como el contexto, las características de la persona y los efectos que produce la sustancia. Respecto a las características de la persona, los aspectos biológicos, los rasgos de personalidad y los factores psicosociales jugarán un papel importante en que la adicción se produzca, por ello no todas las personas que han consumido sustancias desarrollarán esta patología. Las principales características o rasgos de personalidad que influyen en la adicción son: la rebeldía, la búsqueda de autonomía, la baja tolerancia a la frustración, escaso sentido de responsabilidad,

baja autoestima, falta de habilidades de afrontamiento, falta de autoconciencia, búsqueda de gratificación a corto plazo o bajo autocontrol (Moreno, 2004).

El uso de sustancias se suele presentar en varias fases:

1. La fase experimental en la que se toma la sustancia para divertirse.
2. La fase de uso regular en el que se usan las drogas para evadirse de sentimientos negativos y el individuo comienza a distanciarse de los amigos y familiares.
3. La fase de uso problemático en la que se manifiestan cambios de comportamiento, pensar que el uso de la droga es más importante que cualquier otra cosa o relación, y comenzar a consumir de forma secreta y pudiendo aparecer problemas legales.
4. La fase de adicción en la que el adicto no puede hacer frente a su vida sin la sustancia, niega su problema, se deteriora su estado físico, pierde el control sobre el uso de la misma pudiendo llegar al suicidio (Moreno, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) unos 31 millones de personas en el mundo sufren trastornos del consumo de sustancias. De entre las sustancias, el alcohol produce 3,3 millones de muertes al año, siendo los opioides las que más daño producen causando el 76 % de las muertes por trastorno de abuso de sustancias (World Drug Report, 2018). En España, según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2019) la sustancia más consumida es el alcohol (5,1% o 1.583.000 personas) seguido por el cannabis (1,6% de la población o 496.828 personas), la cocaína el 0,3% o 92.536 personas y la heroína por el 0,2% o 71.111 personas. Respecto al género son los hombres los que realizan un mayor consumo de sustancias. Según esta misma fuente, en España se produjeron 696 muertes (79,6% hombres) debido a la reacción aguda a sustancias en el 2017, estando presente en la mayoría de los casos los opioides, hipnosedantes y cocaína. Esta tendencia va en descenso mientras que la presencia de alcohol y cannabis va en aumento, estando la mayoría de las veces combinadas con otras sustancias.

Según Mignon (2015) recuperarse de una adicción es mucho más costoso cuando se comienza a usar sustancias antes de los 15 años de edad, se ha asistido a 3 o más tratamientos o cuando existe comorbilidad con otro trastorno.

Por otra parte, la motivación del paciente es clave en la recuperación. Existen muchos obstáculos que la impiden como la negación, la resistencia o el no reconocimiento del problema. La percepción de la gravedad del problema suele ser el motivo principal para que la persona con el trastorno de abuso de sustancias decida ponerse en tratamiento.

Las necesidades primordiales que se encuentran en las personas con esta problemática

son la necesidad de un hogar, comida, servicios de familia y servicios legales, seguido por salud mental y médica y servicios ocupacionales. Esto da a entender que el tratamiento para el abuso de sustancias debe abarcar un contexto más amplio que el tratamiento de la adicción y que los recursos comunitarios y familiares deben ser administrados para garantizar el máximo éxito del tratamiento.

1.2. La comorbilidad en el abuso de sustancias

La comorbilidad con trastornos psiquiátricos aumenta la complejidad del trastorno y del tratamiento. Estudios en la población en tratamiento por Trastorno por abuso de sustancias (TAS) han encontrado comorbilidad con trastornos de personalidad de un 40% a 60%. Pueden encontrarse casos de TAS en comorbilidad con trastornos mentales, con trastornos de personalidad y con ambos, por lo que necesitarán un tratamiento integrado y basado en competencias para clientes que tienen múltiples necesidades y/ o fracasos de tratamiento (Hendrickson et al., 2004).

Existe una relación entre el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad en general y entre el abuso de sustancias y el Trastorno límite de personalidad (TLP) en particular. La comorbilidad media del TAS y el TLP según Sansone y Sansone (2011) fue del 44,3%. También Linehan et al. (1999) observaron que los pacientes con TAS en comorbilidad con algún trastorno de personalidad tenían más problemas psiquiátricos incluyendo alcoholismo, depresión, descontrol del comportamiento, dificultades legales, más riesgo de padecer VIH y una dependencia más extensa en el tiempo que los que no tenían trastornos de personalidad. Trull et al. (2018) halló que la alta comorbilidad del TAS y el TLP se debe a que ambos trastornos muestran disregulación emocional e impulsividad.

1.3. Tratamientos para el abuso de sustancias

De entre los múltiples tratamientos existentes Mignon (2015) detalla los que han sido más estudiados y han mostrado más éxito:

- **Intervenciones breves:** Se realizan por médicos para evaluar y aconsejar el tratamiento más adecuado.
- **Desintoxicación ambulatoria:** Programa diario para dejar el consumo de alcohol, drogas o ambas. Pueden formar parte de programas intensivos en los que se asiste a terapia individual, grupal o a ambas y a otras actividades en combinación con tratamiento farmacológico en los casos más graves.
- **Terapia Individual:** Sesiones semanales para tratar la recuperación y los asuntos que más preocupan al cliente.

- **Terapia de grupo:** Es el tipo de terapia usada más frecuentemente y considerada más efectiva y económica. Los clientes se benefician por compartir con otros en circunstancias similares y de una relación de apoyo. La terapia de grupo es guiada por un terapeuta mientras que los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) están formados sólo por las personas que pretenden superar la adicción. Existen estudios que demuestran que las personas participantes en terapia de grupo alcanzan mejores resultados y tienen más probabilidades de terminar el tratamiento que aquellos en terapia individual.

- **Terapia Familiar o Terapia Conductual de Pareja:** Mejora la comunicación y facilita el cambio positivo en la familia proporcionando una situación neutral en la que resolver problemas.

- Otras alternativas de tratamiento son las comunidades terapéuticas, centros de día, casas sin alcohol pensadas para los adictos sin familia o sin apoyo comunitario y los programas de internamiento. Los tratamientos más utilizados son los tratamientos ambulatorios que suelen recomendarse cuando los clientes son capaces de asistir por propia voluntad, poseen apoyo comunitario y no existen elementos negativos como la criminalidad o un ambiente social de drogas.

Entre los tratamientos para el TAS Mignon (2015) destaca la Terapia Familiar debido al apoyo empírico que la respalda y a que la involucración de la familia aumenta la intención del adicto a permanecer en tratamiento. El estudio de Fals-Steward et al. (2000) encontró que el 83% de los maridos que recibieron Terapia Conductual de Pareja redujo su abuso de sustancias mientras que los que recibieron la Terapia Individual lo hicieron el 60% de ellos.

La intervención a través de la familia y amigos, es útil para muchos casos en que los adictos a sustancias presentan negación por lo que se busca una confrontación con la familia o amigos para que se den cuenta de su situación. Tanner-Smith et al. (2013) en el tratamiento del abuso de sustancias en adolescentes comparó la Terapia familiar con la Entrevista Motivacional (MI según sus siglas en inglés), T. Psicoeducativa, T. Conductual, Terapia cognitiva conductual (TCC), Grupos de asesoramiento y Grupos mixtos. Aunque todos los tratamientos obtuvieron reducción del uso de sustancias, los mejores resultados fueron los de la Terapia familiar seguida de la MI.

Según Beatty y Willis (2014) los tratamientos para el TAS más utilizados son la medicación, terapias comportamentales y la combinación de ambas. Entre las terapias más empleadas están: la terapia cognitiva conductual (TCC), intervenciones en manejo de

contingencias (CM según sus siglas en inglés) e incentivos motivacionales, MI, terapia conductual de pareja y terapia de los 12 pasos.

El proyecto MATCH fue el estudio más extenso que se realizó compararon tres tipos de tratamiento para el alcoholismo: La TCC, la Terapia de AA y la MI. Todos los tratamientos lograron mejoras en el consumo de alcohol, en muchas otras áreas de la vida y en síntomas depresivos, pero sin diferencias significativas entre ellos. Estos cambios se mantuvieron después de 1 año (periodo en que suele haber más recaídas), siendo el grupo de AA el que más abstinencias mantenía (24%) en comparación con los otros dos grupos (14% y 15%) (Drummond, 1999). En el seguimiento a los 3 años el grupo de AA mantuvo una abstinencia del 36%, el grupo de MI del 27% y del 24% el grupo de TCC (Project MATCH research group, 1998). Así mismo Wells et al. (1994) comparó la terapia de los 12 pasos y la Terapia de prevención de recaídas cognitiva conductual en sujetos adictos a la cocaína. Ambos grupos redujeron el consumo de cocaína, alcohol y marihuana, pero no se apreciaron diferencias significativas entre los tratamientos en el uso de cocaína y marihuana. Sin embargo si se apreció un mayor aumento del uso de alcohol en el grupo de los 12 pasos desde la semana 12 al seguimiento a los 6 meses en comparación con el grupo de prevención de recaídas. Otro meta-análisis que analizó el CM, prevención de recaídas, TCC y terapias que combinaban la TCC y MC encontraron efectos moderados en las intervenciones, siendo el CM el que obtuvo el mayor efecto (Dutra et al., 2008).

Respecto a los tratamientos para el TAS con comorbilidad, Kelly et al. (2012) investigó la eficacia de diferentes tratamientos para el TAS y tratamientos para trastornos sin sustancias del eje I en adultos para sugerir la combinación de los mismos en el tratamiento de pacientes con comorbilidad. Los resultados mostraron que el uso de antidepresivos para mejorar los síntomas relacionados con las sustancias en personas con trastornos de ansiedad y trastorno del ánimo no es altamente efectivo o implica riesgo debido a los efectos secundarios. Los antipsicóticos de segunda generación son los más efectivos para la esquizofrenia en comorbilidad con las sustancias. El uso moderado o severo de cannabis necesita tratamiento intensivo como el CM y tratamiento ambulatorio u hospitalización parcial. El tratamiento en habilidades de comportamiento (BST según sus siglas en inglés) que combina MI, CM y el tratamiento de los 12 pasos y el tratamiento conductual para el TAS en la esquizofrenia (BTSAS según sus siglas en inglés) parece ser el más esperanzador para pacientes psicóticos en comorbilidad con TAS. Así pues, los tratamientos altamente estructurados que integran tratamientos intensivos ambulatorios, servicios de manejo de casos

y terapias conductuales como el CM son más efectivos para los casos de comorbilidad severos.

2. La terapia dialéctica conductual en el tratamiento de las adicciones con y sin comorbilidad

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue inicialmente creada para tratar el trastorno límite de personalidad (TLP) centrándose especialmente en el tratamiento de la disregulación emocional. Esta terapia es un tratamiento cognitivo-conductual que forma parte de las denominadas “terapias de tercera generación” y nació en los noventa debido a las limitaciones de la TCC (Pérez, 2014).

2.1. La TDC y sus componentes

Dimeff y Koerner (2007) señalan que las personas diagnosticadas de TLP normalmente necesitan también terapia para múltiples trastornos graves del eje I con manifestaciones de crisis graves, alto riesgo de suicidio y otros problemas graves. La TDC fue creada por Linehan complementando la Terapia conductual con otras estrategias terapéuticas para mejorar el abordaje de la tipología de los problemas de sus clientes. Esta terapia es muy estructurada y utiliza estrategias organizadas en protocolos recogidos en los manuales de tratamiento (1993a, 1993b).

La TDC considera los comportamientos suicidas como una forma desadaptativa de resolver problemas y utiliza estrategias bien investigadas de la TCC para ayudar a sus clientes a resolver sus problemas cotidianos de formas más adaptativas. El terapeuta enfatiza la validación y aceptación de las conductas de los clientes en los que la disregulación emocional ejerce una gran influencia así como el entrenamiento en habilidades para provocar el cambio.

Entre los problemas tratados con la TDC se encuentran la dicotomización, el pensamiento rígido, el comportamiento impulsivo y la emocionalidad extrema. La TDC aborda los problemas patológicos con la combinación de la psicoterapia individual, el entrenamiento de habilidades grupal, la consulta telefónica disponible 24 horas y la sesión de supervisión y consulta del equipo terapéutico (Dimeff & Koerner , 2007).

La TDC se basa en la teoría biosocial que postula que el problema principal del TLP es el trastorno generalizado del sistema de regulación emocional debido a la influencia de un contexto invalidante. Muchas de las capacidades cognitivas dependen de una regulación

emocional adecuada, la falta de ella daría lugar a problemas en el autoconcepto, en la resolución de conflictos interpersonales o en la acción orientada a metas (Linehan, 1993).

La TDC se divide en cuatro módulos de habilidades específicas precedidos por el Pretratamiento:

- Pretratamiento: El terapeuta y el cliente acuerdan cuáles serán los objetivos y los métodos para alcanzarlos.

- Primer módulo: Dirigido a los casos más graves y se centra en implementar comportamientos necesarios para conseguir una razonable esperanza de vida de forma rápida, control de la conducta, cohesión al tratamiento y entrenamiento en habilidades. Estos objetivos se abordan en el siguiente orden de prioridad:

- 1) Comportamientos homicidas, suicidas o cualquier comportamiento que ponga en peligro la vida.

- 2) Comportamientos que interfieran con la terapia (tanto del cliente como del terapeuta).

- 3) Comportamientos que comprometan de forma seria la calidad de vida del cliente, (ej. problemas del eje I, problemas graves en relaciones interpersonales, problemas legales, de empleo, estudios, enfermedad y de vivienda).

- 4) Deficiencias en habilidades de afrontamiento necesarias para realizar cambios en la vida del cliente. Se utiliza la atención plena para disminuir la confusión de identidad, sentimiento de vacío y disregulación cognitiva; la efectividad en las relaciones interpersonales para mejorar relaciones caóticas y el miedo al abandono; las habilidades de regulación emocional para reducir la labilidad afectiva y la ira excesiva; la tolerancia a la frustración para disminuir el comportamiento impulsivo, las amenazas de suicidio y las autolesiones.

- El segundo módulo va dirigido a tratar el dolor emocional causado por traumas. Los objetivos de este módulo serían conseguir que el cliente viva una vida sin experimentar trauma y recuperar el contacto con el entorno.

- En el tercer módulo se repasa lo aprendido, la autovaloración, el sentido permanente de conexión y la resolución de conflictos. Los objetivos serían el respeto a sí mismo, el dominio, la autoeficacia, el sentido de la moralidad y la calidad de vida aceptable.

- El cuarto módulo se centra en el sentimiento de estar incompletos y persigue que el cliente se sienta libre y espiritualmente realizado. La TDC pretende que se consigan las habilidades suficientes para tener una calidad de vida razonable y un control estable del comportamiento ante la exposición a señales relacionadas con traumas del pasado. Así mismo, la TDC utiliza protocolos de terapias de conducta apoyados empíricamente y enfatiza el uso de los principios de conducta y de la evaluación comportamental para determinar las variables control para problemas de comportamiento. La TDC considera que la ausencia de comportamiento adaptativo es debido a uno de los cuatro factores ligados a la terapia: entrenamiento en habilidades, procedimientos de exposición, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva.

El entrenamiento en las habilidades de la TDC se realiza en sesiones semanales y estas habilidades ayudarán a manejar las emociones, tolerar el estrés emocional, ser más efectivo en los conflictos interpersonales y participar hábilmente en el momento presente:

- 1) El entrenamiento en regulación emocional muestra un repertorio de comportamientos y estrategias cognitivas para reducir respuestas emocionales no deseadas, así como comportamientos impulsivos disfuncionales que ocurren cuando se está envuelto en emociones fuertes.
- 2) El entrenamiento en tolerancia al estrés aborda diferentes formas de control de impulsos y técnicas para calmarse dirigidas a superar las crisis sin drogas, intentos de suicidio o engancharse en otro tipo de comportamiento disfuncional.
- 3) El entrenamiento en efectividad interpersonal educa en una variedad de habilidades en asertividad para obtener autoeficacia en las relaciones interpersonales sin perder el autorespeto.
- 4) El entrenamiento en atención plena incluye la focalización de la atención en la autoobservación o en el contexto inmediato, descripción de observaciones, participación (espontánea), asumir una postura sin juicio, enfoque de la conciencia y desarrollo de la efectividad centrándose en lo que funciona (Dimeff & Koerner, 2007).

2.2. Eficacia de la TDC

Según Rizvi et al. (2013) la TDC goza de una amplia popularidad debido a su gran apoyo empírico y la integración de los cuatro dominios (biológico, social-ambiental, espiritual y conductual) en un solo tratamiento. Objetivos de la TDC como las conductas problemáticas

y los déficits en habilidades, los cuales son comunes en una variedad de trastornos, ha llevado a la adaptación de esta terapia a diferentes poblaciones de distintas edades y con diferentes problemáticas. Otras razones que han ayudado a la adaptación de la TDC son: en primer lugar, el énfasis de la TDC en buscar el equilibrio entre la aceptación y las estrategias de cambio y en segundo lugar, su enfoque en la disregulación emocional como elemento común del sufrimiento psicológico y de las estrategias ineficaces de regulación o afrontamiento (Ritschel et al., 2013).

La TDC es actualmente la terapia más usada y eficaz para los trastornos de comportamiento suicida y para el TLP (Leichsenring et al., 2011; Panos et al., 2013), además posee evidencia empírica en la mejoría de diversos trastornos como el TEPT (Harned et al., 2014), la depresión resistente a tratamientos (Harley et al., 2008) y trastornos alimentarios (Safer et al., 2001; Telch et al., 2001). Según Lynch et al. (2007) la TDC en combinación con medicación es más eficaz reduciendo la depresión que el tratamiento sólo con medicamentos.

Así mismo, la TDC es efectiva como tratamiento en ancianos con depresión y características de personalidad mixtas y en adolescentes diagnosticados de trastornos del eje I (trastornos alimentarios, trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante) y recientemente se está utilizando con éxito en adolescentes delincuentes (Ritschel et al., 2015).

Kliem et al. (2010) encontró que la TDC produjo efectos moderadamente superiores a la terapia tradicional para el TLP, la Terapia Usual (TU) y la Terapia Comunitaria en pacientes diagnosticados de TLP y la investigación de Panos et al. (2013) arrojó que la TDC fue superior a la TU en reducción de intentos de suicidio y parasuicidios y levemente superior reduciendo abandonos.

Existen estudios que han comprobado la efectividad de la TDC en TLP en comorbilidad con el TAS (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002, Van den Bosch et al., 2005) los cuales analizaremos más adelante.

Por último, cabe destacar que la TDC ha demostrado ser más rentable que el tratamiento usual en la reducción de los intentos de suicidio, hospitalizaciones, visitas a urgencias y en la utilización de camas en las ucis (American Psychiatric Association, 1998; Linehan & Heard, 1999).

2.3. La TDC en el tratamiento del TAS con y sin comorbilidad

Según Ritschel et al. (2015) la TDC contempla el abuso de sustancias como una conducta aprendida cuya función es la de modular emociones dolorosas y estados de ánimo negativos tales como tristeza, aburrimiento, vergüenza, vacío, ira y desdicha, por lo que la

TDC lo incluye en sus objetivos como una conducta que interfiere en la calidad de vida. La adaptación de esta terapia al abuso de sustancias tiene como objetivos principales:

- 1) Entrenar en habilidades de regulación emocional para reducir la necesidad de utilizar estrategias de regulación emocional disfuncionales.
- 2) Reducir conductas y obstáculos que interfieran con la calidad de vida y mantengan el uso de sustancias.
- 3) Promover comportamientos más hábiles que permitan a la persona funcionar de forma más adaptativa y crear una vida que valga la pena vivir.

La TDC adaptada para el TAS ha añadido estrategias que han sido eficaces en otros tratamientos para el TAS como son la Terapia de prevención de recaídas, la MI y AA. Para conseguir la abstinencia se utilizan diferentes estrategias como el compromiso a conseguir periodos más cortos de abstinencia que se van alargando y los periodos en recaída se van acortando progresivamente, estrategias de autocontrol cognitivo para el autoconvencimiento de que las sustancias no son una opción. Para prevenir recaídas se les entrena en la aceptación de la recaída y concienciamiento de las consecuencias de la misma y del daño que pueden causar a sí mismos y a los demás. También se les entrena a reconocer el abuso de sustancias mediante habilidades de observación y descripción y a sobrellevar el ansia por consumir mediante habilidades de tolerancia a la angustia. Los pacientes también deben aprender a evitar señales y comportamientos asociados al consumo de sustancias y finalmente trabajar junto con el terapeuta en aumentar comportamientos saludables. Además, se añadieron a la TDC estrategias relevantes para el TAS como el derecho a rebelarse sin consumir, la observación del ansia por consumir, la capacidad de desarrollar una vida estructurada o la autogestión como alejar pensamientos negativos, destruir conexiones con las drogas y eliminar señales de consumo.

La TDC ha sido adaptada a la complejidad sintomatológica en el TAS con comorbilidad. Por ejemplo, para el tratamiento de TLP con TAS, la TDC utiliza estrategias específicas diseñadas para reducir el abandono o pérdida de sesiones característico en este grupo de población, habilidades para organizar el tiempo y reducir señales ambientales que inciten al uso de drogas (Rizvi et al., 2013).

Para que un tratamiento sea efectivo debe abarcar todos los factores que contribuyen a la adicción del cliente y preparar al cliente para obtener competencias, recursos, apoyos y las habilidades necesarias para que pueda hacer frente a los desafíos que pongan en peligro su sobriedad y la participación activa en todos los aspectos de su vida. Estos factores son la

severidad de la dependencia, la comorbilidad psiquiátrica, la motivación, los estados afectivos negativos, los factores cognitivos, los trastornos y los rasgos de personalidad, el abuso de múltiples sustancias, las habilidades de afrontamiento, los factores genéticos, el estado del sueño, el ansia por consumir, los factores sociales y los económicos (Ciraulo et al., 2003). Además habría que añadir otros factores como la sintomatología física y las necesidades sociales como encontrar empleo, vivienda o educación (NIDA, 2010).

A pesar de la existencia de diversos tipos de tratamientos para el alcoholismo basados en la evidencia científica la dependencia al alcohol causa 3,3 millones de muertes en el mundo cada año (Maffei et al. (2018). Varias investigaciones han mostrado que el estado de ánimo negativo y las emociones dolorosas son los factores más destacados que provocan el ansia por consumir y las recaídas (Fox et al., 2007; Gamble et al., 2010; Gregory et al., 2010; Sinha, 2012; Sinha et al., 2009) y que las dificultades para la regulación emocional están relacionadas con la dependencia al alcohol. La baja conciencia emocional y la baja capacidad de controlar las conductas impulsivas mientras se experimentan emociones negativas están presentes en los pacientes dependientes al alcohol comparado con los bebedores sociales. Más de dos tercios de los sujetos dependientes al alcohol recaen al cabo de unas semanas o meses de haberlo dejado. Según Cheetham et al. (2010) suele haber disregulación emocional en el abuso de sustancias en general y este hecho juega un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del trastorno. Así mismo muchas de nuestras capacidades cognitivas dependen de una regulación emocional adecuada, la falta de ella daría lugar a problemas en el autoconcepto, en la resolución de conflictos interpersonales o en la acción orientada a metas (Linehan, 1993).

Según lo expuesto anteriormente el abuso de sustancias es una problemática muy extendida en la población a nivel mundial y aunque existen distintos tratamientos sigue habiendo un gran número de recaídas. Además teniendo en cuenta la relación tan estrecha entre la disregulación emocional y el abuso de sustancias se puede deducir que la TDC podría ser un tratamiento eficaz para el TAS.

El presente estudio tiene como objetivo investigar la eficacia de la TDC como tratamiento del Abuso de Sustancias con y sin comorbilidad y la efectividad de esta terapia en comparación con otros tratamientos validados empíricamente, la adherencia al tratamiento y la duración de sus efectos en el tiempo. Esta información ayudará a averiguar las debilidades y fortalezas de la TDC para adaptarla a las distintas problemáticas y poblaciones.

3. Método

La búsqueda se realizó mediante la introducción de palabras clave en diferentes buscadores (Psycinfo, PudMed Central, Web of Science, Wiley Online Library y Directory of Open Access Journals). Todas las búsquedas se realizaron en inglés mediante el uso de las palabras clave: “dialectical behavior therapy” “drug addictions “, ” with or without borderline”, “effectiveness”, “efficiency”, “substance abuse”, “psychological treatment”.

Los artículos se seleccionaron porque: 1) aplicaban la TDC como tratamiento, 2) eran artículos de investigación o meta-análisis con factor de impacto reconocido, 3) artículos publicados en los últimos 10 años o anteriores si mostraron mucha relevancia, 4) utilizaban sistemas de medidas fiables y cuantitativos. Se excluyeron 1) los artículos en idiomas que no fueran el inglés, 2) los artículos de revisión, los artículos de caso único y 3) los artículos de investigación que no tuvieran factor de impacto.

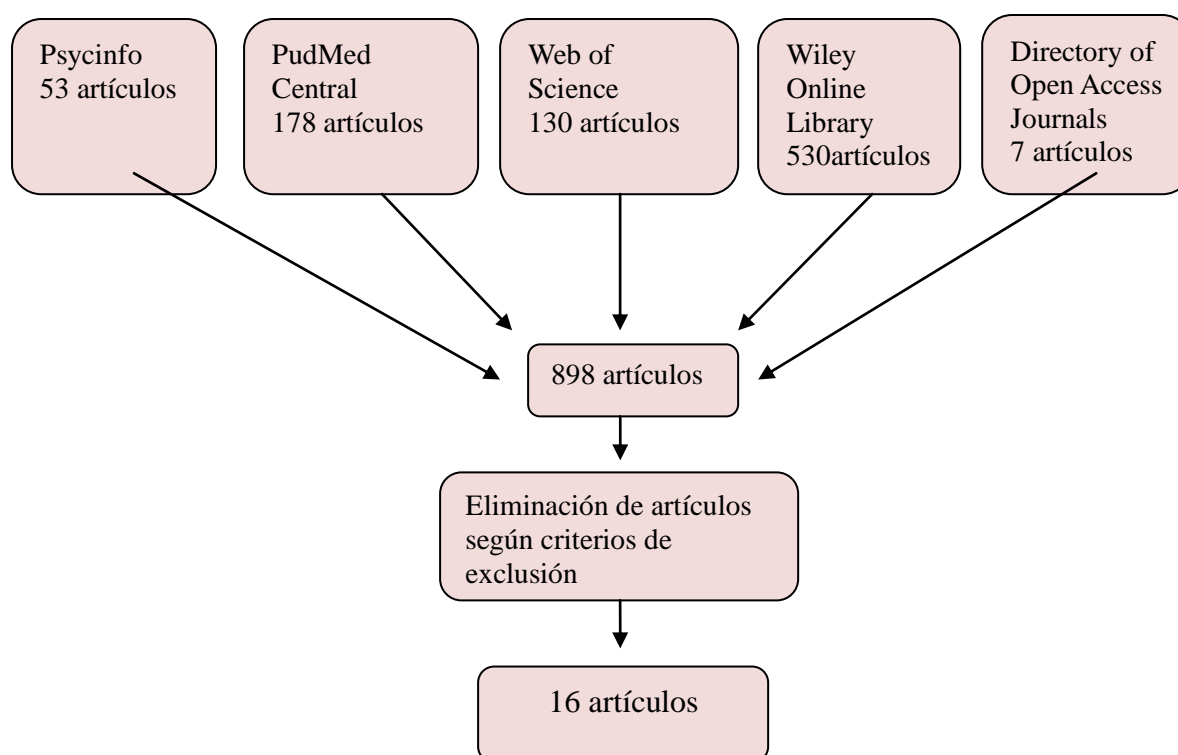


Figura 1. Selección de artículos.

4. Resultados

Se han analizado 16 artículos para investigar la eficacia de la TDC en el TAS, 7 de la TDC en TAS sin comorbilidad y 9 en TAS con comorbilidad con diferentes patologías siendo más abundantes los realizados sobre el TAS en comorbilidad con TLP. Todos han

utilizado la TDC clásica, diferentes adaptaciones de la misma y en algunos casos la TDC junto con otras terapias. Las poblaciones elegidas para los estudios fueron en su mayoría de mujeres y hombres adultos, dos estudios de adolescentes y otro de mujeres delincuentes sin hogar. Ver apéndice 1 que contiene dos tablas, la tabla 1 con los artículos de TAS sin comorbilidad y la tabla 2 con los artículos con comorbilidad.

4.1. Eficacia de la TDC en el tratamiento del TAS sin comorbilidad

Existen algunos estudios sobre la eficacia de la TDC en el TAS pero no son muy abundantes. A continuación detallaremos los más relevantes y recientes.

De los 6 estudios examinados, se apreciaron reducciones significativas en el consumo de sustancias en todos ellos (Azizi et al., 2010; Cavicchioli et al., 2020; Maffei et al., 2018; Nyamathi et al., 2017; Wilks et al., 2018), menos en el de Sahravard y Miri (2018) que solo evaluó los efectos en la sintomatología depresiva de los participantes y el de Rabinovitz y Nagar (2018) que evaluó la eficacia de la TDC mediante los efectos producidos en la respuesta de inhibición y el sesgo atencional tras provocar el ansia por consumir en los participantes. Ambas variables se vieron mejoradas significativamente. Es el único estudio que no utilizó herramientas de evaluación autoinformadas, aunque el estudio no evaluó la reducción del consumo de sustancias, los resultados apuntan a que muy probablemente se produjeron.

La regulación emocional mostró mejorías significativas (Azizzi et al., 2010; Cavicchioli et al., 2020; Maffei et al., 2018; Wilks et al., 2018). La mejora de la dificultad de regular las emociones predecía la disminución en las puntuaciones de SPQ (cuestionario para evaluar el uso de alcohol y drogas prescritas o ilícitas). Otros efectos que se encontraron fue la mejoría en síntomas depresivos (Azizzi et al., 2010; Sahravard y Miri, 2018), en ideación suicida (Wilks et al., 2018), en síntomas de ansiedad, en síntomas somáticos, en el funcionamiento social y en la salud (Azizzi et al, 2010).

4.1.1. Comparación de la TDC con otros tratamientos en el TAS sin comorbilidad

Existen pocos estudios comparativos entre la TDC en el TAS con otros tratamientos. Los 3 que se encontraron se analizan a continuación:

Azizi et. al. (2010) comparó la TDC con la Terapia Cognitiva y con la naltrexona por sí sola encontrando que la TDC y la Terapia Cognitiva fueron superiores a la naltrexona en la reducción del abuso de sustancias, en la mejora de la regulación emocional y de la tolerancia al estrés. Sin embargo la TDC fue superior a la Terapia Cognitiva y a la naltrexona en el

aumento a la tolerancia al estrés, en la regulación emocional y en la prevención de recaídas.

La TDC en combinación con CM resultó superior al Programa de Promoción de Salud (HP según sus siglas en inglés) en la abstinencia a los 6 meses, aunque ambos tratamientos mostraron eficacia significativa (Nyamathi et al., 2017). Y por último Sahranavard y Miri (2018) al comparar la TDC con la TCC encontraron un tamaño del efecto mayor en la TDC en síntomas depresivos, pero no fue significativa. Quizás pudo ser debido al pequeño tamaño de la muestra o la homogenización de las variables depresivas como la gravedad o la comorbilidad de las enfermedades.

4.1.2. Adherencia al tratamiento y resultados en el seguimiento

Se halló efectividad en la TDC en prevención de recaídas (Azizi et al., 2010). En adherencia al tratamiento Cavicchioli et al. (2020) y Nyamathi et al. (2017) encontraron altas tasas: Maffei et al. (2018) del 64,3%, mientras que Wilks et al. (2018) obtuvo una tasa de abandonos del 45% provocadas en su mayoría a problemas técnicos, ya que el tratamiento se realizó online. Tan solo el estudio de Nyamathi et al. (2017) realizó seguimiento. Su estudio halló una retención muy alta a los 6 meses tanto en la TDC + CM como en la HP aunque superiores en la TDC+CM y mayor abstinencia en la TDC (65,5% de los participantes) tanto en alcohol como en otras sustancias. No ser de raza blanca y poseer síntomas depresivos más altos fueron asociados con menores posibilidades de abstinencia a los 6 meses.

4.2. Eficacia de la TDC en el TAS con comorbilidad

Se revisaron 9 artículos que utilizaron la TDC en el TAS con distintos trastornos comórbidos: 5 de ellos de TAS en comorbilidad con TLP, 2 artículos con TAS en comorbilidad con trastornos alimenticios, de los cuales uno de ellos incluyó otras patologías y 4 estudios de TAS con comorbilidades heterogéneas que comprendían TDAH, trastornos del ánimo, trastorno psicótico, trastorno bipolar, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y TLP.

4.2.1. Eficacia de la TDC en el TAS en comorbilidad con TLP

Respecto a la TDC en el TAS con comorbilidad de TLP se apreció una disminución importante en el consumo de sustancias (Axelrod et al., 2011; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Van den Bosch, 2005) y reducción de las ansias por consumir por sesión así como del número de veces de las ansias por consumir (Rizvi et al. (2011). La regulación emocional mejoró significativamente así como las puntuaciones en depresión (Axelrod et al., 2011; Rizvi et al., 2011). Otros aspectos que se apreciaron fueron la mejoría de la conducta parasuicida,

impulsiva y problemas de comportamiento (Van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002).

4.2.1.1. Comparación de la TDC con otros tratamientos en el TAS con TLP

Existen pocos estudios comparativos de la TDC con otros tratamientos. A continuación se detallan los hallados.

Linehan et al. (1999) comparó la TDC con la Terapia Usual (TU) encontrando que la TDC fue superior a la TU en reducir el abuso de sustancias, ambas mejoraron los episodios de suicidio, la rabia, la adaptación social y global, aunque la TDC obtuvo mejor resultado en la adaptación social y global a los 16 meses que la TU. La TDC también resultó ser superior que la TU en reducir el uso de alcohol y ambas terapias fueron efectivas reduciendo el comportamiento impulsivo y autolesiones (Van den Bosch et al., 2005).

La TDC resultó ser tan eficaz como la Terapia de Validación Comprensiva (CVT según sus siglas en inglés) + 12 pasos en la reducción del abuso de sustancias, aunque la CVT+ 12 pasos fue más eficaz que la TDC en la adherencia al tratamiento. Además, la CVT+ 12 pasos mantuvo a todos los participantes mientras que la TDC al 64% de ellos, pero la TDC obtuvo mejores resultados en el seguimiento a los 4 meses que la CVT+12 pasos (Linehan et al., 2002).

4.2.1.2. Adherencia al tratamiento y resultados en el seguimiento

Axelrod et al. (2011) encontró una adherencia al tratamiento del 55,6%, Linehan et al. (1999) del 60%, Linehan et al. (2002) del 64% y Rizvi et al. (2011) del 100%. Esto puede ser debido a las modificaciones que se realizan en la terapia para adaptarla a las distintas problemáticas y poblaciones.

En los seguimientos realizados Linehan et al. (1999) encontró que la TDC mantuvo una mejor adaptación social y global de los participantes a los 4 meses de la finalización del tratamiento que la TU y Linehan et al. (2002) mantuvo la reducción del uso de sustancias y de las patologías (comportamiento suicida, sintomatología psiquiátrica) en el seguimiento a los 4 meses. La TDC también mantuvo las reducciones de los niveles de comportamientos impulsivos, autolesivos o de comportamiento a los 6 meses de la finalización del tratamiento (Van den Bosch et al., 2005).

4.2.2. Eficacia de la TDC en el TAS en comorbilidad con otros trastornos

En el TAS en comorbilidad con trastornos alimentarios tan solo hallamos un estudio,

el cual encontró una reducción significativa en el uso de sustancias excepto del alcohol, reducción de la sintomatología depresiva y bulímica, mejoría cognitiva y del comportamiento que se mantuvieron en el seguimiento a los 3 y 6 meses (Courbasson et al., 2012).

El estudio de Beckstead et al. (2015) en que se aplicó la TDC a adolescentes con TAS en comorbilidad con trastornos de ánimo, TDAH, trastornos alimenticios y trastornos psicóticos se encontró una mejoría significativa de la sintomatología en un 88,2% de la muestra según el Youth Outcome Questionnaire Self Report (YOQ-SR). Flynn et al. (2019) encontró una reducción del consumo de sustancias, de la disregulación emocional, del afrontamiento desadaptativo y mejoría en el uso de las habilidades de la TDC en el TAS en comorbilidad con TLP, trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, depresión, trastorno bipolar, ansiedad y trastorno del ánimo.

En el caso de la TDC en el TAS en comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad se consiguieron mejorías significativas en la sintomatología depresiva y ansiógena, mejoría en la atención plena y en sentimientos de esperanza (Ritschel et al., 2012).

Dos estudios de TAS en comorbilidad con TLP también cumplían criterios de otras patologías. En el primero el TAS se encontró junto a patologías como depresión mayor, trastorno de estrés post-traumático o trastorno de personalidad antisocial (Linehan et al. (1999). Los resultados del mismo arrojaron reducciones en el consumo de sustancias y mejoría significativa en adaptación social y global. El segundo estudio en el que también se encontró el TAS en comorbilidad con TLP y otros trastornos (depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad, trastorno alimenticio, trastorno antisocial) fue el de Linehan et al. (2002). Los resultados mostraron reducción en el uso de sustancias y de la sintomatología de las patologías.

4.2.2.1. Comparación de la TDC con otros tratamientos en el TAS con comorbilidad

Courbasson et al. (2012) encontró que la TDC fue superior a la MI + TCC en la retención de los participantes con TAS en comorbilidad con trastornos alimentarios por lo que no se pudo comparar por la pérdida del 80% de los participantes del grupo MI+TCC.

Al comparar la TDC en el TAS con comorbilidad (depresión mayor, TEPT, TPA, TLP) con la TU, se encontraron mejores resultados en la reducción de sustancias, mejor adaptación social y global a los 16 meses con la TDC, pero no se encontraron diferencias en episodios de suicidios, adaptación social y global y rabia a los 12 meses (Linehan et al., 1999). Sin embargo en el estudio de Van den Bosch et al. (2005), la TDC fue superior a la TU en reducción de la conducta impulsiva y parasuicida así como en el uso de alcohol, pero no hubo diferencias en el abuso de sustancias. La TDC en comparación con la CVT + los 12 pasos en

el TAS en comorbilidad con TLP fue superior en la reducción del consumo de opiáceos y mantuvo los resultados durante los últimos 4 meses del tratamiento. Ambas terapias consiguieron buena adherencia al tratamiento aunque la CVT fue superior (Linehan et al., 2002).

4.2.2.2. Adherencia al tratamiento y resultados del seguimiento

En el TAS en comorbilidad con TLP la tasa de abandonos fue de 36% en el grupo de TDC mientras que la del grupo de TU fue del 73% (Linehan et al., 1999) y en el estudio de Linehan (2002) la tasa de abandonos en la TDC fue del 36% mientras que en la CVT+ 12 pasos no hubo abandonos, aunque la muestra en ambos grupos era pequeña. Respecto al TAS en comorbilidad con trastornos alimenticios, la tasa de abandonos en la TDC fue del 20% mientras que en la TCC+ MI fue del 80% en el post-tratamiento (Courbasson et al., 2012).

En el TAS en comorbilidad con TLP se observó que la TDC mantenía los efectos de reducción de conductas problemáticas en el TLP y en el uso de alcohol a los 6 meses y a los 18 meses (Van den Bosch et al., 2005) y en reducción de consumo de opiáceos a los 4 meses (Linehan et al., 2002), mientras que Linehan et al. (1999) mantuvo la adaptación social y global a los 4 meses en TAS por sustancias varias. En TAS en comorbilidad con trastornos alimenticios se observó una reducción del uso de sustancias pero no del alcohol, mejoría de síntomas depresivos, de síntomas bulímicos y mejoría cognitiva y conductual a los 3 y 6 meses (Courbasson et al., 2012).

5. Discusión

5.1. Eficacia de la TDC en el TAS con y sin comorbilidad

Se han analizado 16 artículos con el propósito de comprobar la eficacia y efectividad de la TDC como tratamiento para el TAS con y sin comorbilidad así como su capacidad de adherencia al tratamiento y efectos en el seguimiento. La TDC parece ser efectiva para tratar el TAS sin comorbilidad y el TAS en comorbilidad con patologías muy variadas, mostrando reducciones significativas en el consumo de sustancias, mejorías en la regulación emocional y reducción de los síntomas patológicos.

La TDC también ha mostrado en general una eficacia superior a los tratamientos con los que se la ha comparado (Terapia Cognitiva, naltrexona, HP, TCC) en el TAS sin comorbilidad y (TU, MI+TCC y CVT+ 12 pasos) en el TAS con comorbilidad. Respecto a la adherencia al tratamiento la TDC ha demostrado mantener la media de las tasas de adherencia altas en todos los estudios que la analizaron en el TAS sin comorbilidad y una adherencia medio-alta en el TAS con comorbilidad. La TDC también consiguió mantener las mejorías en

los seguimientos a los 4 y 6 meses de finalizar los tratamientos tanto en el TAS sin comorbilidad (Nyamathi et al., 2017) como con comorbilidad (Courbasson et al., 2012; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Van den Bosch et al., 2005).

Estos resultados indican que la TDC es un tratamiento eficaz y adecuado para el TAS con y sin comorbilidad. Los estudios señalan mejorías en la reducción del consumo de sustancias, en la regulación emocional y en la sintomatología patológica en ambos casos.

Se observó una relación directa entre la mejoría de la regulación emocional y la disminución del abuso de sustancias (Cavicchioli et al., 2020) lo que concuerda con el planteamiento de Cheetham et al (2010) de que en el TAS suele haber disregulación emocional y que esta juega un papel fundamental en el mantenimiento del abuso de sustancias. El uso de las habilidades de la TDC parecen producir un efecto positivo en las capacidades cognitivas tal como afirma Linehan (1993) y que este efecto se manifiesta en el sesgo atencional y el control ejecutivo, ambas relacionadas con las ansias de consumir (Rabinovitz & Nagar, 2018). Esto explicaría la mejora de la sintomatología del abuso de sustancias y de la disregulación emocional. En esta línea las habilidades de la TDC deben influir positivamente en las características de personalidad (rebeldía, búsqueda de autonomía, baja tolerancia a la frustración, bajo sentido de responsabilidad, baja autoestima, escasa autoconciencia, bajo autocontrol) que se suelen presentar en el TAS (Moreno, 2004). Sería interesante averiguar qué relación existe entre estas características de personalidad y las habilidades de la TDC y entre las características de personalidad y la disregulación emocional.

El hecho de que se encuentren mejorías no solo en la sintomatología del TAS sino también en la de los trastornos comórbidos en todos los estudios puede ser porque estos trastornos también presentan disregulación emocional o falta de alguna de las habilidades de la TDC: habilidades de afrontamiento, habilidades de interacción interpersonal o capacidad de tomar conciencia (Linehan, 1993). Tan solo dos estudios evaluaron las habilidades de la TDC (Cavicchioli et al, 2020; Flynn et al., 2019). Realizar investigaciones futuras en las que se evalúe si además de la falta de habilidades de regulación emocional existen deficiencias de alguna de las otras habilidades mencionadas y en qué patologías se dan esas faltas podría ser de interés para saber las necesidades específicas no solo de cada patología sino de cada persona en particular.

También se ha observado eficacia en distintos tipos de poblaciones como mujeres, hombres y adolescentes aunque sólo se encontraron 2 estudios sobre la TDC en adolescentes con TAS. Tan solo se ha analizado un estudio de mujeres delincuentes sin hogar por lo que

sería necesario realizar más investigaciones en poblaciones penitenciarias con TAS con y sin comorbilidad, ya que la TDC es efectiva para los problemas severos (Linehan, 1999; Dimeff & Koerner, 2007).

Otra aportación relevante de esta revisión ha sido la introducción de nuevas tecnologías para la aplicación de la TDC al TAS. Por un lado, mediante el uso de una aplicación móvil que indicaba los pasos a seguir para adquirir una habilidad de la TDC para mejorar la regulación emocional. Este método resultó ser beneficioso para los participantes ayudándoles a utilizar e integrar esta habilidad en sus vidas diarias y a fomentar su autoeficacia (Rizvi et al., 2011); y por otro lado, la adaptación de la TDC al formato online (Wilks et al., 2018). Esta investigación también obtuvo eficacia reduciendo el consumo de sustancias y mejorando la disregulación emocional, aunque hubo muchos abandonos mayormente por motivos técnicos. Mejorando estos obstáculos podría emplearse para personas que no tengan movilidad o como seguimiento para clientes que habiendo finalizado su tratamiento necesiten más apoyo.

5.2. Limitaciones y futuras investigaciones

Esta revisión presenta varias limitaciones que hacen que los resultados obtenidos deban ser considerados con precaución. La mayoría de los estudios revisados no utilizaron grupo control lo que resta valor a que los efectos sean claramente causados por la TDC por lo que sería conveniente realizar futuras investigaciones empleando grupos control.

Otra limitación importante es que existen pocos estudios sobre la TDC en el TAS sin comorbilidad y en comorbilidad con patologías distintas al TLP. Además la mayoría de los estudios de la TDC en el TAS en comorbilidad que existen se realizaron con participantes con patologías variadas en los cuales no se especifican qué patologías presentaban los participantes que mejoraron. Sería conveniente realizar más investigaciones sobre la eficacia de la TDC en el TAS sin comorbilidad. También es necesario e importante realizar futuras investigaciones de la TDC en el TAS en comorbilidad con muestras divididas por patologías o si los grupos son mixtos, la investigación debería especificar en los resultados las patologías de los participantes para poder discernir si la TDC es más efectiva para unas patologías que para otras.

De los 16 estudios analizados tan solo un estudio de la TDC en el TAS sin comorbilidad realizó seguimiento y del TAS con comorbilidad 4 de ellos lo hicieron, la mayoría a los 6 meses y otros a los 4 meses. Según Drummond, (1999) el primer año después del tratamiento es el periodo en que suele haber más recaídas. Por lo que sería de gran interés realizar futuras investigaciones con seguimientos a los 12 meses y llevarlos a la práctica

clínica para averiguar si los cambios se mantienen en el tiempo, especialmente la reducción de recaídas. Así se podría proporcionar refuerzo en los casos que fuera necesario ya que se trata de problemáticas complejas que se verían mejoradas con un apoyo más a largo plazo.

Otro aspecto interesante de mencionar es la necesidad de investigar con la TDC en distintas poblaciones como pueden ser adolescentes, población penitenciaria, trastornos mentales más graves como la esquizofrenia o la psicosis, ya que las investigaciones son muy escasas y son poblaciones muy susceptibles a padecer TAS.

Existen muy pocas investigaciones que comparen la TDC con otras terapias, por lo que sería imprescindible realizar investigaciones que comparen la TDC con otras terapias validadas empíricamente como pueden ser la Terapia de Aceptación y Compromiso, la TCC entre otras.

6. Conclusiones

Después del análisis de las distintas investigaciones podemos afirmar que la TDC es eficaz para el tratamiento del TAS tanto sin como con comorbilidad con otras patologías y parece serlo en diversas poblaciones (adolescentes y mujeres delincuentes). Y que estos resultados se deben a los efectos que las habilidades de la TDC producen sobre la disregulación emocional.

Respecto a la efectividad de la TDC para el TAS con y sin comorbilidad existen pocos estudios comparativos entre la TDC y otras terapias validadas empíricamente pero los resultados de las pocas que existen son prometedores. La efectividad comparativa en la comorbilidad del TAS con TLP ha quedado demostrada aunque encontramos comparaciones tan solo con tres terapias. Por lo que es necesario realizar más investigaciones del TAS tanto sin comorbilidad como con comorbilidades comparando la TDC con estas terapias y con otras que están mostrando eficacia como pueden ser la TCC o la Terapia de aceptación y compromiso.

Respecto a los efectos de la TDC a largo plazo, los resultados son positivos a los 6 meses, pero sería muy necesario realizar estudios en los que el seguimiento se haga al menos hasta los 12 meses, ya que se trata de problemáticas severas con un alto número de recaídas.

En este aspecto cabe destacar la aportación novedosa de la aplicación móvil de la TDC que puede ser una forma de conseguir unos resultados más a largo plazo.

Sobre la eficiencia de la TDC en el TAS sin y con comorbilidad, aunque no se analizó en estos estudios, los resultados apuntan a que puede serlo, especialmente en los casos más

severos o en los que claramente existe una disregulación emocional (Ritschel et al., 2013).

Hace falta más investigación en este área, así como analizar los cambios producidos a largo plazo para adaptar la asistencia psicológica de esta problemática. Debido a esto la TDC puede ser una alternativa muy viable debido a su flexibilidad y adaptación a la diversidad y gravedad de la sintomatología. En este contexto se puede proponer la adaptación de la TDC en sesiones grupales para que sea accesible a las poblaciones más desfavorecidas, garantizar una mayor adherencia al tratamiento y añadir el beneficio del apoyo social.

7. Referencias

- American Psychiatric Association. (1998). Gold Award: Integrating dialectical behavior therapy into a community mental health program. *Psychiatric Services*, 49(10), 1338–1340.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K. & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>
- Azizi, A., Borjali, A. & Golzari, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(2), 60-65. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430496/#__ffn_sectitle
- Beatty, L. A. & Willis, T. D. (2014). Substance abuse treatments. In F. Leong, L. Comas-Díaz, G. Nagayama, V. McLoyd & J. Trimble (eds.), *APA handbook of multicultural psychology, vol. 2: applications and training* (vol. 2, pp. 455-477). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14187-026>

- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P. & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska native adolescents diagnosed with substance use disorders: combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive Behaviors*, *51*, 84–87. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.018>
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., Movalli, M. & Maffei, C. (2020). Dialectical behavior therapy skills training for the treatment of addictive behaviors among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *46*(3), 368-384. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1712411>
- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M. & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical psychology review*, *30*(6), 621-634. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.005>
- Ciraulo, D. A., Piechniczek-Buczek, J. & Iscan, E. N. (2003). Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *26*(2), 381– 409. [https://doi.org/10.1016/s0193-953X\(02\)00106-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953X(02)00106-5)
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behavior therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*(5), 434–449. <https://doi.org/10.1002/cpp.748>
- Dimeff, L. A. & Koerner, K. (eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. Guilford Press

- Drummond, D. (1999). Treatment research in the wake of project Match. *Addiction*, *94*(1), 39–42. <http://search.proquest.com/docview/199667674/>
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *165*(2), 179–187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T., Feehan, M., Birchler, G., Tiller, S. & McFarlin, S. (2000). Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*(3), 249–254. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00059-8](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00059-8)
- Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., Flynn, M., Wyse, D., Corkery, B. & Mooney, B. (2019). Does an adapted Dialectical Behavior Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction Science & Clinical Practice*, *14*(1), 28–10. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>
- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Hong, K. I. & Sinha, R. (2007). Stress-induced and alcohol cue-induced craving in recently abstinent alcohol-dependent individuals. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, *31*(3), 395–403. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00320.x>
- Gamble, S. A., Conner, K. R., Talbot, N. L., Yu, Q., Tu, X. M. & Connors, G. J. (2010). Effects of pretreatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol

consumption following treatment in project Match *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 71–77. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.71>

Gregory, R. J., DeLucia-Deranja, E. & Mogle, J. A. (2010). Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 292–298. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d6172d>

Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M. & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous Mental Disorders*, 196(2), 136-143. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f>.

Harned, M. S., Korslund, K. E. & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behavior Research and Therapy* 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>

Hendrickson, E. L., Schmal, M. S. & Ekleberry, S. C. (2004). *Treating co-occurring disorders : a handbook for mental health and substance abuse professionals* (1^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315821313>

Kelly, T. M., Daley, D. C. & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37(1), 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.010>

- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936–951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Linehan, M. M. & Heard, H. L. (1999). Borderline personality disorder: costs, course, and treatment outcomes. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy: a guide for practitioners, researchers, and policymakers* (p. 291–305). Oxford University Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi:10.1080/105504999305686>
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior 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(1), 13–26.
[https://doi:10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi:10.1016/S0376-8716(02)00011-X)

Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L. & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 131–143. <https://doi.org/10.1002/gps.1703>

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>.

Mignon, S. (2015). *Substance abuse treatment: options, challenges, and effectiveness*. Springer Publishing Company.

Moreno Jiménez, P. (2004). Drogodependencias. En M. Ortiz-Tallo Alarcón, *Trastornos psicológicos*. (pp. 243-264). Aljibe.

Nyamathi, A. M., Shin, S. S., Smeltzer, J., Salem, B. E., Yadav, K., Ekstrand, M. L., Turner, S. F. & Faucette, M. (2017). Achieving drug and alcohol abstinence among recently incarcerated homeless women: a randomized controlled trial comparing dialectical behavioral therapy-case management with a health promotion program. *Nursing Research*, 66(6), 432–441. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000249>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, (2019). Informe 2019 alcohol, Tabaco y

drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial sobre las drogas 2016*.
<https://www.unodc.org/doc/wdr2016>.

Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. & Panos, A. (2013). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>

Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.

Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03912.x>.

Rabinovitz, S. & Nagar, M. (2018). The effects of craving on implicit cognitive mechanisms involved in risk behavior: can dialectical behavior therapy in therapeutic communities make a difference? a pilot study. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 39(2), 83–92. <https://doi.org/10.1108/TC-12-2017-0034>

Reichenberg, L. & Riedy, D. (2014). *DSM-5 essentials : the savvy clinician's guide to the changes in criteria* . Wiley.

- Ritschel, L. A., Cheavens, J. S. & Nelson, J. (2012). Dialectical behavior therapy in an intensive outpatient program with a mixed-diagnostic sample. *Journal of Clinical Psychology, 68*(3), 221-235. <https://doi.org/10.1002/jclp.20863>
- Ritschel, L. A., Lim, N. E. & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy, 69*(2), 111–128. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>
- Ritschel, L. A., Miller, A. L. & Taylor, V. (2013). Dialectical behavior therapy for emotion dysregulation. En J. Ehrenreich-May & B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic Mechanisms and Treatment for Youth Psychopathology*, pp. 203-232. Guilford Press.
- Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D. & Linehan, M. M. (2011). A pilot study of the DBT coach: An interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy, 42*(4), 589–600. <http://doi:10.1016/j.beth.2011.01.003>
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M. & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(2), 73-80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Sahranavard, S. & Miri, M. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 31*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0094-z>
- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2011). Substance use disorders and borderline personality:

common bedfellows. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(9), 10.

Safer, D. L., Telch, C. F. & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Sinha, R. (2012). How does stress lead to risk of alcohol relapse?. *Alcohol research: current reviews*, 34(4), 432

Sinha, R., Fox, H. C., Hong, K. A., Bergquist, K., Bhagwagar, Z. & Siedlarz, K. M. (2009). Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology*, 34(5), 1198–1208. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.78>

Tanner-Smith, E.E., Wilson, S.J. & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, 44(2), 145-58. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.05.006>

Telch, C. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>

Trull, T., Freeman, L., Vebares, T., Choate, A., Helle, A., Wycoff, A. & Trull, T. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 15–15.
<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>

National Institute on Drug Abuse. (2010). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses*.

Research Report Series (NIH Publication No. 10-5771).

<http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses/letter-director>

Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R. & Van den Brink, W. (2005).

Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder.

Behavior Research and Therapy, 43(9), 1231–1241.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008>

Wells, E., Peterson, P., Gainey, R., Hawkins, J. & Catalano, R. (1994). Outpatient Treatment

for Cocaine Abuse: A Controlled Comparison of Relapse Prevention and Twelve-Step

Approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(1), 1–17.

<https://doi.org/10.3109/00952999409084053>

Wilks, C., Lungu, A., Ang, S., Matsumiya, B., Yin, Q., Linehan, M. & Wilks, C. (2018). A

randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills

training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 232,

219–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.053>

World Drug Report, (2018). *Executive summary*. <https://www.unodc.org/wdr2018>

Apéndice 1

Tabla 1. Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en el abuso de sustancias (TAS) sin comorbilidad

| Autor y año | N, edad y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|---|---|--|--|---|---------------------------|---|---|
| Azizi et al. (2010) Impact factor: SJR 0.134 | N=39 hombres Edad: entre 20 y 45 años Teherán, Irán | Inclusión: dependencia al opio según DSM-IV Exclusión: comorbilidad con esquizofrenia, psicosis inducida por drogas, síndrome del cerebro orgánico, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, retraso mental o depresión mayor, no estuvieran en terapia | <u>Recaídas:</u> Duración estancia en tratamiento <u>Uso de drogas:</u> The opiate treatment index <u>Ansiedad, síntomas somáticos, disfunción social y depresión:</u> GHQ-28 <u>Tolerancia del estrés:</u> DTS <u>Regulación emocional:</u> DERS | Comparación de TDC, TC (terapia cognitiva) y grupo control. Todos los grupos recibieron naltrexona. | Diseño cuasi-experimental | El grupo de TDC fue más efectivo que el grupo de TC y que el grupo de naltrexona en prevención de recaídas. La TDC y la TC fueron superiores a la naltrexona en el aumento de la tolerancia al estrés, mejora de la regulación emocional y reducción del abuso de sustancias, mejora de la salud, funcionamiento social, síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y mejora de la depresión. La TDC fue más eficaz que la TC aumentando la tolerancia al estrés y mejorando la regulación emocional. | <u>Tasas de recaídas :</u> grupo TDC:3(23%), grupo TC: (31%) y grupo Naltrexona: 8(67%) <u>Tolerancia a la angustia:</u> (F=7.01, P<0.01) <u>Regulación emocional:</u> (F=7.45, p<0.01) <u>Consumo de sustancias:</u> (F=4.33, P<0.05) <u>Funcionamiento social:</u> (F=4.43, P<0.01) <u>Salud:</u> (F=5.77, P<0.01) <u>Síntomas somáticos:</u> (F=5.67, P<0.01) <u>Ansiedad:</u> (F=8.24, P<0.01) <u>Disfunción social:</u> (4.83, P<0.05) <u>Depresión:</u> (F=4.02, P<0.05) entre los 3 grupos. |

| Autor y año | N, edad y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|--|--|---|---|--|---|--|
| Caviccholi et al. (2019) Impact factor: 3,645 | N=108 (mujeres y hombres) Edad: de 24 a 75 años (edad media 48,43) Milán, Italia | Inclusión: Trastorno por abuso de alcohol según DSM-V con y sin comorbilidad con otras sustancias (cannabis, cocaína, ansiolíticos) o con otros trastornos como trastornos del ánimo, de ansiedad, trastornos de personalidad, etc. Exclusión: trastornos psicóticos, severos impedimentos cognitivos | <u>Días de abstinencia:</u> Análisis de glucuronido de etilo muestras de orina <u>Severidad del Trastorno por abuso de alcohol y en comorbilidad con el uso de otras drogas:</u> SPQ; alcohol, prescription, illicit drugs subscales. <u>Regulación emocional:</u> DERS <u>Habilidades de afrontamiento:</u> DBT-WCCL | TDC durante 3 meses. No grupo control | Ensayo clínico en un único grupo con medidas pre y post-tratamiento. | Mejoras significativas de moderadas a grandes en días de abstinencia, en la severidad del trastorno por abuso de alcohol, en comorbilidad con TAS y en la dificultad de manejar las emociones. Mejora significativa en el uso de las habilidades de la TDC. Los cambios en DERS predecían una disminución en las puntuaciones en SPQ. 103 participantes (95,3%) terminaron el tratamiento, 86 mantuvieron la abstinencia durante el tto. (79,6%) | <u>Días de abstinencia:</u> M= 95,62 (SD= 39,38) <u>Diferencias pre-post:</u> CDA ($t_{(107)} = 21.90; p < .001$), SPQ: subescalas alcohol ($t_{(107)} = 5.94; p < .001$) SPQ sustancias prescritas ($t_{(107)} = 4.92; p < .001$) SPQ sustancias ilícitas ($t_{(107)} = 4.00; p < .001$) <u>Regulación emocional:</u> DERS: ($t_{(107)} = 8.63; p < .001$). <u>Habilidades de afrontamiento:</u> DBT-WCCL: ($t_{(107)} = 4.48; p < .001$) |
| Maffei et al. (2018) Impact factor: 1132 | N=244 (61,1% varones y 38,9% mujeres) Edad promedio 47,14(9,14) Milán, Italia | Inclusión: criterios del DSM-IV para dependencia al alcohol Exclusión: trastorno psicótico y discapacidad cognitiva severa, trastornos del eje I en fase activa | <u>Nivel de alcoholismo</u> CDT=155 <u>Duración de la abstinencia</u> Análisis de orina diarios (CDA=6,02) <u>Regulación de las emociones</u> DERS=106,84 | TDC grupal durante 3 meses, comparación de variables entre los que terminaron y no terminaron tratamiento y los pacientes internos (N=193) y externos (N=51). No grupo control. | Diseño cuasi-experimental. Comparación de 4 grupos dependientes. | El 64,3% del total de los pacientes terminaron el tratamiento(hospitalizados N=125 y ambulatorios N=32), de ellos el 73,2% lograron la abstinencia. El 12,7% no terminaron la fase intensiva y el 22,9% lo dejaron en la fase postintensiva. Los que completaron el tratamiento mejoraron en CDT, en CDA y en regulación emocional. | <u>Nivel de alcoholismo:</u> CDT=0,73 <u>Duración de la abstinencia:</u> CDA=92,75 <u>Regulación de las emociones:</u> DERS=79,60 |

| Autor y año | N, edad y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|---|--|--|---|---|---|---|
| Nyamathi et al. (2017) Impact factor: 1.881 | N=130 mujeres delincuentes sin hogar Edad: Entre 18 y 65 años California USA | Inclusión: haber usado drogas antes del último encarcelamiento, ser una persona sin hogar residentes de una de cuatro comunidades. | <u>Abstinencia:</u> análisis de orina <u>Sintomatología en salud mental:</u> MHI CES-D | Comparación de dos grupos (TDC +CM (case management) y HP (health promotion program) en tratamiento por 3 meses | Ensayo controlado aleatoriamente, medidas pre y seguimiento a los 6 meses | La retención en los tratamientos a los 6 meses fueron muy altos en ambos grupos aunque superiores en el TDC que en HP. Mayor abstinencia a los 6 meses en el grupo TDC que en el HP Las variables asociadas a la abstinencia a los 6 meses fueron el programa de TDC, la sintomatología en salud mental de base, el uso de drogas de base, la dificultad para controlar los impulsos, la puntuación en depresión, ansiedad y la raza. Menores posibilidades de abstinencia en personas de color , latinos y otras razas versus blancos. Altas puntuaciones en CES-D estaban asociadas con menores posibilidades de abstinencia No ser blanco y tener síntomas de depresión más altos fueron asociados con menores posibilidades de abstinencia a los 6 meses | <u>Retención en tratamiento a los 6 meses:</u> Grupo TDC 90,01%, grupo HP 87,7% <u>Abstinencia a los 6 meses:</u> 65.5% (38/58) participantes del TDC-CM y 48.3% (28/58) del grupo HP según análisis de orina. Variables asociadas a la abstinencia de drogas a los 6 meses ($p < .05$). TDC-CM: ($aOR = 3.15$, 95% CI [1.30, 7.69], $p = .01$). Raza: De color: ($aOR = 0.05$, 95% CI [0.01, 0.50], $p = .01$), Latino ($aOR = 0.08$, 95% CI [0.01, 0.74], $p = .03$) y otras razas: ($aOR = 0.05$, 95% CI = [0.00, 0.64], $p = .02$) versus blancos. <u>Síntomas depresivos:</u> CES-D: ($aOR = 0.91$ para 1 unidad de aumento en puntuaciones CES-D, 95% CI [0.84, 0.98], $p = .01$). |

| Autor y año | N, edad y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| Rabinovitz & Nagar (2018) Impact factor: 0.40 | N=30 mujeres Edad: entre 14 y 18 años Israel | Inclusión: adolescentes con adicción al alcohol y cannabis, libre de condición psiquiátrica con necesidad de cuidados agudos en centro residencial de adicciones de larga estancia Exclusión: psicosis, ideación suicida, medicación permanente, suplementos alimenticios en los últimos 3 meses, embarazo | <u>Sesgo atencional en el ansia por consumir</u> : tarea visual (VPT) <u>Control ejecutivo</u> : tarea de señal de stop (SST) | Comparación de tres grupos con medidas pre, a los 4 meses y post (12 meses) de grupo TDC+ TC (Terapia comunitaria). | Estudio piloto comparativo transversal. Análisis ANOVA y MANOVA de las medidas | Mejor respuesta de inhibición en el grupo TDC de 12 meses en comparación con el grupo pre-tratamiento Diferencias significativas en el sesgo atencional después de la incitación al ansia por consumir en el grupo a los 4 meses y en el grupo de los 12 meses en comparación con el grupo control Gran tamaño del efecto | <u>Respuesta de inhibición entre grupo pre y grupo TDC 12 meses</u> : F(3,33) ¹ / ₄ 2.89, parcial η^2 / ₄ 0.21, p ¹ / ₄ 0.05. Tukey HSD post hoc grupo 12 meses (M ¹ / ₄ 170.1, SE ¹ / ₄ 31.7), grupo pre-tratamiento (M ¹ / ₄ 284.2, SE ¹ / ₄ 24.6). <u>Sesgo atencional durante ansia por consumir</u> : F(3,31) ¹ / ₄ 4.378, parcial η^2 / ₄ 0.30, p ¹ / ₄ 0.01. Tukey HSD post hoc, grupo a los 4 meses de DBT+TC (M ¹ / ₄ 453.5, SE ¹ / ₄ 14.0), comparado al grupo de los 12 meses DBT+TC (M ¹ / ₄ -16.9, SE ¹ / ₄ 16.7) y al grupo control (M ¹ / ₄ -5.1, SE ¹ / ₄ 14.7). <u>Tamaño del efecto</u> : de la SST, f ¹ / ₄ 0.64 y f ¹ / ₄ 55 para el sesgo atencional. |

| Autor y año | N, edad y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|--|---|--|--|---|---|--|
| Sahranavard & Miri, (2018) Impact factor: 1.180 | N=30 mujeres Edad: Entre 25 y 40 años (34,1 de media) Irán | Inclusión: diagnóstico de abuso de sustancias (56,9% opio, 27,4% tabaco, 15,7% cannabis), 1 mes de desintoxicación, puntuación superior a 18 en BDI Exclusión: trastorno bipolar, sufrir de alguna enfermedad física especial, ser analfabeto | <u>Nivel de depresión en abuso de sustancias:</u> BDI SDS MDI HDRS | Comparación de 3 grupos experimentales: TDC, TCC (terapia cognitiva conductual) y grupo control | Diseño cuasi-experimental pretest-posttest de 3 grupos independientes | Reducción de las puntuaciones en depresión tanto en el grupo de TDC como en el de TCC. Mayor tamaño de efecto encontrado en TDC que en TCC pero sin diferencias significativas. | <u>Depresión:</u> grupo DBT: 17.5 ± 3.0 vs 29.3 ± 4.1 ($F[1,17] = 51.91, p \text{ value} < 0.01$) Grupo TCC: 14.7 ± 1.8 vs 29.3 ± 4.1 ($F[1,17] = 106.62, p \text{ value} < 0.01$) Tamaño del efecto: TCC ($\eta_p^2, 0.75$) y TDC ($\eta_p^2, 0.86$) |
| Wilks et al. (2018) Impact factor: 4.084 | N= 59 69,5% mujeres Edad: media de 38 años USA | Inclusión: presencia de ideas suicidas en el último mes, 2 o más episodios de consumo excesivo de alcohol en el último mes, presencia de desregulación emocional, vivir en EE.UU Exclusión: psicosis o bipolar, no interesados, actualmente recibiendo tratamiento, <2 veces de consumo excesivo de alcohol en el último mes, sin acceso a internet o dispositivo, no suicida, <18 | <u>Consumo de alcohol:</u> frecuencia de abuso (4 copas para la mujer, 5 copas para el hombre en 2 horas en los últimos 30 días) TLFB <u>Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol:</u> AUDIT <u>Desregulación emocional:</u> DERS-16 <u>Ideación suicida:</u> SBQ-R SSI <u>Compromiso con el tratamiento:</u> tiempo de asistencia en cada sesión <u>Adherencia al tratamiento:</u> terminación de tareas <u>Eficacia percibida:</u> escala Likert | Comparación de 2 grupos independientes: TDC online (qualitrics.com) n=30 y lista de espera n=29, 5 medidas, 1 pre-tratamiento y 4 mensuales durante 4 meses. | Ensayo de control aleatorio, análisis longitudinal, U de Mann-Whitney para evaluar diferencias de varias medidas entre los dos grupos | Tasa de abandonos significativa, los que siguieron el tratamiento lo encontraron útil. Significativa reducción en ideación suicida, en la severidad del uso del alcohol y en la desregulación emocional a lo largo de las 16 semanas de tratamiento Mayor reducción de recuperados de exceso de consumos y de ideación suicida en el grupo de TDC online que en el de lista de espera. No diferencias en la severidad del consumo de alcohol, de ideas suicidas y de desregulación emocional entre condiciones | <u>Adherencia:</u> 45% abandonos por problemas técnicos, 30,51% completaron la sesión 8, 61% completaron las tareas <u>Consumo de alcohol:</u> TLFB: TDC 61,84, grupo control 82,60 AUDIT:TDC13,62, grupo control 16,46 <u>Desregulación emocional:</u> TDC 109,18; grupo control 114,35 <u>Ideación suicida:</u> SSI: TDC M=5,45, grupo control M=9,59 <u>Eficacia percibida:</u> 94% de ellos la encontraron útil. |

Tabla 2. Eficacia de la TDC en el TAS con comorbilidad

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|-------------------------|--|--|---|---|---|---|---|
| Axelrod et al. (2011) | N=27 mujeres Edad promedio =38 años USA | Inclusión: mujeres que cumplieran los criterios del DSM-IV para TLP y Dependencia a sustancias Exclusión: enfermedades más graves como psicóticas, esquizofrenia, esquizoafectiva, trastorno bipolar o activamente suicidas | <u>Regulación emocional</u> DERS <u>Depresión:</u> BDI <u>Consumo de sustancias:</u> Frecuencia del uso de sustancias (30 días antes del tratamiento y en los últimos 30 días de tratamiento), análisis de orina y test semanales de aliento para detección del consumo de alcohol | TDC para pacientes con TLP (trastorno límite de personalidad) y dependencia a sustancias con evaluación pre, durante y post tratamiento | Ensayo de un solo grupo con medidas pre y post-tratamiento Comparación entre la mejora de la regulación emocional y el uso de sustancias y entre el uso de sustancias y la depresión | 24 participantes (55,6%) finalizaron el tratamiento La puntuaciones del BDI disminuyeron significativamente especialmente entre el post y mitad del tratamiento. Las puntuaciones del DERS también disminuyeron significativamente tanto entre el post y mitad del tratamiento como entre la mitad del tratamiento y el post. Disminución del uso de sustancias del pre al post tratamiento Significativa interacción entre la frecuencia del uso de sustancias y la regulación emocional No interacción significativa entre la frecuencia del uso de sustancias y la depresión. | <u>Regulación emocional:</u> DERS: T1:118, T2:108, T3:94,8 39,1% consumieron sustancias 30 días antes del tratamiento <u>Depresión:</u> BDI: T1: 25,7, T2: 15,29, T3: 14,50 <u>Consumo de sustancias:</u> 8,6% consumieron sustancias en los 30 últimos días de tratamiento |
| Beckstead et al. (2015) | N=229 adolescentes Edad: entre 12 y 18 años | Inclusión: indios americanos y nativos de Alaska con consumo de sustancias (cannabis, alcohol y otras sustancias) | <u>Angustia:</u> YOQ-SR | TDC para adolescentes con TAS en comorbilidad con trastornos del ánimo, TDAH, trastornos alimenticios, trastorno psicótico en un centro | Estudio piloto para comparar medidas pre y post test de un grupo al que se le aplica TDC+prácticas espirituales y culturales Análisis de datos con T test y d de Cohen. | Gran tamaño del efecto del tratamiento. De los 229 adolescentes que recibieron TDC 109 empezaron el tratamiento con una puntuación en YOQ-SR por debajo del corte (47) y terminaron el tratamiento. De ellos, 90 alcanzaron el criterio de gran cambio significativo (recuperado), 2 el criterio de cambio confiable o “mejorado” y 10 el criterio de no cambio. | Prueba T-test puntuación t 14.075, P Value < 0.0001 Tamaño del efecto del tratamiento: Cohen's d 1.315, gran efecto <u>Angustia:</u> <u>YOQ-SR:</u> 102 participantes puntuaron por debajo del corte, de los cuales 90, (88,2%) obtuvieron cambio significativo, 2 (2%) cambio confiable, 10 (9,8%) sin cambio. |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--------------------------|-------------------------------|---|--|--|---|---|---|
| Courbasson et al. (2012) | N=25 mujeres, finalmente 21 | Inclusión: sujetos diagnosticados de abuso de sustancias (cocaína, alcohol) y trastorno alimenticio (trastorno por atracón, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa) más de 18 años, no recibir tratamiento simultáneo de TAS o TA o pérdida de peso, no cambio de medicación durante el tratamiento Exclusión: dependientes a la nicotina, estar recibiendo otra psicoterapia, síndrome del cerebro orgánico, retraso mental, psicosis, suicidabilidad crónica | <u>Trastorno alimenticio:</u> EDE EDI EES <u>Trastorno por abuso de sustancias:</u> ASI DTCQ-8 <u>Depresión:</u> BDI NMRS | Comparación de dos grupos: TDC y EM+TCC (Entrevista motivacional + Terapia cognitiva conductual) | Ensayo controlado aleatorio Medidas pre, a los 3, 6, 9 meses y post, seguimiento a los 3 y a los 6 meses | Adherencia al tratamiento: mayor en el grupo TDC que en el EM+TCC en seguimiento a los 3, 9 meses y en el post 80%, 20% respectivamente. A los 6 meses el TDC mantuvo su retención moderada, el grupo EM+TCC perdió los participantes por lo que no se pudo comparar con el grupo TDC. Grupo TDC: Atracones: reducción significativa a lo largo de todas las medidas. Bulimia: reducción significativa a lo largo de las medidas. Reducción en subescalas inefectividad y conciencia interoceptiva en seguimiento a los 3 y 6 meses EDE: subescalas restricción, preocupación por el peso y puntuación general significativamente más bajas que en el pre Uso de sustancias: Reducción general (no en alcohol), en DTCQ-8 puntuaciones más bajas en seguimiento a los 3 y 6 meses Depresión: mejoría global, reducción en subescalas cognitiva y afectiva. Puntuaciones globales y ambas subescalas más bajas en seguimiento a los 6 meses Estado de ánimo: Mejoría general, cognitiva y de conducta, | <u>Retención en el tratamiento:</u> A los 3 meses 87% en TDC, 20% en EM+TCC A los 6 meses 80% en TDC, 20% en EM+TCC. A los 9 y post mismo resultado. Seguimiento 3 y 6 meses 60% en el TDC y en EM+TCC el 20% y 0% respectivamente <u>Episodios de atracones</u> en TDC ($p < 0.002$), ($p < 0.0001$) ($p < 0.0001$) post, 3 y 9 meses seguimiento respectivamente <u>EDI:</u> Bulimia ($F_{3, 23} = 21.80$; $p < 0.000$), inefectividad ($F_{3, 24} = 12.74$; $p < 0.000$) conciencia interoceptiva ($F_{3, 24} = 6.96$; $p < 0.002$) <u>EDE:</u> restricción, ($F_{3, 18} = 8.52$; $p = 0.001$), preocupaciones alimentarias ($F_{3, 18} = 4.71$; $p < 0.02$), preocupaciones del físico ($F_{3, 18} = 7.79$; $p < 0.002$), preocupaciones del peso ($F_{3, 18} = 12.40$; $p < 0.000$) puntuación total ($F_{3, 18} = 11.62$; $p < 0.001$). <u>Uso de sustancias:</u> ASI ($F_{3, 19} = 2.06$; $p < 0.01$) |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|---------------------|--|---|---|---|--|---|--|
| Flynn et al. (2019) | N=64 (24 hombres, 39 mujeres) Edad: Entre 35 y 44 años Irlanda | Inclusión: TAS (alcohol, anfetaminas, benzodiacepinas, cannabis, cocaína, heroína) en comorbilidad (TLP, trastorno de personalidad emocionalmente inestable, depresión, trastorno bipolar, ansiedad y trastornos del ánimo) Exclusión: participantes con uno o más incidentes de autolesión en los | <u>Regulación emocional:</u> DERS FFMQ <u>Habilidades de afrontamiento:</u> DBT-WCCL <u>Frecuencia y severidad del uso de sustancias:</u> CISMS <u>Opinión de los usuarios sobre la utilidad:</u> Cuestionario de métodos mixtos | TDC durante 6 meses en muestra de sujetos con trastornos mixtos en comorbilidad con TAS | Ensayo de un solo grupo Método mixto Medidas pre, post y seguimiento a los 6 meses | puntuaciones globales más bajas en seguimiento a los 3 y 6 meses. Resultados cuantitativos: Reducción significativa en el consumo de sustancias entre las medidas pre y post y entre las medidas pre y el seguimiento En afrontamiento desadaptativo, uso de las habilidades de TDC, desregulación emocional y atención plena se encontraron mejoras significativas entre las medidas pre y post . Resultados cualitativos: Los participantes afirmaron que el programa les había ayudado a disminuir el consumo de sustancias, a mejorar sus vidas, a aumentar su autoconfianza y a entender mejor su problema. Algunos afirmaron que hubieran preferido un tratamiento más largo, otros un seguimiento más largo y la mayoría que no cambiarían nada del programa. | <u>Depresión:</u> BDI: ($F_{3,26} = 6.28; p < 0.03$), subescala cognitiva ($F_{3,26} = 4.96; p < 0.01$) y subescala afectiva ($F_{3,26} = 3.47; p < 0.05$) <u>NMRS:</u> puntuación total ($F_{3,26} = 5.06; p < 0.007$), puntuación general ($F_{3,20} = 5.59; p < 0.007$), subescala cognitiva ($F_{3,20} = 3.37; p < 0.04$) y escala de conducta ($F_{3,20} = 3.19; p < 0.05$). <u>Regulación emocional:</u> DERS: T1:120,97, T2:-41,64, T3:-38,97 FFMQ: T1:64,48, T2:+18,05, T3:+18,52 <u>Habilidades de afrontamiento:</u> DBT-WCCL: Afrontamiento desadaptativo:T1:43,82, T2:-11,63, T3: -13,60 Uso de las habilidades de TDC: T1: 65, T2.+23,64, T3: +20,58 <u>Uso de sustancias:</u> CISMS: consumo pre intervención 63%, consumo durante la intervención 19%, participantes en el seguimiento (n=19), 37% habían consumido <u>Opinión de los usuarios sobre la utilidad:</u> |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|---|--|--|--|---|---|---|
| Linehan et al.(1999) Impact factor: 2.129 | N=28 mujeres Edad promedio =30,4 ± 6,6 años USA | <p>Inclusión: Abuso de opioides, cocaína (58%), anfetaminas, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos o polisustancias (74%) con TLP</p> <p>Exclusión: cumplen criterios de esquizofrenia, algún otro trastorno psicótico, trastorno bipolar, retraso mental</p> | <p><u>Abuso de sustancias</u> días de abstinencia y análisis de orina</p> <p><u>Tratamiento psicológico y médico</u></p> <p>Entrevista de la historia del tratamiento</p> <p><u>Comportamiento suicida</u></p> <p>Entrevista de historia para suicida</p> <p><u>Adaptación social y global</u></p> <p>Entrevista de historia social</p> <p>GAS</p> <p><u>Regulación emocional:</u></p> <p>DERS</p> <p><u>Duración de la abstinencia</u></p> <p>Análisis de orina</p> | TDC Grupo de 12 personas, grupo terapia usual (TU) de 16. Tratamiento durante 1 año. | <p>Diseño cuasiexperimental de dos grupos independientes (tratamiento TDC y tratamiento usual con programas de salud mental, de abuso de sustancias o terapia individual)</p> <p>Medidas repetidas (4, 8, 12 y 16 meses)</p> <p>Los estimulantes fueron sustituidos por metilfenidato y los opioides por metadona</p> | <p>TDC obtuvo una reducción superior en abuso de sustancias (mayor número de días de abstinencia) que el grupo TU (tratamiento usual).</p> <p>4 sujetos dejaron el tratamiento de TDC y 11 el de TU.</p> <p>Reducción de psicopatías (episodios de suicidio, adaptación social y global o rabia) en ambos grupos, pero el grupo TDC mostró mejor adaptación social y global a los 16 meses que el grupo TAU</p> | <p>Evaluación de métodos mixtos: Post : 92% muy útil, 8% algo útil, 75% usaron las habilidades muy a menudo, 25% a menudo, 87,5% afirmaron que les ayudó a enfrentar las experiencias difíciles y el 12,5% que les ayudó algo.</p> <p><u>Abuso de sustancias:</u> Días de abstinencia Pre:TDC:0.29 días, TU: 0.32 Post: TDC 0,83, TU 0,56 Seguimiento: TDC 0,94 TU 0,60</p> <p>Entrevista estructurada: grupo TDC 0,36, grupo TAU 0,22.</p> <p>Entrevista estructurada: TDC 0,94 días de abstinencia, grupo TAU 0,58</p> <p><u>Análisis de orina:</u> (proporción limpia) medidas pre: TDC 0,43 y grupo TAU 0,55 Post: TDC 0,57 TU 0,33 Seguimiento: 0,50 TU 0,18</p> <p><u>Adaptación social:</u> DBT puntuaciones más bajas en el GSA (DBT $M = 2.25 \pm 0.75$, TAU $M = 2.92 \pm 0.71$, $F[1, 12] = 3.98$, $p < .05$ (puntuaciones de la mejor semana). DBT $M = 3.04 \pm 0.89$, TAU $M = 3.74 \pm 0.67$, $F[1, 12] = 2.94$, $p = .056$</p> |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|---|---|---|--|---|---|---|---|
| Linehan et al. (2002) Impact factor: 3.951 | N=23 Edad: entre 18 y 25 años (mujeres) USA | Inclusión: Diagnóstico de TLP, diagnóstico de dependencia al opio (52%), en menor porcentaje a la cocaína, sedantes, cannabis y alcohol. Exclusión: Trastorno bipolar, psicosis, trastorno convulsivo, retraso | <u>Uso de drogas:</u> Análisis de orina TLFB <u>Adaptación social:</u> GAS <u>Comportamiento parasuicida:</u> Entrevista de historia parasuicida GAF <u>Sintomatología psiquiátrica:</u> BSI <u>Adherencia al tratamiento:</u> | Grupo TDC (11 personas), grupo Terapia de validación comprensiva (TVC) +12 pasos (12 personas) Duración 12 meses | Ensayo control aleatorio Comparación de dos grupos independientes Medidas pre, 4, 8, 12, 16 meses | Reducción del uso de opioides en ambas condiciones y baja tasa de analíticas positivas en sustancias en ambos grupos en seguimiento a los 4 meses Menor uso de sustancias en TDC durante el tratamiento que en TVC+12 pasos. Aumento de las tasas en TVC+12 pasos en los últimos 4 meses, adherencia de todos sus participantes, mientras que en TDC el 64%. En el post y a los 16 meses ambas condiciones mostraron reducciones significativas de sus | puntuaciones del último mes. Puntuaciones más altas en el GAS (DBT $M = 69 \pm 12$, TAU $M = 49 \pm 10$, $F[1, 12] = 22.24$, $p < .001$ puntuaciones de la mejor semana; DBT $M = 62 \pm 10$, TAU $M = 44 \pm 10$, $F[1, 12] = 22.19$, $p < .001$ la última semana). <u>Comportamiento suicida y regulación emocional:</u> Mayores reducciones en el tiempo de la frecuencia de episodios parasuicidas y ansiedad estado y rasgo (medidas repetidas en ANOVA; episodios suicidas: $F(3,39) = 3.96$, $p < .02$; ansiedad estado, $F(3,36) = 6.88$, $p < .01$; ansiedad rasgo, $F(3,32) = 6.41$, $p < .01$). No diferencias encontradas entre los grupos en los tratamientos. <u>Uso de sustancias:</u> Ambas condiciones mostraron un menor uso a los 16 meses tanto para los opioides ($z=1.96$, $P<0.05$ y $z=2.71$, $P=0.007$ para DBT y CVT+12S, respectivamente) como para otras drogas y alcohol ($z=2.09$, $P<0.04$ y $z=2.85$, $P=0.004$ para DBT y CVT+12S, respectivamente). <u>Sintomatología psiquiátrica:</u> Mejoría a los 12 meses en |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|------------------------|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| | | mental, embarazo o cualquier dolencia que impida el uso de medicación de reemplazo de opioides, Coerción al tratamiento | 4 faltas consecutivas considerado abandono | Todos sustituyeron las sustancias por levometadilo | | patologías. | ambas condiciones BSI ($z=3.17, P<0.002$; pretratamiento: $M=1.78\pm 71$; a los 12 meses: $M=1.17\pm 0.60$) y GAS: ($z=3.59, P<0.001$; pretratamiento: $M=37.6\pm 5.6$; a los 12 meses: $M=47.4\pm 10.7$) <u>Tasa de abandonos:</u> 3 en TDC, 0 en la TVC+12 pasos |
| Ritschel et al. (2012) | N=56 (59% mujeres) | Inclusión: participación en un programa ambulatorio intensivo mínimo 2 semanas, mayor de edad. Exclusión: haber participado anteriormente en un programa ambulatorio intensivo | <u>Depresión:</u> BDI <u>Ansiedad:</u> SAS <u>Atención plena:</u> MAAS <u>Incremento en esperanza:</u> HS Medidas tomadas semanalmente | TDC en trastornos afectivos (80%) y de ansiedad (más de la mitad) y comorbilidad con TAS (20%) | Diseño intrasujeto con medidas semanales (duración de 2 a 16 semanas según paciente) | Descenso significativo de la depresión y la ansiedad de la S1 a la S4. Aumento de la esperanza a lo largo del tratamiento. No diferencias en atención plena. La atención plena, esperanza y los cambios en ellas pronosticaron las puntuaciones en depresión y ansiedad | <u>Depresión:</u> BDI: de la S1 a la S4: $F(2.43, 87.31) = 8.65, p < .001, d = .51$ <u>Ansiedad:</u> SAS: de la S1 a la S4: $F(2.40, 86.37) = 6.64, p = .001, d = .46$ <u>Atención plena:</u> MAAS: $F(3, 108) = .30$ <u>Esperanza:</u> HS: $F(3, 108) = 6.90, p < .001, d = .54$ |
| Impact factor: 0.63 | Edad media 36,8 años USA | | | | | | |
| Rizvi et al. (2011) | N=22 (81,8% mujeres) | Inclusión: diagnostico de TLP + TAS, lleven 2 meses participando en TDC usual y vayan a continuar 30 días más, ya hayan sido entrenados en la estrategia de regulación | <u>Viabilidad del uso de la aplicación:</u> -cuestionario de la intensidad emocional y ansia por consumir -cuestionario para puntuar el ansia por consumir más alto del día <u>Utilidad de la aplicación en la ayuda con la</u> | TDC coach mediante aplicación para Smartphone de uso ilimitado durante 10 a 15 días para uso de la estrategia de | Estudio cuasiexperimental de un solo grupo con medidas pre y post | Disminución de la intensidad de las emociones y el ansia por consumir en cada sesión y reducción del número de veces de las ansias por consumir También se produjo una reducción significativa en depresión y en angustia Los participantes dieron una alta valoración a la utilidad y uso de la | <u>Uso de la aplicación:</u> Los participantes usaron la aplicación una media de 15 veces Uso diario de la aplicación de una media del 91% <u>Utilidad y satisfacción:</u> De los 176 usos, el uso de la habilidad “acción opuesta” fue útil en un 96,8% de las veces |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|----------------------------|---------------------------------------|---|---|--|--|--|---|
| | | emocional “acción opuesta” Exclusión: menor de 18 años, riesgo de suicidio, síntomas psicóticos | <u>estrategia:</u> satisfaction and usability survey <u>Seguridad al usar la aplicación:</u> behavioral confidence questionnaire <u>Depresión:</u> BDI BSI | regulación emocional “acción opuesta” | | aplicación. Se sintieron más seguros usando la habilidad “acción opuesta” | <u>Intensidad emocional:</u> pre:(M=6,83, SD=2,09) post:(M=5,69, SD=2,31) <u>Ansia por consumir</u> Pre: (M=4,84,SD=3,23) Post:(M=3,95, SD=2,80) Número de veces de ansias por consumir: $B = -0.11, SE = 0.05, t(21) = -2.26, p = .035$ <u>Percepción de seguridad en el uso de la habilidad:</u> Pre: 2.86 ($SD = .67$), post 3.35 ($SD = .93$), $t(21) = 2.93, p = .008, d = .59$. <u>Depresión:</u> BDI: 25.91 ($SD = 9.90$) to 20.32 ($SD = 10.51$), $t(21) = 2.69, p = .014, d = .55$ BSI:pre: 1.85 ($SD = .65$), post: 1.54 ($SD = .76$), $t(21) = 2.49, p = .021, d = .43$ |
| Van den Boch et al. (2005) | N= 58 (mujeres con TLP con y sin TAS) | Inclusión: mujer, diagnóstico de TLP Exclusión: trastorno bipolar, trastorno psicótico crónico, no dominio del holandés, deficiencias cognitivas severas | <u>Comportamiento parasuicida:</u> LPC BPDSI <u>Impulsividad y consumo de sustancias:</u> BPDSI (secciones de parasuicidio e impulsividad del índice de severidad de la TDC | Comparación de dos grupos: TDC con 27 participantes y TU (terapia cognitiva) con 31 participantes | Ensayo controlado aleatoriamente Comparación de dos grupos independientes medidas: pre, post y a los 6 meses. Duración 12 meses | En el seguimiento a los 6 meses se mantuvieron las reducciones de niveles comportamientos impulsivos y autolesiones A los 18 meses no se apreciaron recaídas en el grupo TDC respecto a los problemas de comportamiento Mayores reducciones del uso de alcohol en el grupo TDC que en el TU a los 6 meses y a los 18 meses | <u>Comportamiento parasuicida,</u> impulsividad y abuso de sustancias desde inicio a final tto: mayor disminución en TDC que en el TU ($p \text{ values } b9 \leq .05$). A los 6 meses del tto.: los resultados se mantuvieron: ($p \text{ values } b10 \geq .05$). Intentos de suicidio durante el |

| Autor y año | N, edades y lugar del estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|-------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------|--------------------|------------|--|
| | | | | | | | tto.: No hubo diferencias significativas entre ambos grupos ($X^2= 3.24$; $P = 0.064$) y a los 6 meses del tto. tampoco hubo diferencias significativas ($X^2= 3.1$; $P = 0.08$) |

ASI: Addition Severity Index, **AUDIT:** Alcohol Use Disorder Identification Test, **BDI:** Beck Depression Inventory, **BPDSI:** Borderline Personality Disorder Severity Index, **BSI:** Brief Symptom Inventory Therapist Questionnaire, **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, **CDT:** Transferrina Deficiente en Carbohidratos, **CISMS:** Cork Impact of Substance Misuse Scale, **DBT-WCCL:** Dialectical Behavior Therapy Way of Coping Checklist, **DEERS:** Difficulties in Emotion Regulation Scale, **DTCQ-8:** Drug Taking Confidence Questionnaire short version, **DTS:** Distress Tolerance Scale, **EDE:** Eating Disorder Examination, **EDI:** Eating Disorder Inventory, **EES:** Emotional Eating Scale, **FFMQ:** Five Facet Mindfulness Questionnaire, **GAF:** Escala de Evaluación Global de Funcionamiento, **GAS:** Global Adjustment Scale, **GHQ-28:** General Health Questionnaire-28, **HDRS:** Escala de Depresión de Hamilton, **HS:** Hope Scale, **LPC:** Lifetime Parasuicide Count, **MAAS:** Mindfulness Attention Awareness Scale, **MDI:** Inventario de Depresión Mayor, **MHI:** Mental Health Index, **NMRS:** Negative Mood Regulation Scale, **SAS:** Self-Rating Anxiety Scale, **SBQ-R:** Suicide Behaviors Questionnaire Revised, **SDS:** Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, **SPQ:** Shorter PROMIS Questionnaire, **SSI:** Escala de Ideación Suicida, **TLFB:** Timeline Followback, **YOQ-SR:** Youth Outcome Questionnaire-Self Report.