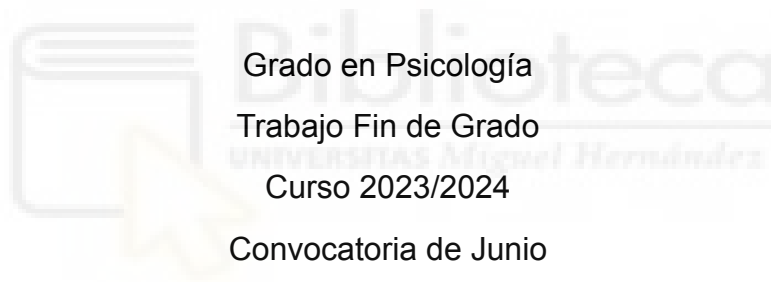




UNIVERSITAT
Miguel Hernández



Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2023/2024

Convocatoria de Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Propuesta de intervención basada en la Terapia Dialéctica Conductual y Prevención de Recaídas para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno por Consumo de Alcohol

Autor: Natalia Pérez Simarro

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Cotutora: Clara Sancho Domingo

Elche, 31 de mayo de 2023

Índice

Introducción.....	3
Método.....	5
Población diana.....	5
Procedimiento.....	7
Propuesta de intervención.....	7
Discusión.....	16
Referencias.....	17
Apéndice A.....	22
Anexo B.....	23



Resumen

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por problemas persistentes en el funcionamiento emocional, conductual, cognitivo e interpersonal. El eje principal es la disregulación emocional. Presenta una tasa especialmente alta de comorbilidad con el trastorno por consumo de alcohol. Lo cual puede considerarse una estrategia desadaptativa de regulación emocional que implica complicaciones en el tratamiento. Esta propuesta de intervención grupal combina el entrenamiento de habilidades de la Terapia Dialéctica conductual y la Prevención de recaídas, con el fin de mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, mediante el aumento de la regulación emocional y el mantenimiento de la misma abstinencia. Se espera la efectividad de la misma, porque la evidencia científica muestra que ambas intervenciones cuentan con evidencia previa. Aunque se recomienda combinarla con terapia individual, ser una propuesta de intervención grupal la convierte en menos costosa y más aplicable en el sistema público de salud aumentando su alcance poblacional.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad; Trastornos por Consumo de Alcohol; Terapia Dialéctica Conductual; Prevención de Recaídas y Entrenamiento de Habilidades



Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno de personalidad grave, crónico (Frías Ibáñez et al., 2017) y con una alta prevalencia. Según el DSM-5-TR, se estima que está presente en un 2,7% de la población no clínica, en un 6% de los pacientes atendidos en atención primaria, aumentando hasta el 10% de los pacientes de clínicas ambulatorias y el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados (APA,2022; Chapan et al, 2023).

Está en el grupo B de los trastornos de personalidad y se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, junto con una impulsividad, presente en varias áreas de la vida (APA, 2022). Por otro lado, la CIE-10, diferencia entre tipo impulsivo y tipo límite.

Desde la teoría biosocial de Linehan (1993), el TLP se caracteriza por la desregulación emocional, que hace referencia a las dificultades para controlar las emociones, la desregulación comportamental, que hace referencia a problemas con el control de impulsos y conductas desadaptativas, la hipersensibilidad, que hace referencia a establecer relaciones intensas y cambiantes marcadas por el miedo al abandono y, por último, alteraciones en la identidad, que hace referencia a sentimientos de vacío crónico, incertidumbre sobre el autoconcepto y dificultades en la autodirección (García Palacios y Navarro Haro, 2016; Linehan, 1993).

Esta teoría defiende que en el TLP nos encontramos ante una desregulación emocional persistente, la cual considera el eje central del problema ya que, con el fin de gestionar las emociones, surgirían los problemas relacionados con el resto de las áreas. (García Palacios y Navarro Haro, 2016; Linehan, 1993).

La intensidad de estos síntomas es tal, que afecta a la rutina, y es habitual que las personas con este trastorno experimenten dificultades para mantener trabajos y relaciones interpersonales sanas y estables (Frías Ibáñez et al., 2017).

Dada la alta heterogeneidad del TLP (Pontalti y Semerari, 2003; Frías Ibáñez et al., 2017), se encuentra una elevada coexistencia con trastornos tanto de eje 1 como de eje 2 (Tomko et al., 2014). La prevalencia de la comorbilidad entre el TLP y el trastorno por dependencia de sustancias (TUS) oscila entre el 23% y el 84% (Chapan et al., 2023; Shah y Zanarini, 2018). En particular se ha observado una correlación significativa con el trastorno por consumo de alcohol (AUD, en inglés), que varía entre el 11,9% y el 66% (Shah y Zanarini, 2018).

La presencia de esta patología dual tiene muchas implicaciones en el tratamiento ya que se asocia con unos resultados terapéuticos más pobres, un aumento del riesgo de suicidio, así como de conductas autodestructivas y con un abandono prematuro del tratamiento (i Farrés et al., 2018; Chapan et al., 2023; Donald et al. 2019; Generalitat de Catalunya Departament de Salut, 2006; Riquelme et al. 2020). Por tanto, es importante detectar la relación que la persona límite tiene con la dependencia de sustancias para poder ofrecer una intervención más precisa y efectiva (Szerman et al., 2005).

La terapia dialéctico conductual (TDC), está dirigida a personas con TLP, posee un grado de recomendación A y un nivel de evidencia 1++ (APA, 1998; Cuevas Yust y López Pérez-Díaz, 2012; Fonseca Pedrero et al., 2021; Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011), lo que la convierte en un enfoque efectivo para tratar dicha problemática.

Posee características comunes a las terapias cognitivo-conductuales, grupo al que pertenece, sin embargo, también presenta distinciones (Linehan, 1993). Su principal particularidad radica en la *dialéctica*, que hace referencia a la creación de un diálogo donde los puntos de vistas opuestos sean aceptados para aproximarse a una realidad integrada (Linehan, 1993).

La TDC trata de generar un cambio conductual que consiste en disminuir las conductas desadaptativas dependientes de estados de ánimo extremos, mediante el entrenamiento de cuatro habilidades fundamentales: tolerancia al malestar, atención consciente, regulación emocional y eficacia interpersonal (García Palacios y Navarro Haro, 2016; Linehan, 1993; McKay et al., 2017). Este entrenamiento se realiza en un contexto que enfatiza en la aceptación y validación, reconociendo las capacidades, creencias, emociones y recursos del paciente para afrontar el cambio (García Palacios y Navarro Haro, 2016; Linehan, 1993). Sin embargo, esto no debe ser confundido con una actitud permisiva (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

La TDC ya se ha mostrado eficaz anteriormente en pacientes con TLP y TUS (Cuevas Yust y López Pérez-Díaz, 2012; Oppermann et al., 2015; Dimeff y Linehan, 2008; Linehan, 1999; Van den Bosch et al., 2005). El tamaño del efecto en la investigación de Linehan, 1999 oscilaba entre 0,6 y 1,1, lo cual se considera significativo. Además, investigaciones más recientes han mostrado que el entrenamiento en habilidades propio de la TDC tiene efectos positivos en el mantenimiento de la abstinencia en pacientes con TUS (Maffei, 2018).

La prevención de recaídas (PR), es un modelo de intervención cognitivo conductual (Secades-Vila y Fernández, 2001; Secades-Vila et al., 2007; Hendershot et al., 2011;

Witkiewitz y Marlatt , 2004) con nivel 1 ++ de evidencia y grado de recomendación A para el alcoholismo (Becoña y Cortés, 2008; Fonseca Pedrero et al., 2021), por lo que puede ser catalogada como un tratamiento de primera elección (Secades-Vila y Fernández, 2001; Secades-Vila et al., 2007). Es un programa orientado a conseguir un cambio conductual, la abstinencia, reduciendo la probabilidad de una recaída o su gravedad (Hendershot et al., 2011).

Desde esta perspectiva la recaída se produce cuando el paciente no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuada a una situación de alto riesgo (Becoña y Cortés, 2008). Las recaídas son consideradas un proceso no lineal (Hendershot et al., 2011) influido por la interacción de factores estables o tónicos, como la personalidad y la genética y los factores transitorios o fásicos, como los estados emocionales y las respuestas de afrontamiento (Hendershot et al., 2011, Witkiewitz y Marlatt, 2004).

La recaída no se consideran un fracaso, si no un evento común, aunque no deseados, que puede desembocar en una vuelta al consumo habitual o en una oportunidad de aprendizaje mediante el cual se reinstaure la conducta deseada (Hendershot et al., 2011; Witkiewitz y Marlatt, 2004).

La PR está compuesta por 3 elementos principales: 1) entrenamiento en habilidades para enfrentar situaciones de riesgo, 2) reestructuración cognitiva y 3) fomento de estrategias de reequilibrio del estilo de vida (Secades-Villa et al., 2007).

El objetivo del presente trabajo es crear una propuesta de intervención dirigida a personas con TLP y AUD mediante la combinación del entrenamiento de habilidades de la TDC y la PR.

Método

Población diana

El programa de intervención va dirigido a mujeres y hombres que habiten en la localidad de Elche o alrededores, que cumplan con los criterios de inclusión. Los participantes son extraídos de hospitales, unidades de conductas adictivas de los centros de salud, asociaciones como Proyecto hombre y APAEX y centros especializados en psicología clínica de carácter privado.

Criterios de admisión:

- Ser mayor de edad
- Haber recibido un diagnóstico previo de TLP y AUD

Criterios de exclusión:

- Presentar problemas psicóticos o bipolaridad
- Dominio insuficiente del español
- Riesgo muy alto de suicidio consumado o intentos en los últimos dos años.

Variables e instrumentos de evaluación

Trastorno límite de la personalidad. Se evalúa mediante la entrevista semiestructurada Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R) (Szerman et al., 2005). Está formada por 125 ítems, que se dividen en 4 dimensiones: emociones, función cognitiva, conducta impulsiva y relaciones interpersonales. Los ítems de cada dimensión se puntúan del 0 al 2 en función de la frecuencia en la que haya ocurrido una determinada acción entre los últimos 3 meses y 2 años. Tras contestar los ítems de cada apartado, obtendremos 1 puntuación de cada uno de los 4 apartados. Esas 4 puntuaciones se suman para obtener una puntuación total que oscila entre el 0 y el 10. El punto de corte es 7. Esta versión se encuentra validada en español, con una consistencia interna alta (Cronbach $\alpha = 0,8756$) en general (Szerman et al., 2005).

Necesidad de tratamiento y gravedad. Se evalúa mediante el Índice de Gravedad de la Adicción (EuropAsi) (Bobes et al., 2017) es una entrevista clínica semiestructurada, aplicada en 45-60 minutos y evalúa: salud física (16 ítems), empleo/recursos (26 ítems), drogas/alcohol (28 ítems), situación legal (23 ítems), historia familiar (51 ítems), relaciones familiares/sociales (26 ítems) y salud mental (22 ítems). La gravedad se determina en una escala del 0 al 9, donde 0 indica que no hay necesidad de tratamiento y 9 indica una necesidad de tratamiento extremo. Cuenta con una fiabilidad y validez bien establecidas (Bobes et al., 2017).

Habilidades de afrontamiento. Se evalúa mediante el Coping Behaviours Inventory (CBI) (Gracia y Suárez, 2002). Instrumento autoadministrado por 36 ítems. Las categorías de respuesta oscilan entre *normalmente*, *alguna vez* y *nunca*. Su puntuación oscila entre 0 y 108. Cuenta con una versión española validada con una consistencia interna elevada (coeficiente alfa= 0,90). Su uso está indicado para los programas de prevención en recaídas (Gracia y Suárez, 2002).

Autoconfianza. Se evalúa mediante el Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ) (Breslin et al., 2000), detecta el grado de confianza para no consumir en situaciones de alto riesgo relacionadas con: emociones desagradables, malestar físico, pruebas de control, impulsos, momentos sociales agradables, conflictos interpersonales, emociones placenteras y presión social para beber. En función de su grado de seguridad en cada situación el paciente puntúa del 0% (inseguro) al 100% (totalmente seguro). El

coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,85, por lo que se puede considerar que la consistencia interna de este instrumento es alta (Breslin et al., 2000).

Procedimiento

Se presenta la propuesta de intervención a los diferentes organismos mencionados. Aceptada su colaboración, se selecciona a los participantes concretos de cada entidad y se inicia la intervención, que se realizará en salas disponibles para facilitar su asistencia.

Propuesta de intervención

Es una intervención grupal que cuenta con sesiones individuales pre y post tratamiento. La parte grupal está constituida por los 4 módulos del entrenamiento de habilidades propios de la TDC (mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar) más uno añadido orientado a la prevención de recaídas basada en mindfulness (MBPR) (Bowen et. al. 2011). La organización cronológica de la intervención puede ser encontrada en el anexo A, así como un resumen de los objetivos y estrategias de cada módulo en el anexo B.

Se van a combinar el entrenamiento de habilidades de la TDC y la MBPR, porque comparten características comunes como la importancia del mindfulness combinado con técnicas cognitivo-conductuales, la estructura y duración de las sesiones y la visión de las recaídas como parte del proceso (Bowen et al., 2011; Linehan, 2003).

El tamaño de los grupos oscila entre 2 y 4 participantes. Las sesiones grupales tienen una duración de 2:30 horas (Bowen et al., 2011; Linehan, 2003). Por otro lado, el tiempo para las sesiones individuales varía entre 1-1:30 horas.

Se comienzan todas las sesiones con un breve ejercicio de mindfulness (Bowen et. al. 2011; Linehan, 2003). A continuación, se tratan conductas que interfieran en la vida de los participantes, como temas de absentismo o consumo (Linehan, 2003). Los siguientes 50-60 minutos, se emplean para revisar los ejercicios semanales, los cuáles son diferentes para cada módulo (Linehan, 2003).

Tras la primera hora, se hace un descanso de 10 minutos y seguidamente, se presenta el material preparado para la sesión (Linehan, 2003). Esta parte es la descrita más abajo.

Los últimos 15 minutos de la sesión se dedican al cierre de esta. Algunas veces se emplearán técnicas de oxigenación como la observación de procesos y en otras alguna técnica de relajación y meditación (Bowen et. al. 2011; Linehan, 2003).

Sesiones individuales: Pre y post tratamiento (3 y 8 sesiones)

Objetivos.

- Asegurar el cumplimiento de los criterios de admisión y seleccionar el grupo más adecuado para cada participante
- Establecer una relación positiva con los participantes
- Aumentar del compromiso y adherencia al tratamiento
- Determinar el tamaño del efecto de la intervención

Descripción. Durante las sesiones pretratamiento, los psicólogos se presentan de forma individual a cada participante, así como administran los instrumentos Borderline Personality Disorders-Revised, EuropAsi, Coping Behaviours Inventory y Bief Situational Confidence Questionnaire. Esto permite asegurar que cumple con los criterios de admisión, así como, empezar a establecer el vínculo psicólogo-paciente.

Con el fin de aumentar la motivación hacia el tratamiento, psicólogo y paciente crean una lista de los problemas actuales en la vida del paciente, y se relacionan con cómo pueden mejorar, mediante el entrenamiento de habilidades (Rathus y Miller, 2022).

Las dos semanas siguientes al fin del tratamiento, se realiza una evaluación postintervención con el fin de comprobar la eficacia de este. Se hace 3, 6, 12 y 18 meses después, para saber si los efectos se mantienen a largo plazo.

Sesiones de Presentación, Cierre y Despedida

Objetivos.

- Incrementar la adherencia al tratamiento y motivación a la participación
- Señalizar las reglas de la intervención
- Fomentar un ambiente confortable
- Recordar y afianzar las estrategias practicadas
- Conocer la opinión de los participantes

Descripción. En la sesión de presentación, los psicólogos se presentan de forma grupal, así como los pacientes se presentan a sus compañeros. Todos cuentan un poco que los ha llevado allí.

Los profesionales ayudan a los pacientes a valorar la importancia que un programa así puede tener para sus vidas. Para ello, ofrecen psicoeducación sobre qué es el TLP, y cómo éste se relaciona con conductas como el consumo de alcohol y como el entrenamiento de habilidades puede ayudar a mejorar su calidad de vida (Linehan, 2003). Así como que el programa de prevención de recaídas puede facilitar su camino de la

abstinencia (Bowen et. al. 2011). También se ponen vídeos de otras personas que han pasado por intervenciones similares y con los que los participantes se sientan identificados para que entiendan y aprecien el proceso en el que están (Bower,2011), aumentando su motivación al tratamiento.

En esta sesión también se marcan las reglas a seguir durante la intervención. Aunque es cierto que algunas normas son rígidas, como por ejemplo que la ausencia a 4 sesiones consecutivas sin justificación conlleva la expulsión, se escucha su opinión al respecto, y se proponen otras reglas más flexibles, como, por ejemplo, si les gusta llamarles a las fichas diarias “deberes” o prefieren llamarlas de otra forma.

Las sesiones de cierre hacen referencia a las últimas sesiones de cada módulo. En ellas, se revisan las estrategias aprendidas durante dicho bloque, así como las practicadas en bloques anteriores.

En la sesión de despedida, la última de la intervención se repasa todo lo aprendido, y se pregunta a los participantes aspectos positivos y negativos de la misma saber qué información, estrategias y ejercicios pueden ser más relevantes.

Módulo 1. Mindfulness (6 sesiones)

Objetivos.

- Incrementar la experiencia presente y mejorar el control atencional
- Aumentar la conciencia de los estados emocionales y de los impulsos
- Fomentar la motivación hacia la realización de ejercicios de mindfulness

Descripción. Este módulo engloba diferentes técnicas o ejercicios cortos (de 2-5 minutos) y fáciles de ejecutar, basados en la filosofía oriental zen, pero son compatibles con las prácticas contemplativas de occidente (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

Durante este bloque, se explica que el mindfulness está compuesto por dos factores fundamentales que son la conciencia plena y el control atencional. Tras hablar de conciencia plena se realiza un ejercicio para mantener la mente abierta y tras hablar de control atencional, uno de práctica enfocada (Rathus y Miller, 2022).

También se explica la diferencia entre los tres estados mentales. La *mente emocional*, que hace referencia a que la emoción controla la conducta, por ejemplo, sentir rabia y tirar la puerta abajo o autolesionarse o sentir tristeza y consumir alcohol. La *mente racional* es actuar sin tener en cuenta las emociones (Rathus y Miller, 2022). Y, por último, la *mente sabia* es actuar empleando tanto las emociones cómo la lógica (García Palacios y

Navarro Haro, 2016). Tras hablar de esto, se lleva a cabo el ejercicio de que cada uno se observe a sí mismo en situaciones propias de cada estado.

Es importante señalar que las estrategias para acceder a la mente sabia se dividen en habilidades *qué* y *de cómo* (Rathus y Miller, 2022). Las estrategias de *qué* son habilidades de observar, describir y participar. Las habilidades de *cómo* son no juzgar, no juzgar, una cosa a la vez y efectividad. (Rathus y Miller, 2022).

Durante las sesiones de mindfulness, se van a practicar diversos de *qué* y *cómo*. Algunos ejemplos son: *habilidad de la ola, la media sonrisa, focalizarse en un objeto, sentir las sensaciones de su cuerpo, contar los pasos o las respiraciones etc.*

También es importante hablar de las dificultades que encuentran para trabajar mindfulness y de estrategias para superarlas (Bowen et. al. 2011) .

Módulo 2. Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (6 sesiones)

Objetivos.

- Desarrollar habilidades cognitivas y conductuales que permitan anticipar y gestionar situaciones de alto riesgo para mantener la abstinencia
- Fomenta la capacidad de reconocer, aceptar y responder de manera consciente a los pensamientos, emociones y sensaciones físicas vinculadas con el deseo de consumo del alcohol
- Modificar pensamientos, percepciones y actitudes respecto al consumo y durante las situaciones de alto riesgo.
- Incrementar la motivación y la percepción de autoeficacia

Descripción. Durante estas sesiones, se indica la diferencia entre vivir en modo automático y consciente, así como su relación con los deseos. El ejercicio de surfear los impulsos permite a los participantes explorar conscientemente su experiencia de deseo, observando tanto los aspectos físicos como los subyacentes detrás del deseo. Como por ejemplo, liberarse de una emoción difícil. También se emplea la *metáfora de la ola* con el objetivo de fomentar la capacidad de “permanecer con” el deseo en lugar de “ceder a él” (Bowen et. al. 2011).

También se analizan situaciones de alto riesgo (SAR) tanto a nivel grupal como a nivel individual y se entrenan estrategias para afrontarlas. Para detectarlas se emplea un registro retrospectivo del consumo durante los últimos 3 meses en el que se añade la fecha y la hora, el lugar y las personas, lo que sentía, que sucedió y las consecuencias. Esto permite conocer qué factores son propulsores de la abstinencia y cuáles de las recaídas

(Chávez Vizuet, 2010). Es importante detectar las SAR grupales e individuales, las cuáles pueden estar relacionadas con: estados emocionales desagradables, situaciones sociales, conflictos interpersonales etc. (Bowen et. al. 2011).

Las recaídas son un aspecto fundamental, por ello, se enfatiza en la diferencia entre consumo ocasional y recaída. También se explica el ciclo de recaídas, para lo cual se pide a los participantes que pongan de ejemplo una situación que haya supuesto un desencadenante de consumo o que pudiera serlo. Deben indagar en los pensamientos, emociones y sensaciones experimentadas en la situación, y seguir el acontecimiento hasta el punto del consumo. Para finalizar, deben indicar en qué punto podrían haber actuado de manera distinta. Es importante señalar que los pensamientos, estados emocionales y reacciones físicas tienen un peso en cada etapa de las recaídas, pararse a observarlos puede suponer la posibilidad de salir del ciclo (Bowen et. al. 2011).

También se señala la relación entre los pensamientos y las recaídas, y se promueve la defusión cognitiva, enfatizando en que los pensamientos pueden no ser ciertos. Para ello, se pueden recordar experiencias pasadas donde estaban seguros de algo que al final no fue cierto (Bowen et. al. 2011).

Las redes de apoyo son un factor de protección en situaciones de alto riesgo, por ello, se indaga en la red de apoyo actual del paciente, y se practican algunas nociones básicas de comunicación dirigidas a pedir ayuda cuando es necesario. No tiene que ser solo en situaciones de alto riesgo, sino también en momentos de mayor vulnerabilidad. Un ejemplo podría ser *hola mamá, ahora mismo siento un impulso muy grande de beber ¿podemos quedar? o ¿me ayudas a recordar porque no bebía?* (Bowen et. al. 2011).

Durante todo el proceso, se fomenta la percepción de autoeficacia, reconociendo todos los logros, por ejemplo, que un consumo esporádico no se haya convertido en una recaída, la exposición a una situación de alto riesgo sin consumir etc. Y la motivación animando a los participantes a que se pongan sus propios objetivos y señalizando las ventajas de una vida abstiene.

Módulo 3. Habilidades de Tolerancia al Malestar (7 sesiones)

Objetivos.

- Aumentar la tolerancia y aceptación al dolor emocional, a sí mismo, al mundo y la realidad
- Reducir el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y conductas impulsivas, así como el aprendizaje de conductas adaptativas

- Incrementar la capacidad de calmarse por sí mismo

Descripción. En este módulo se entrenan habilidades de supervivencia a crisis y habilidades de aceptación de la realidad. Es importante explicar que es una crisis y sus consecuencias. Se anima a identificar situaciones de crisis, como recibir una crítica de un amigo y su conducta habitual. También se señala la relación entre las crisis y situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, recurrir al alcohol para evitar la emoción desagradable que genera la situación mencionada anteriormente.

Es necesario señalar que las estrategias de este bloque no son una forma de resolución de problemas sino métodos para evitar actuaciones impulsivas (Rathus y Miller, 2022) así que será importante señalar en qué ocasiones está indicado usarlas.

Las estrategias para aumentar las habilidades de supervivencia en crisis están dirigidas a aprender a tolerar y sobrevivir a los impulsos son: *la distracción, mejorar el momento y pensar en pros y contras* (Rathus y Miller, 2022).

La distracción consiste en redirigir la atención de un evento que genera emociones desagradables a otra cosa. Algunos ejemplos son: actividades distractoras, como hacer limpiar la casa o llamar a alguien y generar emociones opuestas, que consiste en detectar las emociones que se sienten y realizar actividades que produzcan emociones diferentes, como estar tristes, y escuchar música alegre (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

Las técnicas de *mejorar el momento* tienen como objetivo reemplazar emociones negativas por otras más positivas. Engloba técnicas cognitivas para cambiar interpretaciones de uno mismo (darse ánimos), o sobre la situación (pensamiento positivo, darse ánimos e imaginar) y técnicas dirigidas a cambiar la reacción fisiológica mediante la relajación (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

La técnica de *pensar en pros y contras* consiste en hacer una lista de formas tanto adaptativas como desadaptativas de actuar durante una crisis, y debatir sobre los pros y los contras a corto y largo plazo. Por ejemplo, consumo excesivo de alcohol. Una consecuencia positiva puede ser distraerse y una negativa realizar otras conductas de riesgo. Por otro lado, se plantean las ventajas y desventajas que puede tener no beber y utilizar alguna de las habilidades entrenadas (Rathus y Miller, 2022).

Respecto a las estrategias de aceptación de la realidad, son complementarias a las estrategias de mindfulness, y tienen como objetivo reducir el sufrimiento de los hechos dolorosos que no se pueden cambiar. Son: *la aceptación radical, redirigir la mente y la buena disposición*. Esto se refiere a aceptar la realidad tal y como es, redirigiendo la mente

hacia la aceptación y escuchar a la Mente Sabia para decidir qué hacer. (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

En este módulo se trabaja la creación de un kit de supervivencia a situaciones de crisis, el cual consiste en detectar situaciones en las que entran en crisis habitualmente y las reacciones adaptativas que mejor les funcionan. Por ejemplo, aunque todos sientan craving, quizá algunos les ayuda más quedar con un amigo y a otros distraerse leyendo un libro (Rathus y Miller, 2022).

Módulo 4. Habilidades de Regulación Emocional (8 sesiones)

Objetivos.

- Aprender a identificar y comprender las emociones
- Reducir la vulnerabilidad emocional
- Disminuir el sufrimiento emocional
- Minimizar la ocurrencia de emociones no deseadas
- Facilitar la recuperación de emociones extremas

Descripción. Desde la perspectiva de la TDC, las conductas disfuncionales como el consumo de alcohol, son intentos de regular y solucionar las emociones dolorosas (Linehan, 2003). Por ello, este módulo está dedicado a entrenar habilidades de regulación emocional que se dividen en 1) habilidades para identificar y etiquetar emociones, así como los obstáculos para su cambio 2) habilidades para cambiar respuestas emocionales y 3) habilidades para reducir la vulnerabilidad emocional (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

Las habilidades estrategias principales para comprender y nombrar emociones son 3. La primera es entender el papel de las emociones, para ello se explican las funciones motivacionales e informativas de las emociones, y se aplica a emociones concretas (García Palacios y Navarro Haro, 2016), como por ejemplo, el miedo avisa de que algo es peligroso e impulsa a alejarse o evitarlo. También se pide a los participantes que recuerden situaciones en las que éstas les han sido útiles, y otras en las que le han resultado destructivas, así como se pregunta cuáles les gustaría trabajar (Rathus y Miller, 2022).

La segunda habilidad que se trabaja es la de aprender a identificar los factores que impiden la regulación de las emociones, como por ejemplo, emociones insoportables o falta de habilidades (Rathus y Miller, 2022).

Por último, se entrena la habilidad de aprender a identificar las emociones en el momento en que se producen. Para ello, se presenta un *modelo de las emociones*

desarrollado por Linehan (García Palacios y Navarro Haro, 2016), que consiste en analizar 1) el evento, 2) la interpretación, 3) la emoción o cambios biológicos, 4) la experiencia o el impulso que genera (por ejemplo, beber alcohol) 5) la conducta realizada, 6) el nombre de esa emoción y 7) las consecuencias que tuvo la conducta (García Palacios y Navarro Haro, 2016; Rathus y Miller, 2022). Para llevarlo a cabo se practican preguntas concretas para cada punto, por ejemplo del punto 2, *¿que estoy pensando sobre esta situación?*.

Una vez se ha fomentado la observación, detección y descripción de emociones se entrenan las habilidades para cambiar y afrontar situaciones emocionales desagradables. La primera habilidad consiste en *comprobar los hechos*, que hace referencia a replantearse si sus interpretaciones y reacciones se ajustan a la realidad mediante preguntas como *¿cómo lo interpreto lo que ha pasado? ¿hay otra forma de interpretarlo?* etc. (Rathus y Miller, 2022)

Tras la comprobación de los hechos, puede ponerse en práctica la técnica de solución de problemas basada en el modelo de D'Zurilla y Nezu (1999) (García Palacios y Navarro Haro, 2016) o bien poner en práctica la técnica de la *acción opuesta*, que consiste en actuar de forma opuesta al impulso emocional. Por ejemplo, si sienten miedo no justificado, enfrentar la situación (Rathus y Miller, 2022). Las tres técnicas se enseñan aplicadas al *modelo de las emociones* de Linehan.

Respecto a las técnicas destinadas a reducir la vulnerabilidad emocional, se señala la importancia de cuidar el cuerpo igual que la mente, comiendo sano o realizando ejercicio físico (García Palacios y Navarro Haro, 2016). La técnica de *afrontar con tiempo*, que trata de ensayar y planificar situaciones que puedan considerarse emocionalmente difíciles (García Palacios y Navarro Haro, 2016). Como por ejemplo, ensayar cómo actuar ante deseos de consumir alcohol en una situación de alto riesgo específica.

Otra técnica es la *acumulación de experiencias positivas a corto y largo plazo*. Las experiencias positivas a corto plazo hacen referencia a que los participantes realicen actividades agradables para ellos todos los días, incluso cuando no estén de humor (Rathus y Miller, 2022). Es importante hacer una lista individualizada para cada participante. Respecto a las experiencias a largo plazo, es necesario fomentar el conocimiento de los participantes sobre sus metas y valores, e intentar llevar a cabo acciones diarias que les acerque a ellas. (Linehan, 2003). Se enfatiza en que llevar a cabo estas actividades, aumentará su sentimiento de autoeficacia, lo cual también constituye otro factor que disminuye la vulnerabilidad emocional (García Palacios y Navarro Haro, 2016).

Módulo 5. Habilidades de Eficacia Interpersonal (5 sesiones)

Objetivos.

- Construcción de relaciones positivas y reducción de escala de conflictos
- Aprendizaje de habilidades específicas para las relaciones interpersonales
- Pedir efectivamente lo que se quiere o decir “no” a una solicitud
- Rechazar peticiones no deseadas o poco razonables

Desarrollo. Para comenzar se explica el propósito de entrenamiento de estas habilidades y cómo esto se relaciona con su bienestar. También se marca la importancia de ocuparse de las relaciones, de equilibrar el ratio de deberes/deseos y de generar sensación de competencia y respeto personal (Linehan, 2003).

Con el fin de que cada participante identifique los factores que interfieren en su efectividad personal para trabajarlos durante el módulo, se lleva a cabo un debate sobre sus fortalezas y debilidades (Rathus y Miller, 2022).

Las habilidades interpersonales se dividen en 3 grupos, y aunque cada una posea sus objetivos propios la práctica de ellas es similar. Primero se explican los objetivos específicos, nociones básicas de las mismas y tras plantear situaciones lo más concretas posibles, se practican mediante ejercicios de role play. De una misma situación se realizan dos role play, uno afrontado sin las habilidades de eficacia interpersonal y luego con, para mostrar la diferencia. Tras la finalización de los role play, se lleva a cabo un debate.

Las habilidades *DEARMAN*, están destinadas a ser lo más eficaz posible en obtener los propios objetivos. Las estrategias son describir, expresar, afirmar, reforzar, mantenerse enfocado, aparentar seguridad y negociar (García Palacios y Navarro Haro, 2016). Una situación en la que se pueden aplicar puede ser: *tus amigos te dicen de quedar de ir a un bar, y tu sabes que si vas consumirás. ¿cómo le puedes expresar tus preocupaciones y negociar alternativas para hacer otro plan?*

Las habilidades *GIVE*, se dirigen a mantener buena relación con las personas (García Palacios y Navarro Haro, 2016). Están constituidas por: ser gentil y mostrarse interesado, validar y en un modo liviano. (Rathus y Miller, 2022). Por ejemplo, *si un amigo está pasando por un momento ¿cómo podrías validarlo?*

Las habilidades *FAST*, para que al mismo tiempo que se mantienen buenas relaciones y se consiguen los objetivos personales, se mantenga el autorrespeto (Rathus y Miller, 2022). Engloba las estrategias de: ser justo, no disculparse, mantener los valores que defendemos y ser sinceros (García Palacios y Navarro Haro, 2016). Por ejemplo, *tu tío te ha*

pedido que le ayudes, pero tú prefieres quedar con tus amigos ¿cómo podrías decirle que no y las razones?

Discusión

El objetivo de este trabajo de fin de grado es diseñar una propuesta de intervención grupal para abordar casos de comorbilidad de TLP y AUD. Pretende causar una modificación conductual en las conductas desadaptativas propias de ambos trastornos, de acuerdo con el principio 9 del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2014).

El TLP es un trastorno que se caracteriza por la inestabilidad generalizada en diferentes áreas de la vida debido a la desregulación emocional. Esta falta de recursos para gestionar las emociones es lo que genera la desregulación en el resto de áreas (Linehan, 1993). El AUD, puede ubicarse dentro de la desregulación comportamental y entenderse como un método de afrontamiento desadaptativo, ante la emocionalidad extrema (García Palacios y Navarro Haro, 2016). Por tanto, crear una intervención que disminuya la desregulación emocional, a través del aprendizaje de métodos adaptativos para regular las emociones, debería suponer una mejora en la hipersensibilidad, las alteraciones de la identidad y en la disregulación comportamental, lo que engloba la mejora de la conducta adictiva. Esto es lo que busca esta propuesta de intervención.

Para ello se crea un programa de intervención grupal con algunas sesiones individuales basado en el entrenamiento de habilidades. Compuesta por los módulos de la TDC, añadiendo un bloque en el que se entrenan habilidades para la prevención de recaídas basado en mindfulness, para así abordar se forma específica la conducta adictiva.

Es probable que esta intervención tenga el efecto deseado por varias cuestiones. Por un lado, la TDC, ya ha demostrado ser eficaz para los objetivos mencionados previamente (Cuevas Yust y López Pérez-Díaz , 2012; Oppermann et al., 2015; Dimeff y Linehan, 2008; Linehan, 1999; Van den Bosch et al., 2005). Por otro lado, la MFPR, no cuenta con tanta evidencia, pero algunos estudios muestran resultados prometedores respecto a su impacto en el AUD, promoviendo la abstinencia, así como el mantenimiento de la misma (Bowen et al., 2014; Ramadas et al., 2021). Además, ambas terapias generan un impacto positivo en la regulación emocional y en el control de impulsos, variables subyacente en ambos trastornos (Donald et al., 2019; Trull, et al., 2018).

Para que un tratamiento sea eficaz, es necesario que el paciente esté en él un tiempo determinado (NIDA, 2014). Los pacientes con TLP y AUD se relacionan con un abandono prematuro del tratamiento (Dimeff y Linehan, 2008). Este hecho podría generar que el tratamiento no tuviera el efecto deseado sobre dichos participantes. Dos variables

predictoras de la permanencia y adherencia al tratamiento son: el vínculo terapéutico positivo y las características del tratamiento (NIDA, 2014). Por tanto, trabajar el vínculo mediante la validación, la escucha activa, empatía etc. así como tener en cuenta las opiniones de los pacientes modificando aspectos sutiles del programa para adaptarlo a las demandas de cada grupo, podría prevenir el abandono prematuro del tratamiento.

Las intervenciones grupales aportan al proceso terapéutico refuerzo social entre personas que comparten problemas similares e incrementa un nuevo estilo de vida sin consumo (NIDA, 2014). Sin embargo, la NIDA (2014) recomienda, combinarlas con la terapia individual. Ya existe evidencia de que la MFPR en formato grupal funciona (Ramadas et al., 2021), sin embargo, la evidencia con la cuenta la TDC contempla la combinación de la terapia individual, grupal, llamadas telefónicas y reuniones entre profesionales (Dimeff y Linehan, 2008; Linehan, 1993). Por tanto, la ausencia de algunas características podrias de la TDC podrían comprometer la efectividad del tratamiento. Para remediar esto, la intervención grupal refleja los principios de la terapia cognitiva individual (NIDA, 2014). Además, durante todo el proceso terapéutico planteado, se recomienda a los pacientes acudir a terapia individual, así como, en aquellos casos que los participantes acudan a otros psicólogos, ya sean de asociaciones, de atención primaria o de centros privados, los psicólogos que llevan a cabo esta intervención estarán en continuo contacto con estos.

Por otro lado, la eliminación de la terapia individual, las llamadas telefónicas y de las reuniones periódicas también supone la reducción de recursos y costos de la intervención. Por tanto esta intervención basada solo en la terapia grupal, controlando las limitaciones mencionadas, podría suponer un mecanismo de aplicación diferente, igualmente efectivo, pero más eficaz, mediante el cuál se convierta en una terapia más accesible a toda la población.

En definitiva, se ha descrito un intervención detallada y completa, que tiene una probabilidad bastante alta de alcanzar los objetivos deseados y mejorando así la calidad de vida de miles de personas de un población cuyo diagnóstico se relaciona con un mal pronóstico. Aunque sería recomendable combinarla con un proceso terapéutico individual, su carácter grupal la convierte en una intervención de fácil acceso por no suponer unos altos costes económicos.

Referencias

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad.

<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornoLimitePersonalidad.pdf>

- American Psychiatric Association. (2022). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta ed., revisada). American Psychiatric Association.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coords.) (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones.
<https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones.-Elisardo-Becona.-Maite-Cortes.-2008.pdf>
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M. P., & Sáiz, P. A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Cibersam.
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt A. G. (2014). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness: guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(5), 547–556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Agrawal, S.(2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38(12),1211-20 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11104185/>
- Chapan, J., Jamil, R.T. y Fleisher, C (2023). *Borderline Personality Disorder*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Chávez Vizuet, E. (2010). Prevención de recaídas. Manual de aplicación. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.
<http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialedidacticotrataamiento/manualprevrecaidas.pdf>
- Chungani, C., Byrd, A.L., Pedersen, S.L., Chung, T., Hipwell, A.E., y Step S.D. (2018). Affective and Sensation-Seeking Pathways Linking Borderline Personality Disorder

Symptoms and Alcohol-Related Problems in Young Women. *Journal of Personality Disorders* 34(3), 1-12. https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2018_32_389

Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>

Cox, W. M., y Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168–180. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.168>

Cuevas Yust, C., y López Pérez-Díaz, Á. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39–47. <https://doi.org/10.1151/ascp084239>

Donald, F., Arunogiri, S., y Lubman, D. I. (2019). Substance use and borderline personality disorder: fostering hope in the face of complexity. *Australasian Psychiatry*, 27(6). <https://doi.org/10.1177/1039856219875061>

Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., . . . Ma, R. J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188–197.

Frías, A., Palma, C. y Farriols, N. (2017). Parte I: Introducción al trastorno límite de la personalidad. En A. Frías Ibañez (Ed.), *Vivir con trastorno límite de la personalidad* (17-34). Desclée.

García González, R. y Suárez Alonso, M. L.(2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455. <https://doi.org/10.20882/adicciones.476>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., y Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., y Marlatt, G. A. (2011, July 19). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>

i Farrés, C. C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martín–Blanco, A., y Soler, J. (2018). Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 46(6), 226–233.

<https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/355>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2014). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones.

<https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508-esp.pdf>

Linehan, M. M. (1993). *Tratamiento cognitivo-conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad*. Guilford Press.

Linehan M. M. (2003). *Manual de tratamientos de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.

Linehan, M. M., Schmidt, H., 3rd, 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.org/10.1080/105504999305686>

Maffei, C., Cavicchioli, M., Movalli, M., Cavallaro, R., y 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>

- McKay, M., Wood, J. C., y Brantley, J. (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctica Conductual*. Declée.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- Oppermann, C. M. de O., Lewgoy, L. B., y Araujo, R. B. (2015). Dialectical behavior therapy for drug addiction patients. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 113-118. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150016>
- Pontalti, I. y Semerari, A. (2003). El trastorno límite de la personalidad. En A. Semerari y G. Dimaggio (Eds.) *Los trastornos de la personalidad, modelos y tratamientos* (149-185).Declée.
- Ramadas, E., Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. A. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 11(10), 133. <https://doi.org/10.3390/bs11100133>
- Riquelme Hidalgo, L., Acuña SM, L., y Jara Vargas, C. (2020). Estudio sobre la relación entre trastorno límite de la personalidad y adicciones. *Psiquiatría y Salud Mental*, 37(3/4), 134-136.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R., y Carballo, J. L. (2007). *Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Shan, R. y Zanarini, M.C (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593 <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Snow, M. B., Balling, C., y Zimmerman, M. (2020). Re-examining borderline personality disorder and substance use disorder: The role of emotion dysregulation. *Annals of*

clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, 32(3), 170–175.

Szerman, N., Peris, M. D., Ruiz, A., Ruiz, M., Gunderson, J. G., Rejas, J., y Study Group for the Validation of the DIB-R into Spanish (2005). Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). *Current medical research and opinion*, 21(8), 1251–1259.

<https://doi.org/10.1185/030079905X56385>

Tomko, R.L., Trull, T.J., Wood, P.K. y Sher, K.J.(2014).Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25248122/>

Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., y Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(15).

<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>

Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1231–1241

Vest, N. A., y Tragesser, S. (2020). Coping motives mediate the relationship between borderline personality features and alcohol, cannabis, and prescription opioid use disorder symptomatology in a substance use disorder treatment sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 230–236.

<https://doi.org/10.1037/per0000385>

Vicens, E. (Coord.)(2006). Trastorno límite de la personalidad (TLP).

<https://www.trastornolimitate.com/images/stories/pdf/tlp-catsalut-cast.pdf>

Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *The American psychologist*, 59(4), 224–235.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>

Apéndice A

Cronograma temporal del curso:

Semana 1-2	- Pretratamiento
Semana 3	- Presentación (inicio intervención grupal)
Semanas 4-5	- Habilidades de mindfulness
Semanas 6- 8	- Habilidades prevención de recaídas basada en mindfulness
Semanas 9-16	- Habilidades de tolerancia al malestar
Semana 17	- Habilidades de prevención de recaídas basada en mindfulness
Semana 18-19	- Habilidades de mindfulness
Semana 20-28	- Habilidades de regulación emocional
Semana 29	- Habilidades prevención de recaídas basada en mindfulness
Semana 30-31	- Habilidades de mindfulness
Semana 32-37	- Habilidades de eficacia interpersonal
Semana 38	- Habilidades prevención de recaídas basada en mindfulness
Semana 39	- Despedida (última sesión)
Sesiones de seguimiento	- Semanas: 1 y 2 postratamiento - Meses: 1,3, 6, 12 y 18 postratamiento

Anexo B

Resumen de módulos, objetivos y estrategias:

Sesiones individuales: Pre y post tratamiento	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar el cumplimiento de los criterios de admisión y seleccionar el grupo más adecuado para cada participante - Establecer una relación positiva con los participantes - Aumentar del compromiso y adherencia al tratamiento - Determinar el tamaño del efecto de la intervención 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de las herramientas de evaluación antes y tras la evaluación - Sesiones individuales
Sesiones de presentación, cierre y despedida	
Objetivos	Estrategias

<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la adherencia al tratamiento y motivación a la participación - Señalizar las reglas del curso - Fomentar un ambiente confortable - Recordar y afianzar las estrategias practicadas - Conocer la opinión de los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Diálogo y debate grupal - Resúmenes
Módulo 1. Mindfulness	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la experiencia presente y mejorar el control atencional - Aumentar la conciencia de los estados emocionales y de los impulsos - Fomentar la motivación hacia la realización de ejercicios de mindfulness 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de conciencia plena y control atencional. - Diferencia entre los tres estados mentales: mente emocional, mente racional y mente sabia - Habilidades de “qué” y “cómo” - Psicoeducación
Módulo 2. Habilidades de Prevención de recaídas basada en mindfulness	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar habilidades cognitivas y conductuales que permitan anticipar y gestionar situaciones de alto riesgo para mantener la abstinencia, al mismo tiempo que se fomenta la capacidad de reconocer, aceptar y responder de manera consciente a los pensamientos, emociones y sensaciones físicas vinculadas con el deseo de consumo del alcohol - Modificar pensamientos, percepciones y actitudes respecto al consumo y durante las situaciones de alto riesgo. - Incrementar la motivación y la percepción de autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de mindfulness - Metáforas - Habilidades de identificación de situaciones de alto riesgo - Habilidades de afrontamiento a situaciones de alto riesgo - Psicoeducación - Debates grupales - Role plays - Reestructuración cognitiva
Módulo 3. Tolerancia al malestar	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la tolerancia y aceptación al dolor emocional, a sí mismo, al mundo y la realidad - Reducir el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de habilidades en crisis <ul style="list-style-type: none"> - Distracción: actividades distractoras y generar emociones opuestas

<p>conductas impulsivas, así como el aprendizaje de conductas adaptativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la capacidad de calmarse por sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el momento - Pensar en pros y contras - Entrenamiento de habilidades para aceptar la realidad: <ul style="list-style-type: none"> - Aceptación radical, cambiar/dirigir la mente, buena disposición frente la terquedad. - Psicoeducación - Debates grupales
Módulo 4: Regulación emocional	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a identificar y comprender las emociones - Reducir la vulnerabilidad emocional - Disminuir el sufrimiento emocional - Minimizar la ocurrencia de emociones no deseadas - Facilitar la recuperación de emociones extremas 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades para identificar y etiquetar emociones, así como los obstáculos para su cambio - Habilidades para cambiar respuestas emocionales <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar los hechos - Resolución de problemas - La acción opuesta - Habilidades para reducir la vulnerabilidad emocional <ul style="list-style-type: none"> - Afrontar con tiempo - Cuidar el cuerpo de la misma manera que cuidamos la mente - Acumular experiencias positivas - Construir sentimiento de autoeficacia - Psicoeducación - Debates grupales - Reestructuración cognitiva
Módulo 5. Habilidades de eficacia interpersonal	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> - Construcción de relaciones positivas y reducción de escala de conflictos - Aprendizaje de habilidades específicas para las relaciones interpersonales - Pedir efectivamente lo que se quiere o decir "no" a una solicitud - Rechazar peticiones no deseadas o poco razonables 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades DEARMAN, GIVE y FAST - Psicoeducación - Debates grupales - Role plays