Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Presentado por: Bárbara Cordón Herrera

Tutora: Tamara Escrivá Martínez

Curso: 2024/2025

Convocatoria: Ordinaria

Resumen

Existe una alta prevalencia entre la concurrencia del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), lo que da lugar a un cuadro clínico complejo conocido como patología dual. Esta comorbilidad implica una significativa gravedad clínica, no solo por el malestar que genera la propia sintomatología a los pacientes, sino también por el alto grado de interferencia que genera en su funcionamiento global. La coexistencia de ambos trastornos incrementa el riego de conductas suicidas, recaídas en el consumo de sustancias y dificultades en la adherencia a tratamientos convencionales. En este contexto, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) ha mostrado evidencias para el abordaje de los trastornos donde la desregulación emocional es el núcleo del problema. Por ello, el objetivo de la presente revisión sistemática es analizar la evidencia disponible sobre la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) para el tratamiento de esta patología dual. Los resultados indican que la DBT es eficaz en la mejora de la sintomatología que presentan los pacientes con TLP y TUS comórbidos, tanto en variables de salud mental asociadas al funcionamiento psicológico adaptativo (regulación emocional, habilidades interpersonales), como en variables asociadas a la reducción del malestar (consumo de sustancias, conducta suicida, impulsividad). Finalmente, se abordan las limitaciones de los estudios analizados y se sugieren direcciones para desarrollar futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, trastorno por uso de sustancias, terapia dialéctico conductual.

Abstract

There is a high prevalence of co-occurrence of Borderline Personality Disorder (BPD) and Substance Use Disorder (SUD), which results in a complex clinical picture known as dual pathology. This comorbidity implies significant clinical severity, not only due to the distress generated by the symptoms themselves, but also due to the high degree of interference it generates in their overall functioning. The coexistence of both disorders increases the risk of suicidal behavior, relapse into substance use, and difficulties in adhering to conventional treatments. In this context, Dialectical Behavior Therapy (DBT) has demonstrated evidence for addressing disorders where emotional dysregulation is the core of the problem. Therefore, the objective of this systematic review is to analyze the available evidence on the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) for the treatment of this dual pathology. The results indicate

that DBT is effective in improving symptoms in patients with comorbid BPD and SUD, both in mental health variables associated with adaptive psychological functioning (emotional regulation, interpersonal skills) and in variables associated with the reduction of distress (substance use, suicidal behavior, impulsivity). Finally, the limitations of the analyzed studies are addressed, and directions for future research in this field are suggested.

Key Words: Borderline Personality Disorder, Substance Use Disorder, Dialectical Behavior Therapy

Índice

1. Introducción 6
1.1. Justificación 6
1.2. Marco Teórico 7
1.2.1 Trastorno Límite de la Personalidad 7
1.2.2 Trastorno por Uso de Sustancias 9
1.2.3 Terapia Dialéctica Conductual 11
1.2.4 Terapia Dialéctica Conductual Para la Patología Dual 12
1.3. Objetivos e Hipótesis 13
2. Método 14
2.1. Diseño 14
2.2. Criterios de elegibilidad 14
2.3 Estrategia de búsqueda 16
3. Resultados 18
3.1. Selección de los estudios 18
3.2. Evaluación del Sesgo 20
3.3. Selección de los Estudios 20
3.1.1. Características del Lugar y Año de Publicación 25
3.1.2. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos 25
3.1.3. Características de los Participantes 26
3.1.4. Características de las Intervenciones 26
3.1.5. Características de los Grupos Control 28
3.1.6. Características de las Variables de Resultado 28
4. Discusión 33
4.1. Objetivos de la revisión y preguntas de investigación 33
4.2. Interpretación de los resultados 33
4.3. Limitaciones de los hallazgos y futuras líneas de investigación 35
4.4. Conclusión 36
5. Referencias 37

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Criterios de Inclusión y Exclusión ……. 15

Tabla 2. Estrategia PICO para la Pregunta de Investigación ……. 15

Tabla 3. Características de los Artículos Seleccionados …… 24

Figura 1. Diagrama de Flujo, Metodología PRISMA …….. 19

Figura 2. Año de publicación de los artículos incluidos ……. 25

Índice de Abreviaturas

TUS Trastorno por Uso de Sustancias

TLP Trastorno Límite de la Personalidad

DBT Dialectical Behavior Therapy

APA American Psychological Association

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

CS Conducta Suicida

ASFS Autolesiones Sin Finalidad Suicida

PRISMA Preferred Reporting Ítems for Systematic Reviews and MetaAnalyses

PICO Patient, Intervetion, Comparation, Outcome

CASPe Critical Appraisal Skills Programme español

1. Introducción

1.1. Justificación

El trastorno por uso de sustancias (en adelante TUS) es muy frecuente entre las personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP) (Dulit et al., 1990). Esta combinación diagnóstica, conocida como patología dual, presenta una alta prevalencia y un importante impacto sanitario y socioeconómico (González et al., 2019), lo que supone un reto significativo para la intervención clínica (Langas et al., 2012). Según la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los trastornos de personalidad del DSM-V (APA, 2013), en promedio, el 67% de las personas con diagnóstico de TLP tiene TUS (Lenzenweger et al., 2007) y la concurrencia de ambos trastornos es superada solo por los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Tomko et al., 2014).

El diagnóstico del TLP y TUS comórbidos puede suponer un desafío a causa de la superposición de síntomas y los limitados métodos de evaluación existentes (Langas et al., 2012). Como diagnósticos aislados, el TLP y el TUS se asocian con un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas (Ramey y Reiger, 2018; Videler et al., 2019), sin embargo, su coexistencia puede inducir una mayor angustia emocional y déficit en la funcionalidad de las diferentes áreas vitales, manifestándose en dificultades como: mayor índice de suicidio, menor apoyo social, conflictos interpersonales o problemas legales (Trull et al., 2018). Cabe señalar que la adicción en un TLP es un factor asociado a peor pronóstico de recuperación (Kienast et al., 2014; Carra et al., 2015).

La probabilidad de que las personas que presentan este complicado diagnóstico no reciban un tratamiento adecuado a sus necesidades es muy alta (Dulit et al., 1990), esto es especialmente preocupante debido al alto índice de suicidio y las elevadas tasas de recaídas asociadas a la patología dual (Darke et al., 2005; Bowden et al., 2004). Lo que subraya la necesidad de intervenciones adaptadas para dar respuestas al abordaje tanto, de los problemas en la regulación emocional, las relaciones interpersonales y el alto índice de suicidio, así como el mantenimiento de la abstinencia (Verheul et al., 2003).

Existen tratamientos específicos para tratar la adicción y la sintomatología provocada por el TLP (Font, 2019; Fuster et al., 2024), pero hay escasas investigaciones que se enfocan en desarrollar tratamientos psicológicos adecuados para pacientes con ambos trastornos (Lee et al., 2015). En una revisión realizada por Pennay et al. (2011) se concluyó que, hasta la fecha, no

había evidencia suficiente para recomendar un tratamiento de elección a la hora de trata esta compleja patología dual. Sin embargo, estos últimos años, ha habido un consenso en la literatura científica sobre el uso de enfoques integrales para el tratamiento de ciertas problemáticas más comórbidas (Linehan y Dimeff, 1997).

En este contexto, la Terapia Dialéctica Conductual (en adelante DBT por sus siglas en inglés), diseñada en un principio para el tratamiento del TLP (Linehan, 1993), emerge como un enfoque terapéutico integral que ha demostrado evidencia empírica en otros trastornos como: trastorno de la conducta alimentaria (Kamody et al., 2018), la depresión resistente a tratamientos (Soler et al., 2016), el trastorno bipolar (Ritschel et al., 2015) o el trastorno por uso de sustancias (Rizvi et al., 2013). Aunque comienzan a surgir estudios que respaldan el uso de la DBT para el tratamiento del TLP y TUS comórbidos, aún existen lagunas en la investigación respecto a su aplicación (Rizvi et al., 2013).

Por ello, en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y Bienestar) de la ONU (2015), esta revisión sistemática tiene como finalidad analizar la evidencia existente sobre la eficacia de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) comórbidos. A través de este análisis, se busca determinar en qué condiciones esta terapia resulta más adecuada para el abordaje de la patología dual, contribuyendo así a la promoción de estrategias terapéuticas eficaces que favorezcan el bienestar y la salud mental, en sintonía con los principios del ODS 3.

1.2. Marco Teórico

1.2.1 Trastorno Límite de la Personalidad

Características clínicas

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición clínica que se caracteriza por un patrón de inestabilidad afectiva en la autoimagen, relaciones interpersonales, a lo que se le suma una marcada impulsividad (Zimmerman y Becker, 2023).

En lo que respecta al TLP en la práctica clínica es considerado uno de los trastornos más complicados de intervenir por su grave sintomatología y difícil pronóstico (González et al., 2023), además, el infradiagnóstico del TLP se ha categorizado como un problema clínico (Zimmerman y Becker, 2023) por su alta comorbilidad, puesto que, las personas que padecen TLP acuden a terapia por otros trastornos como trastorno bipolar o el trastorno depresivo mayor, entre otros (APA, 2013).

Los aspectos diagnósticos del TLP se dividen en 4 dimensiones según el DSM-V (APA, 2013): (1) inestabilidad emocional que se refleja en las relaciones interpersonales intensas y el fuerte miedo al abandono; (2) desregulación emocional; (3) alteraciones de la propia identidad a nivel cognitivo, disociación, ideas paranoicas; (4) desregulación conductual a través de la impulsividad y las conductas autolesivas y/o suicidas.

El TLP es un trastorno de etiología multifactorial que generalmente emerge en la edad adulta temprana (Saiz y Bueno, 2021), no existe consenso en la literatura sobre qué desencadena el TLP, pero la mayoría de los autores reconocen que en el trastorno coexisten factores de origen genético, neurobiológico, comportamental y contextual (Caballo, 2004; Díaz, 2001).

Prevalencia

El TLP tiene un porcentaje de prevalencia global del 1,6 al 6% dentro de la población mundial (APA, 2013).

En cuanto a la distribución por género, tampoco hay un acuerdo en el diagnóstico del TLP, en estudios como Tomko et al. (2014) se observan tasas más altas de diagnóstico en mujeres (3,4% frente a 2,2%), mientras que en otras investigaciones como la de Grant et al. (2008) no se encontraron diferencias significativas en lo que respecta al género.

En el caso de España, entre un 2% y un 8% de la población sufre esta complicada patología según la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS, 2021). Aragonès et al. (2013) en su estudio, estimó que la prevalencia de diagnóstico de TLP en España era del 1,4% al 5,9%, ligeramente mayor en mujeres que hombres. Esta prevalencia es indicadora de la necesidad de desarrollar investigaciones que contribuyan a entender este trastorno.

Suicidio

Como se ha comentado en líneas anteriores, el TLP está caracterizado principalmente por conductas de impulsividad (Zimmerman y Becker, 2023). Dentro de esas conductas de impulsividad se encuentra la conducta suicida (CS) y es muy importante diferenciarlas de las autolesiones sin finalidad suicida (ASFS) ya que, en el caso de éstas últimas, la intencionalidad no está motivada por el deseo a morir, sino, como una forma de aliviar el malestar (Páramo et al., 2021).

Según Jopling et al. (2018) entre el 40% y el 85% de las personas diagnosticadas con TLP realizan intentos de suicidio. Un estudio longitudinal durante 24 años con una muestra de 362

pacientes, donde 290 tenían diagnóstico de TLP, concluyó que el 5,9% de los suicidios consumados se habían producido por pacientes diagnosticados de TLP (Temes et al., 2019).

La conducta suicida (independientemente de la motivación) es un comportamiento nuclear en el TLP, por ello es muy importante hacer una buena evaluación para identificar factores de riesgo y protección (Goodman et al., 2017). En un estudio con una muestra de 200 personas realizado en Suiza se ha observado que aquellos pacientes con TLP que cuentan con apoyo social, cumplen el tratamiento y seguimiento posterior de 3 meses llevan a cabo menos CS y ASFS (Vera-Varela et al., 2019).

Comorbilidad

El TLP es un trastorno que raramente se diagnostica de manera aislada. En la investigación de Palomares, et al. (2016) tomaron una muestra de 65 personas con diagnóstico de TLP y concluyeron que, del total, 57 pacientes presentan, al menos, un trastorno comórbido. Hasta en el 85% de los casos de TLP la comorbilidad es frecuente en trastornos afectivos, trastorno por uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (Aragonès et al., 2015).

Además, Grant et al. (2008) concluyeron que el TLP tenía comorbilidad en el trastorno de pánico (51%), trastorno bipolar tipo 1 (50,1%) y trastorno por uso de sustancias (45,8%). Por su parte, Vásquez-Dextre (2016) añaden la comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático, una historia de aprendizaje con episodios traumáticos (violencia, abusos, abandono, etc) puede ser un buen caldo de cultivo para el desarrollo de ambos cuadros diagnósticos.

1.2.2 Trastorno por Uso de Sustancias

Características clínicas

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se define como el conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales, emocionales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de las consecuencias adversas que conlleva (APA, 2013). La coexistencia del TUS con otros diagnósticos se conoce como patología dual y complica el tratamiento a la vez que empeora el pronóstico (Rizvi et al., 2013).

El DSM-V clasifica a los trastornos por consumo de sustancias en función de la sustancia consumida. De esta manera se consideran diez tipos de drogas en las que se encuentran: alcohol, cannabis, estimulantes, tabaco, alucinógenos u opiáceos (APA, 2013).

El consumo puntual de sustancias es clínicamente diferente a la adicción y el posterior desarrollo de un TUS, caracterizado principalmente por la impulsividad y compulsividad (Koob, 2004). Koob y Le Moal (2001) proponen un ciclo de la adicción conformado por cuatro etapas: (1) intoxicación o *binge*, caracterizada por la búsqueda e ingesta de la sustancia, (2) la abstinencia o el afecto negativo, se produce una vez se haya finalizado el consumo y hayan acabado sus efectos aparece la abstinencia y (3) la preocupación o anticipación, mediada por la impulsividad y la compulsividad donde aparece el *craving* o deseo por consumir y (4) la tolerancia o necesidad de aumentar la dosis para lograr el mismo efecto. Paralelamente a este ciclo, se producen alteraciones neuro bioquímicas, emocionales y psicológicas, mediadas por los sistemas de recompensa y autocontrol que se encuentran involucrados en el desarrollo del hábito de consumo (Koob, 2004).

Aunque no existe un perfil de persona adicta que sea aplicable a todas las personas con este diagnóstico, sí existen ciertas características comunes: (1) existencia de un patrón de autoadministración de la sustancia compulsivo, (2) el consumo es en grandes cantidades o durante un tiempo más prolongado de lo previsto, (3) deseos o esfuerzos fallidos de cesar el consumo, (4) inversión de tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse; (5) se deterioran las relaciones interpersonales, se reducen o abandonan actividades importantes (Sanz, 2019).

Prevalencia

En España, el consumo de sustancias constituye el primer problema de salud pública según indica el Ministerio de Sanidad en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

El análisis de la epidemiología en nuestro país con respecto al consumo de drogas, señalaremos la información procedente de las encuestas realizadas desde el Plan Nacional Sobre Drogas. En concreto, se analizará la encuesta EDADES realizada a la población general de entre 15 y 64 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2024) y a la encuesta realizada a estudiantes de entre 14 y 18 años ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2023). A continuación, se exponen los resultados más relevantes, de algunas de las sustancias, extraídos de las fuentes anteriormente mencionadas.

En el año 2024, de una muestra de 26.878 personas, la droga con mayor prevalencia es el alcohol (76,5%), el perfil de consumidor de riesgo sería un hombre, de 38 años de media, soltero y con estudios secundarios. En el ESTUDES (2023) el alcohol también sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de 14 y 18 años, siendo el consumo

intensivo (*binge drinking*) mayor en chicas y situando la edad de inicio de consumo en los 13,9 años.

Respecto al cannabis aumenta la prevalencia (12,6%) en comparación a la encuesta hecha en 2022. El consumo de esta sustancia es mayor en chicos que tienen entre 15 y 24 años.

En 2024 un 2,5% de la población española ha consumido cocaína en polvo o base en el último año. Además, toda esta población ha consumido alcohol o tabaco en los últimos 30 días y el 93,4% también otras drogas ilegales.

La percepción del riesgo del consumo de alcohol o tabaco es relativamente baja, más en mujeres. En comparación con el EDADES (2022) se observa un aumento generalizado en la percepción de la disponibilidad de drogas, siendo la sustancia más accesible el cannabis (59,9% de la población afirma conseguirla fácilmente en 24 horas), en segundo lugar, se sitúa la cocaína (40,6%).

Con respecto a variables relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias, en 2024 el 2,2% de la población reconoce haber tenido ideación suicida y el 0,5% lo ha llegado a intentar, observándose en las mujeres una predisposición mayor.

1.2.3 Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) fue desarrollada por Marsha Linehan en la década de 1980 y se desarrolló originalmente para el tratamiento de mujeres con tendencias suicidas crónicas y problemas de conducta graves que no se podían tratar desde los modelos existentes (Saiz y Bueno, 2021). En la actualidad la DBT es el tratamiento con mayor evidencia empírica para tratar el TLP y otros trastornos como el trastorno de la conducta alimentaria o el trastorno por consumo de sustancias (Kamody et al., 2018).

Es un tratamiento cognitivo-conductual basado en la filosofía dialéctica de cambio y aceptación, esto es lo que principalmente la distingue de otras terapias menos eficaces que solo se centran en el cambio (Elices y Cordero, 2011).

A parte de ser un tratamiento, la DBT se presenta como un marco teórico para explicar la etiología del TLP. La teoría Biosocial (Linehan, 1993) defiende que la desregulación emocional es el resultado de la combinación de la vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante. Por un lado, la vulnerabilidad biológica implica una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, lo que conlleva reacciones intensas que afectan al procesamiento cognitivo y a la recuperación emocional al estado basal. Por otro lado, un ambiente invalidante es aquel donde las

experiencias de la persona y las respuestas emocionales son ignoradas o consideradas inadecuadas. De esta manera la persona aprende que su propia experiencia emocional es errónea y atribuye estas características a rasgos de personalidad poco aceptados. Como resultado, el ambiente no proporciona las herramientas necesarias para la regulación, lo que conlleva al desarrollo de estrategias disfuncionales (Linehan, 1993).

Por tanto, desde el enfoque de la DBT, se entiende este proceso como algo recíproco e interdependiente donde, la combinación de la alta reactividad emocional y un entorno que no enseña estrategias hace que la persona tenga falta de habilidades para gestionarse (Saiz y Bueno, 2021). Por ello la validación es una de las principales estrategias dentro de la terapia y se presenta como un aspecto esencial en la DBT junto a la dialéctica, la solución de problemas y la comunicación empática (Linehan, 1993).

En cuanto a la estructura de las intervenciones basadas en DBT, se pueden diferenciar cuatro instancias interdependientes para la eficacia del tratamiento (Linehan, 1993):

(1) terapia individual con frecuencia semanal, tiene el objetivo mejorar la toma de conciencia y responsabilidad, disminución de conductas que interfieran contra la vida, la terapia o la calidad de vida del paciente.

(2) grupo de habilidad con frecuencia semanal y duración de unas 2 horas aproximadamente. Tiene el objetivo de entrenar habilidades relacionadas con la conciencia, aceptación y cambio de conductas. En estos grupos se enseñan habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de eficacia interpersonal y habilidades de regulación emocional a través del mindfulness.

(3) consultoría telefónica, para atender situaciones de crisis, reforzar el aprendizaje de pedir ayuda y fomentar el autocontrol.

(4) reuniones de supervisión del equipo de terapeutas, es un espacio para supervisar casos, garantizar la adherencia al tratamiento y brindar apoyo a los terapeutas.

1.2.4 Terapia Dialéctica Conductual Para la Patología Dual

Como se ha mencionado en líneas anteriores, la DBT en su inicio fue desarrollada para el tratamiento de la sintomatología provocada por el TLP (Linehan), pero ha mostrado evidencias para el abordaje de los trastornos donde la desregulación emocional es el núcleo del problema (Kamody et al., 2018; Neacsiu et al., 2014; Saiz y Bueno, 2021).

Acercando esta evidencia a las conductas desadaptativas que surgen en los episodios del TUS, la conducta adictiva se podría definir como la única vía aprendida por el paciente para reducir los estados emocionales desagradables (Kamody et al., 2018). Esta hipótesis estaría respaldada por la Teoría de la Automedicación (Khantzian y Schneider, 1986) las personas utilizan el consumo de drogas para modular sus estados emocionales. Esto se puede extrapolar también a cuando el TUS coexiste con un TLP, según la Teoría Biosocial (Linehan, 1993) la desregulación emocional es la base para llevar a cabo conductas desadaptativas.

Según McCain et al. (2004) las personas que presentan TLP comórbido con TUS emplean conductas disfuncionales para regular sus emociones. En este contexto, en lugar de aceptar los cambios propios del estado de ánimo, la persona con patología dual podría recurrir al consumo de sustancias o a las autolesiones.

Por ello, abordar ambos trastornos de forma conjunta es crucial para llegar a resultados terapéuticos sostenibles (Linehan et al., 1999), ya que, ignorar la sintomatología subyacente de uno de los trastornos puede comprometer la efectividad del tratamiento en el otro. En este caso, la desregulación emocional y, por ende, la impulsividad asociada al TLP, pueden incrementar el consumo de sustancias, mientras que el TUS puede exacerbar la inestabilidad emocional y las conductas poco habilidosas del TLP (Verheul et al., 2003).

Dada la capacidad que parece presentar la DBT en el aprendizaje de habilidades, y considerando que la desregulación emocional es un factor central en las conductas disfuncionales de los pacientes con TLP y TUS, resulta relevante explorar la evidencia disponible en los últimos años para comprender cómo la DBT puede ayudar a las personas con esta complicada patología dual.

1.3. Objetivos e Hipótesis

Por ello, el objetivo principal del presente estudio es analizar la evidencia existente en la literatura científica sobre la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual para el tratamiento de pacientes con el perfil comórbido de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno por Uso de Sustancias.

Los objetivos específicos que se plantean son:

- Comparar la eficacia de la DBT con otras intervenciones utilizadas en estudios con grupo control, con el fin de determinar qué enfoques terapéuticos son más efectivos para reducir los síntomas producidos por la patología dual.

- Explorar la eficacia de la DBT en variables relacionadas con la salud mental en los pacientes diagnosticados con TLP y TUS.

Por tanto, esta investigación plantea dos preguntas de investigación:

- ¿La DBT resulta más eficaz que otras terapias para el tratamiento del TLP y TUS?
- ¿La intervención basada en DBT ayuda a pacientes con diagnóstico comórbido en TLP y TUS a mejorar su salud mental?

Los resultados de esta revisión arrojarán información sobre si este tipo de enfoque terapéutico resulta eficaz para trabajar las problemáticas psicológicas derivadas del TLP y TUS.

2. Método

2.1. Diseño

Con el objetivo de realizar una selección de investigaciones que pudiesen proporcionar información valiosa sobre el tema, se han seguido los estándares internacionales de redacción fijados en la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Ítems for Systematic Reviews and MetaAnalyses*; Page et al., 2020) para su elaboración. Esta incluye una lista de verificación compuesta por 27 ítems para realizar revisiones sistemáticas (Ciapponi, 2021).

2.2. Criterios de elegibilidad

Es importante definir los criterios de selección de estudios para garantizar la rigurosidad de la revisión sistemática. Los criterios de inclusión y exclusión que se han utilizado se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Criterios de Inclusión y Exclusión

	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Participantes	- Mujeres y Hombres mayores de 18 años.	- Menores de 18 años.
Condiciones médicas de los participantes	- Diagnóstico comórbido de TLP y TUS, sin especificar la droga consumida.	- Estudios que no incluyan el diagnóstico de ambos trastornos. - Pacientes con trastornos psicóticos o deterioro cognitivo.
Tipos de	- Ensayos controlados aleatorizados, ensayos	- Capítulos de libros, documentos, trabajos de congresos o cualquier

publicaciones	cuasiexperimentales o evaluaciones pre-post. - Publicaciones desde el 2012 al 2024. - Texto completo a través de las bases de datos de la Universidad Europea.	otra publicación que no fuese artículo científico original. - Publicaciones anteriores al 1 de enero de 2012. - No acceso a texto completo a través de las bases de datos de la Universidad Europea.
Tipo de Intervención	- Intervenciones basadas en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).	- Otro tipo de tratamiento que no utilice la DBT como base.
Variables de resultados	- Variables relacionadas con la salud mental.	
Idioma del artículo	- Inglés o español.	

Para la formulación de la pregunta de investigación se siguió la estrategia PICO (*patient, intervention, comparison, outcomes*) (véase Tabla 2.), con la cual se pretende mejorar la claridad conceptual de la problemática a estudiar. Concretamente, permite estructurar de manera correcta la investigación y define los conceptos con los que se realizará la posterior búsqueda (Landa y De Jesús, 2014).

Tabla 2.

Estrategia PICO para la Pregunta de Investigación

ACRÓNIMO	DEFINICIÓN	LA PRESENTE REVISIÓN
P	Paciente o problema	Pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y trastorno por uso de sustancias
I	Intervención	Terapia Dialéctico Conductual
C	Control o comparación	Respecto a otras intervenciones/terapias psicológicas o ninguna intervención.
O	Resultados	Variables relacionadas con la salud mental y con el consumo de sustancias.

A continuación, se describe con mayor detalle la información de la presente investigación con respecto a la estrategia PICO.

Pacientes

Los participantes que se incluyen son hombres y mujeres adultas, con diagnóstico dual de TLP y TUS, excluyendo a aquellos participantes que presenten trastornos mentales graves (p.ej. trastornos psicóticos, esquizofrenia, discapacidad intelectual, etc).

Intervención

La intervención empleada será el tratamiento con DBT. Los parámetros específicos de aplicación pueden diferir entre estudios, pero en todos los casos se garantizará la aplicación de este tipo de tratamiento. Se descartan todos aquellos estudios que no incluyan la DBT.

Comparador

En los casos que haya grupo control, se incluyen aquellos tratamientos activos que no estén basados o fundamentados en la DBT, como: Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Mentalization-based treatment (MBT), Dual-Focus Schema Therapy (DFST). De la misma manera, se incluyen investigaciones que no emplearon grupo control o que utilizaron grupos en lista de espera.

Medidas de resultados

Las medidas de resultados que se emplearán para evaluar la eficacia de la intervención con DBT, en este trastorno dual se relacionan con variables de salud mental. Concretamente, se estudiarán, por una parte, variables relacionadas con la salud mental (por ejemplo, regulación emocional, ideación suicida, etc) y, por otra parte, con la reducción del consumo de sustancias.

2.3 Estrategia de búsqueda

Con el objetivo de asegurar la evidencia científica y el rigor metodológico, se llevó a cabo un rastreo de la literatura científica basada en fuentes que incluyen artículos con un nivel de evidencia científica moderado-alto. Se eligieron las principales bases de datos que contienen información relevante sobre el ámbito de estudio: Web of Science (WOS), Psycinfo y Pubmed. La búsqueda principal se realizó el 2 de diciembre de 2024, aunque a mediados de enero se volvió a realizar la misma búsqueda con el filtro de año de publicación en 2024, por si hubiese algún estudio más para incluir en la revisión.

En lo que respecta a la estrategia de búsqueda, en un primer momento se realizó una primera búsqueda exploratoria para identificar el volumen de información publicada en Google Scholar. Se utilizó el término “trastorno límite de la personalidad” y se combinó con diferentes sustancias “alcohol”, “cocaína”, “cannabis”, etc., para comprobar si existía un mayor número de

publicaciones relativa a una sustancia. Tras esta búsqueda genérica, se vio una clara tendencia de policonsumo por parte de pacientes diagnosticados con TLP, por ello, con el objetivo de obtener hallazgos más concretos, se generalizó el término a “trastorno por uso de sustancias” en lugar de ir diferenciando entre drogas.

Después, se comenzó a realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas anteriormente. Para ello, se utilizaron las diferentes acepciones relativas a la adicción presentes en el DSM-V y así definir las palabras clave “substance use disorder”, “addiction”, “drug abuse”, “dependence”. Para acotar los trabajos que hablasen de la terapia dialéctico conductual se utilizó como palabra clave “dialectical behavioral therapy” y “DBT”. Todas las búsquedas se hicieron en inglés, menos en la base de datos Psicodoc que se emplearon las palabras clave en castellano.

En todos los casos se realizó la localización de trabajos que contuviesen estos términos en el título, resumen o palabras claves. De este modo, en la búsqueda final se empleó la siguiente ecuación de búsqueda con operadores booleanos: TITLE-ABS-KEY ("borderline personality disorder" AND “substance use disorder” OR “addiction” OR “drug abuse” OR “dependence” AND “dialectical behavioral therapy” OR “DBT” AND “program” OR “intervention” OR “training”). En Psicodoc (“trastorno límite de la personalidad” AND “trastorno por uso de sustancia” OR “consumo problemático de sustancias” OR “trastorno dual” OR “diagnóstico dual” OR “adicción” OR “abuso de drogas” OR “dependencia” AND “terapia dialéctico conductual” AND “programa” OR “intervención” OR “entrenamiento”).

Después de realizar la búsqueda, se introdujeron todos los estudios en Rayyan, un gestor bibliográfico creado por Qatar Computing Research Institute (Data Analytics), que permite importar, almacenar y gestionar la información de una manera más ágil. Las principales características de esta herramienta son que almacena los documentos en texto completo, identifica los registros duplicados e importa las citas desde las diferentes bases de datos.

Tras ello, se eliminaron las investigaciones duplicadas, después, se realizó un primer cribado basándonos en el título y resumen de los estudios. Por último, se procedió a la lectura completa de los artículos seleccionados para comprobar que cumpliesen los criterios de inclusión y exclusión.

3. Resultados

3.1. Selección de los estudios

En lo que respecta al proceso de selección de estudios, se recopilaron un total de 83 artículos derivados de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos anteriormente mencionadas. Durante el proceso de vaciado de los diferentes artículos se añadieron 3 trabajos a partir de referencias de interés incluidas en los mismos.

Se procedió al análisis de los 83 trabajos en Rayyan. En este primer proceso de cribado se eliminaron 45 artículos duplicados, por lo tanto, el número total de estudios a examinar se redujo a 38.

Tras un análisis manual de los títulos y resúmenes de los trabajos se excluyeron un total de 27. Los motivos por los cuales se eliminaron estos artículos fueron los siguientes: no incluir la DBT como tratamiento principal (n=9), estudios con población menor de edad (n=1), investigaciones de TLP con otro trastorno diferente al TUS (n=3) o no tener texto completo disponible (n=4) y no cumplir con el criterio temporal estipulado (n=1).

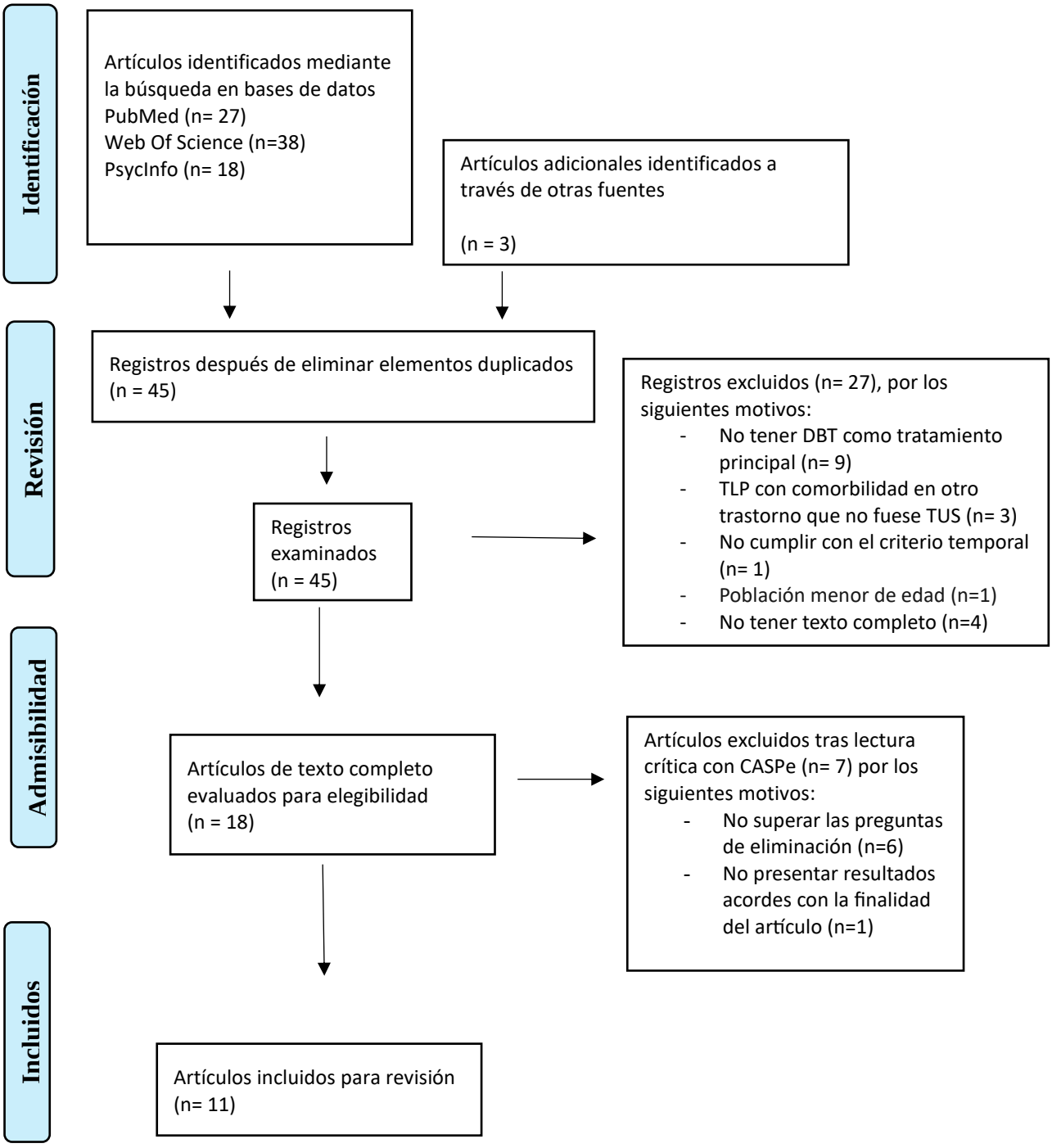
A continuación, se realizó una lectura crítica de los 18 artículos restantes para decidir cuáles se incluían o no en la presente revisión. Aplicando los criterios marcados por las plantillas de la herramienta CASPe se comprueba el rigor y la evidencia de los artículos. Gracias a las tres primeras preguntas de eliminación de las correspondientes plantillas se cribaron 6 estudios, posteriormente se eliminó 1 más por no presentar resultados acordes con la finalidad del artículo.

Finalmente, el proceso de cribado y elegibilidad del presente estudio ha permitido incluir para su riguroso análisis un total de 11 artículos científicos.

La Figura 1 representa, en forma de diagrama de flujo de la información, el proceso de identificación, filtraje y selección de los artículos incluidos en la presente revisión.

Figura 1.

Diagrama de Flujo, Metodología PRISMA (Page et al., 2020).



3.2. Evaluación del Sesgo

Para contrarrestar el riesgo de sesgo existen listas de verificación como la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Es un guía que se utiliza para la lectura crítica de estudios. Para cada tipo de estudio, CASPe proporciona una plantilla con 10-12 preguntas y tres opciones de respuesta Sí (cuando se cumple el estándar), No sé (adherencia parcial al estándar) y No (cuando no se cumple el estándar o no hay información suficiente). Los tres primeros ítems de la plantilla son preguntas de eliminación y hacen referencia a: si los objetivos del estudio están bien planteados, la congruencia de la metodología utilizada para la investigación y a la relación entre los objetivos y resultados del estudio. Las demás preguntas tienen que ver con el diseño del estudio, métodos de recolección de datos, análisis de datos y discusión de los resultados. Basándonos en el estudio de Núñez (2021), las puntuaciones oscilan entre 0-3 (alto riesgo de sesgo), 4-7 (riesgo medio de sesgo) y 8-10 (bajo riesgo de sesgo). En la presente revisión se van a elegir aquellos artículos que tengan una puntuación de más de 7 puntos.

3.3. Selección de los Estudios

A continuación, se describen en la Tabla 1 los artículos seleccionados tras la evaluación y lectura crítica de los mismos. Se ha incluido de cada trabajo los autores firmantes, el año de publicación, criterio de inclusión para esta revisión sistemática, el objetivo, el grupo de tratamiento (muestra evaluada y diseño), si incluye o no grupo control, las variables que se estudian, los instrumentos que miden esas variables y principales resultados. Esta separación de la información pretende facilitar el acceso a los datos y darle una estructura más sencilla al trabajo.

Tabla 1

Características de los Artículos Seleccionados

AÑO Y LUGAR	AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	CRITERIOS INCLUSION	OBJETIVOS	GRUPO TTO (N, formato, duración, modalidad)	GRUPO CONTROL	VARIABLES	INSTRU-MENTOS	RESULTADOS
2017 **Italia**	Abdelkarim et al.	Ensayo aleatorio controlado.	Adultos con diagnóstico dual de TLP y TUS. En tratamiento previo.	Conocer la efectividad de la DBT en relación al tratamiento habitual (TCC) para: (1)mejorar los resultados conductuales relacionados con el TLP y TUS (2)mejorar la regulación emocional.	n=40. Formato presencial, 1 año de tratamiento en un recurso comunitario para pacientes con patología dual.	n=20 en el grupo DBT. n=20 en su tratamiento habitual sin reemplazo de fármacos (TCC).	Regulación emocional. Autolesiones. Consumo de sustancias.	DERS. ASSIST. Análisis de orina	Tras un año de DBT el grupo tomó menos medicación, menos tasas de ingresos, intentos de suicidios y episodios de NSSI. Además, el grupo DBT demostró mayor retención al tratamiento y mayor abstinencia a sustancias. La DBT demostró más eficacia que TAU. Evaluación de seguimiento: 4, 8, 12 y 16 meses
2011 **EE.UU.**	Axelrold et al.	Estudio empírico cuantitativo.	Adultos con diagnóstico de TLP y TUS. Sustancias: alcohol (88%), opiáceos (44%) y cocaína (31%).	Evaluar la mejora en la regulación emocional y examinar la relación entre las mejoras de la regulación de las emociones y los problemas de consumo de sustancias.	n=27M. 20 semanas de DBT (1h terapia individual y 2h de grupo de habilidades). Seguimiento telefónico.	No aplica	Regulación emocional. Frecuencia del consumo. Estrategias de apego.	BDI. ASSIST. DERS.	El 55,6% completó el tratamiento, pese a las estrategias de vinculación terapéutica. Mejora en la regulación emocional y menor impulsividad. Mayor desarrollo de habilidades para la reducción del consumo.
2021 **EE.UU.**	Buono et al.	Ensayo aleatorio controlado. (Estudio piloto)	Adultos ingresados en un recurso de varias fases de autonomía con diagnóstico de TLP y TUS.	Investigar las diferencias en los resultados del tratamiento con DBT en pacientes diagnosticados con TLP con o sin TUS para medir los cambios en el uso de habilidades.	n=76. Tratamiento de DBT transicional a vivienda durante 28 días, dentro de un hospital. 5 sesiones grupales y 2 indiviuales.	Grupo 1: TLP sin TUS n=41. Grupo 2: TLP con TUS n=35.	Ansiedad. Depresión. Regulación emocional. Estrategias de afrontamiento.	GAD-7. PHQ-9 STAI. BDI.	Independientemente de la comorbilidad con TUS, todos los pacientes mejoran en ansiedad y depresión durante el tratamiento. Los cambios pre-post en el uso de habilidades y en culpar a otros no fueron significativamente diferentes entre los grupos. Estos hallazgos amplían la utilidad de la DBT para el tratamiento del TLP con TUS. No seguimiento.

AÑO Y LUGAR	AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	CRITERIOS INCLUSION	OBJETIVOS	GRUPO TTO (N, formato, duración, modalidad)	GRUPO CONTROL	VARIABLES	INSTRU-MENTOS	RESULTADOS
2023 **Francia.**	Duproix et al.	Estudio naturalista a largo plazo.	Adultos con TLP y comorbilidad en TUS ya en tratamiento habitual.	Evaluar el impacto del grupo en habilidades DBT un año después.	n=35(23M y 12H) 41 años. Pacientes del departamento de psiquiatría. 16 sesiones grupales de 2,5h y 3 individuales, dos ciclos en 4 meses.	No aplica.	Regulación emocional (impulsividad). Consumo de sustancias.	DERS. ASSIST.	Un año después del tratamiento, todos los participantes mejoraron en la inestabilidad emocional, uso de sustancias, impulsividad e ideación suicida. Seguimiento un año después para evaluar los cambios y mantenimiento de habilidades.
2019 **Irlanda.**	Flynn et al.	Métodos mixtos.	Adultos con TLP y TUS: alcohol (73%) y sedantes/estimulantes (29%).	Investigar la eficacia de un programa de 24 semanas basado en habilidades de DBT.	n=64 (24H y 39M). Programa grupal presencial UME (Derivado de la DBT). 24 semanas.	No aplica.	Regulación emocional. Consumo de sustancias. Eficacia interpersonal.	DERS. FFMQ. DBT-WCCL. CISMS.	Reducción del abuso de sustancias y mayor desarrollo de habilidades interpersonales y más autocompasión. Reducción significativa en los intentos de suicidio. Mejor pronóstico en pacientes con apoyo familiar.
2016 **España**	Lana et al.	Análisis secundario de un estudio primario.	Adultos con diagnóstico de TUS y TLP.	(1).Valorar si un programa basado en la DBT para pacientes con TLP sin TUS puede ser aplicado a pacientes con TLP y TUS comórbidos. (2). Estudiar si hay diferencias en el resultado del tratamiento en pacientes con TLP con y sin TUS comórbidos.	n=51. Edad 18 y 55. Pacientes ingresados en Hospital de Barcelona. Se utilizó DBT y MBT, 6 meses de tratamiento: Terapias individuales y grupales semanales (entremaiento en habilidades y relaciones basada en MBT).	n=28 se incluyeron en el grupo TLP y TUS n=23 en el grupo TLP sin TUS.	Frecuencia del consumo. Regulación emocional Hospitalizaciones psiquíatricas (1. Presencia/ausencia de tratamiento 2. Número de admisiones 3. Días de hospitalización).	Structured Clinical for DSM-IV Personality. Disorders (SCID-II). DSM-IV para TUS.	La DBT redujo el tiempo en las variables de hospitalización. En comparación, los pacientes con TLP y TUS comórbidos sufrieron más hospitalizaciones y visitas psiquiátricas que el grupo TLP sin TUS. El tratamiento fue efectivo en ambos grupos. Se concluye que las terapias especializadas en TLP pueden ser aplicadas de manera efectiva a pacientes con patología dual. Seguimiento 36 meses.

AÑO Y LUGAR	AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	CRITERIOS INCLUSION	OBJETIVOS	GRUPO TTO (N, formato, duración, modalidad)	GRUPO CONTROL	VARIABLES	INSTRU-MENTOS	RESULTADOS
2018 **Italia.**	Maffei et al.	Ensayo Abierto.	Adultos con diagnóstico de patología dual TLP y TUS en alcohol.	(1). Evaluar el consumo de alcohol y la regulación emocional. (2). Investigar el efecto de las asistencias al tratamiento sobre los resultados. (3). Examinar si los cambios en la regulación emocional están relacionados con el consumo de alcohol.	n=244 (61,1% H y 38,9% M) pacientes hospitalizados y ambulatorios, 41,1 años. Programa DBT-ST de 3 meses 36 sesiones. 1 h individual y 2 grupal. Entrenamiento telefónico si fuese necesario.	No aplica	Regulación emocional Frecuencia del uso de sustancias. Atención plena. Abandono del tratamiento.	ASI. SCID-II. DERS.	Todos los participantes mejoraron. Se observaron mejoras en: la incapacidad para aceptar emociones y controlar los impulsos mientras experimentan emociones intensas. La asistencia se relacionó con periodos más largos de abstinencia durante el programa y con niveles más bajos de desregulación emocional. Importancia de las habilidades de atención plena para la regulación y abstinencia.
2023 **EE.UU.**	McCool et al.	Ensayo aleatorio.	Adultos con un diagnóstico de TLP y TUS. Sustancia: cannabis.	Conocer la relación entre ideación suicida, el consumo y el TLP al controlar la duración de la estancia o el número de días que los pacientes permanecen en el tratamiento DBT.	n=47 (38M y 12 H). Programa ambulatorio intensivo de una clínica de salud mental comunitaria. 70 días de tratamiento.	No aplica.	Ideación suicida. Consumo diario de drogas. Tiempo que permanecen TLP en tratamiento.	BSL-23 Tarjetas diario de DBT.	Relación significativa entre el consumo de drogas el mismo día, día anterior o hace dos días y la ideación suicida. Los síntomas de TLP moderó la relación entre el consumo de drogas e ideación suicida cuando se sometieron a tratamiento.
2021 **Egipto**	Rady et al.	Ensayo aleatorio controlado	Adultos en tratamiento por TUS que tienen también TLP.	Evaluar la eficacia de la DBT para mejorar la desregulación emocional en personas con diagnóstico dual en TLP y TUS.	n= 40. Pacientes de 3 clínicas de deshabituación. Edad 18 y 60. 1 año de tratamiento.	Grupo 1: n=20 1 año de DBT sesiones individual y grupal. Llamadas telefónicas. Grupo 2: n=20 Programa de 12 pasos.	Regulación emocional. Compromiso con el tratamiento. Abstinencia al consumo.	DERS. SCID-II MINI	Más tasa de abandono en TAU que en DBT, esto se explica por la alianza terapéutica, las llamadas y validación Mejoría en el grupo DBT con en la regulación emocional y la disminución de consume en comparación con TAU.

AÑO Y LUGAR	AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	CRITERIOS INCLUSION	OBJETIVOS	GRUPO TTO (N, formato, duración, modalidad)	GRUPO CONTROL	VARIABLES	INSTRU-MENTOS	RESULTADOS
2011 **EE.UU**	Rizvi et al.	Estudio cuantitativo.	Adultos con diagnóstico de patología dual (TLP y TUS, incluyendo nicotina).	Probar la viabilidad de una aplicación de DBT, diseñada para mejorar la generalización de la acción opuesta entre personas con comorbilidad en TLP y TUS.	n=22. DBT-Coach (aplicación móvil). Edad promedio 33,86. Tuvieron el teléfono 15 días	No aplica.	Regulación emocional. Variables de salud mental: ansiedad, depresión	BDI BSI	La emoción más predominante para realizar acción opuesta era la tristeza, miedo, ira y vergüenza. Disminución significativa en la intensidad emocional y los impulsos de consumir sustancias. Disminución en la sintomatología depresiva y malestar psicológico
2018 **EE.UU**	Wilks et al.	Ensayo controlado aleatorio.	Adultos con TLP que presentan conductas suicidas y TUS en alcohol.	Evaluar la eficacia preliminar de una intervención de entrenamiento en habilidades de DBT a través de internet para personas con TLP y alta ideación suicida que tienen un TUS comórbido.	n=59. 70% mujeres iDBT-ER (versión de DBT computarizada). Durante 8 semanas (2 habilidades de atención plena, 2 reducir consumo y 3 estrategias de regulación emocional).	Lista de espera. Se midió la frecuencia, intensidad y gravedad de ideación suicida y frecuencia y consumo alcohol (gente con mucha ideación se les llamaba).	Regulación emocional. Ideación suicida. Consumo intensivo de alcohol.	DERS. SBQ-R. AUDIT. NiAAA BD. SSI Beck. TLFB.	El consumo de alcohol y la ideación suicida se redujeron en mayor magnitud que la desregulación emocional. DBT-ST recurso viable para pacientes de alto riesgo. Las personas que recibieron el tratamiento consumieron menos alcohol que los que estaban en lista de espera. El consumo de alcohol y la ideación suicida se redujeron en mayor medida que la desregulación emocional.

Nota: TLP: Trastorno Límite de la Personalidad, TUS: Trastorno por Uso de Sustancias, DBT: Terapia Dialéctico Conductual, TAU: Tratamiento habitual, DERS: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, ASSIST: Frecuencia del Consumo de Sustancias, BDI: Inventario de Depresión de Beck, GAD-7: Cuestionario para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, PHQ-9: Cuestionario sobre la Salud del Paciente, STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, DBT WCCL: : Lista de Verificación de formas de Afrontamiento de la Terapia Dialéctico Conductual, BSI: Inventario Breve de Síntomas, FFMQ: Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas, CISMS: Escala de Impacto de Abuso de Sustancias de Cork, ASI: Días Consecutivos de Abstinencia, SCID-III: Entrevista clínica para Trastornos de Personalidad del Eje III, BSL-23: Síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad, MINI: Deterioro Cognitivo, SBQ-R: Cuestionario de conducta suicida, AUDIT: Consumo Intensivo de Alcohol, NIAAA: Instituto Nacional de Consumo de Alcohol, SSI Beck: Escala de Ideación Suicida, TLFB: Cantidad y Frecuencia del Consumo de Alcohol.

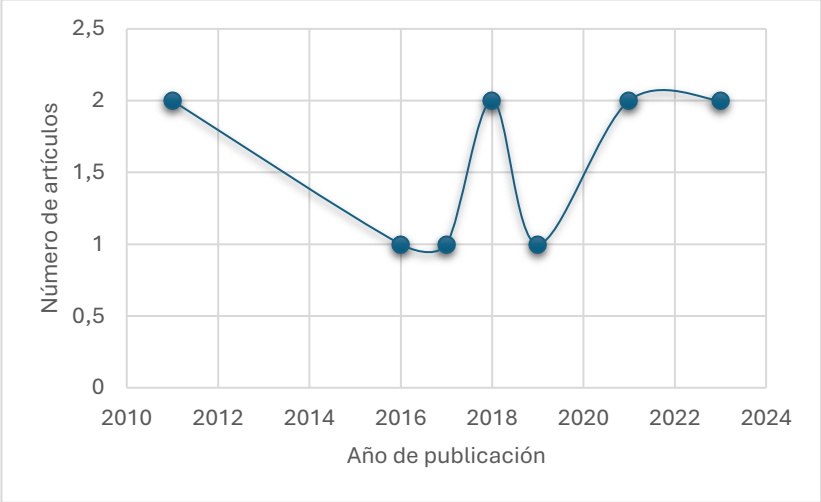
3.1.1. Características del Lugar y Año de Publicación

En la Figura 2 se ofrece un gráfico indicando la temporalidad de los documentos revisados. Se puede observar que la mayor afluencia de publicaciones relacionadas con la temática a estudiar se da entre los años 2016 y 2023 (Lana et al., 2016; Abdelkarim et al., 2017; Maffei et al., 2018; Wilks et al., 2018; Flynn et al., 2019; Rady et al., 2021; Buono et al., 2021; Duproix et al., 2023; MacCool et al., 2023).

En lo referente a los países donde se desarrollan los estudios, cabe mencionar que 5 se desarrollan en países europeos: 2 en Italia (Abdelkarim et al., 2027; Maffei et al., 2018), 1 en Francia (Duproix et al., 2023), 1 en Irlanda (Flynn et al., 2019) y 1 en España (Lana et al., 2016). 1 en Egipto (Rady et al., 2021) y el resto (5) en Estados Unidos (Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; McCool et al., 2023; Rizvi et al., 2011, Wilks et al., 2018).

Figura 2

Año de publicación de los artículos incluidos.



3.1.2. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos

En cuanto a los criterios para seleccionar la muestra, 9 estudios especificaron como criterios de inclusión: la mayoría de edad, el cumplimiento de los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad y para el trastorno por uso de sustancias (Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; Duproix et al., 2023; Lana et al., 2016; Maffei et al., 2018; McCool et al., 2023; Rady et al., 2021; Rizvi et al., 2011; Wilks et al., 2018), los demás estudios no detallaban los criterios de inclusión (Flynn et al., 2019; Abdelkarim et al., 2017). En lo referente a las sustancias consumidas, la más repetida fue alcohol (Axelrold et al., 2011; Flynn et al., 2019;

Maffei et al., 2018; Wilks et al., 2018), aunque también nicotina (Rizvi et al., 2011), cannabis (McCool et al., 2023), opiáceos y cocaína (Rady et al., 2021).

Los criterios de exclusión más frecuentes en los estudios revisados fueron: tener algún trastorno esquizoafectivo, tener un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, deterioro cognitivo grave, riesgo alto de conducta suicida o, al menos, un incidente de autolesión en los tres meses anteriores.

3.1.3. Características de los Participantes

Con respecto a las características sociodemográficas, en los 11 estudios seleccionados participaron un total de 705 personas. De ellos, 5 artículos no especifican si los participantes eran mujeres u hombres (Abdelkarim et al., 2017; Buono et al., 2021; Lana et al., 2016; Rady et al., 2021; Rizvi et al., 2011). Si consideramos aquellas investigaciones que sí detallan el sexo de los sujetos, se incluyen un total de 316 mujeres y 162 hombres, solo 1 artículo incluía únicamente a mujeres en su muestra (Axelrold et al., 2011). La edad media de los participantes se sitúa entre 32,86 y 46,1 años (Lana et al., 2016; Maffei et al., 2018; McCool et al., 2023; Rady et al., 2021; Rizvi et al., 2011; Wilks et al., 2018), a excepción de 5 estudios que no especifica edad (Abdelkarim et al., 2017; Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; Duproix et al., 2023; Flynn et al., 2019). Por tanto, el promedio de edad de las investigaciones analizadas se sitúa en 39,48.

Respecto a los criterios empleados en las investigaciones para acceder y seleccionar a los sujetos, encontramos lo siguiente: 7 estudios emplearon unidades de salud mental, recursos comunitarios especializado en trastorno mental, servicios de tratamiento a la adicción y centros de rehabilitación (Abdelkarim et al., 2017; Axelrold et al., 2011; Duproix et al., 2023; Flynn et al., 2019; Maffei et al., 2018; McCool et al., 2023; Rizvi et al., 2011). Autores como Buono et al. (2021), Wilks et al. (2018), Lana et al. (2016) acudieron a un programa de transición para la vivienda, un recurso para personas dependientes y a un hospital de día de Barcelona, respectivamente. Finalmente 1 estudio no especificó el método de selección de participantes que componen la muestra (Rady et al., 2021).

3.1.4. Características de las Intervenciones

Los estudios analizados presentan una gran heterogeneidad en los métodos de evaluación utilizados. De esta forma, todos los ensayos buscaban evaluar la mejora o

empeoramiento de la sintomatología derivada de la patología dual que presentaba la muestra a lo largo del tratamiento, por ello se aplicó las mismas pruebas en diferentes etapas.

Encontramos que: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y Escala de frecuencia de Abuso de Sustancias (ASSIST) han sido los más utilizados, hasta en 7 ocasiones. Resaltar que la Entrevista Clínica para Trastornos de Personalidad del Eje II (SCID-II) se repitió en 2 artículos. Finalmente, encontramos otros instrumentos de evaluación que se utilizaron en artículos diferentes: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Lista de Verificación de formas de Afrontamiento de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT WCCL), Inventario Breve de Síntomas (BSI), Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas (FFMQ), Escala de Impacto de Abuso de Sustancias de Cork (CISMS), Días Consecutivos de Abstinencia (ASI), Síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad (BSL-23), Cuestionario de conducta suicida (SBQ-R), Cantidad y Frecuencia del Consumo de Alcohol (TLFB).

Todas las intervenciones recopiladas en los estudios seleccionados para la presente revisión están basadas en la DBT.

En cuanto al formato de las intervenciones 7 estudios se han realizado de manera presencial (Abdelkarim et al., 2017; Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; Flynn et al., 2019; Lana et al., 2016; Maffei et al., 2018; Rady et al., 2021), 2 investigaciones se han realizado únicamente en formato online (Rizvi et al., 2011; Wilks et al., 2018) y 2 artículos no especifican el formato en el que se ha desarrollado el experimento (Duproix et al., 2023; McCool et al., 2021).

Resaltando los estudios con formato online, Rizvi et al. (2011) entregaron a los participantes un teléfono inteligente con un programa de DBT instalado, se hacía un entrenamiento previo en habilidades y debían utilizar el dispositivo cuando tuviesen una alta intensidad emocional, a través de diferentes pantallas había ejercicios DBT que ayudaban a manejar emociones difíciles para evitar el posible consumo de sustancias. Podían llamar a su terapeuta. En la investigación de Wilks et al. (2018) se instaló en los ordenadores de los participantes un programa DBT versión computarizada, cada día los participantes se debían conectar a sesiones asíncronas: 2 semanas para trabajar habilidades de atención plena, 2 semanas para reducir el consumo de alcohol y 4 semanas para el aumento de adquisición de

estrategias de regulación emocional. Tenían terapia individual con su terapeuta de referencia 1 vez por semana.

Por su parte, duración del tratamiento ha variado desde 1 año el más largo (Abdelkarim et al., 2017; Rady et al., 2021) hasta periodo más cortos de 15 y 28 días (Rizvi et al., 2011; Buono et al., 2021) consecutivamente.

Las sesiones de DBT tuvieron una duración de 2,5 horas el grupo de habilidades y 1 hora la terapia individual (Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; Duproix et al., 2023; Lana et al., 2016; Maffei et al., 2018; Rady et al., 2021) cada semana del tratamiento.

Por último, haciendo referencia al seguimiento, 6 estudios tuvieron seguimiento telefónico con los pacientes durante el tratamiento (Abdelkarim et al., 2017; Axelrold et al., 2011; Maffei et al., 2018; Rady et al., 2021; Rizvi et al., 2011; Wilks et al., 2018). Además, 3 investigaciones hicieron seguimiento post tratamiento a los 12, 24 y 36 meses (Abdelkarim et al., 2017; Duproix et al., 2023; Lana et al., 2016).

3.1.5. Características de los Grupos Control

De los 5 artículos que incluyen grupo control en el experimento, 2 de ellos (Abdelkarim et al., 2017; Rady et al., 2021) comprendían una terapia activa basada en la evidencia, en este caso, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y el enfoque basado en el Programa de 12 pasos (Alcohólicos Anónimos). En las investigaciones de Buono et al. (2021) y Lana et al. (2021) se estudiaba el mismo tratamiento basado en DBT en dos grupos diferentes: Un grupo compuesto por pacientes con patología dual y otro grupo con diagnóstico únicamente de TLP, es decir, sin TUS. El grupo control del estudio de Wilks et al. (2018) consistía en un grupo de lista de espera.

3.1.6. Características de las Variables de Resultado

Los 11 artículos seleccionados recogen variables resultados enfocadas en la salud mental. A continuación, se describen aquellas variables más evaluadas:

Regulación Emocional

En el estudio de Axelrold et al. (2011), tras 20 semanas de DBT con terapia grupal en el grupo de habilidades y terapia individual y con seguimiento telefónico si fuese necesario, se observó una mejoría en la regulación emocional y en el manejo de la impulsividad a la hora de tomar decisiones. El desarrollo de habilidades efectivas de regulación emocional tras el

tratamiento puede haber permitido a las mujeres abandonar otro tipo de conductas de regulación emocional menos habilidosas.

Además, Buono et al. (2021) evaluaron la relación entre las mejoras de la regulación de las emociones y los problemas de consumo de sustancias en adultos diagnosticados con TLP y TUS (en alcohol, opiáceos y cocaína) o sin TUS aplicando DBT en 20 semanas. En la muestra de 27 pacientes, se comprobó que las dificultades para establecer y mantener la regulación emocional (por ejemplo, afecto negativo, aceptación de las emociones o tolerancia al malestar) puede aumentar si existe un TUS, pero se regula con la DBT.

Por su parte, Maffei et al. (2018) en su estudio de 244 adultos vio una mejora en la capacidad de aceptar y tolerar emociones intensas (reduciendo así la impulsividad).

El estudio online de Rizvi et al. (2011) tuvo como objetivo desarrollar y probar la viabilidad de una aplicación de DBT para móviles. En los 22 pacientes pertenecientes al programa de DBT durante 15 días, se vio que la emoción más difícil de manejar en general era la tristeza, seguido del miedo, la ira y la vergüenza. Los pacientes confirmaron que la tristeza era la emoción que más les hacía consumir sustancias. Después de la aplicación del tratamiento en DBT, se observó una disminución significativa en la intensidad emocional y los impulsos de consumir sustancias y una mayor tolerancia a emociones desagradables de gestionar.

La regulación emocional también juega un papel muy importante en el malestar psicológico general. En el ensayo Rady et al. (2021) se comprobó que los participantes después del tratamiento DBT mostraban una disminución del malestar psicológico general y una mejora en la calidad de vida junto con la reducción de consumo de sustancias, esto se debe al desarrollo de habilidades de gestión emocional.

Consumo de Sustancias

Centrándonos en la variable consumo de sustancias, se puede observar a grandes rasgos que en el estudio de Axelrold et al. (2011) las 27 mujeres participantes en el experimento desarrollaron más habilidades para la reducción del consumo de alcohol, opiáceos y cocaína. Esto también se vio en la investigación de Duproix et al. (2023), en un tratamiento de DBT administrado a 35 pacientes con patología dual durante dos ciclos de 4 meses hubo una mejora directa en el consumo de sustancias.

Por su parte, Flynn et al. (2019) hizo un experimento con 64 adultos diagnosticados con TLP y TUS, con adicción sobre todo al alcohol, tras el tratamiento individual y grupal de DBT hubo una reducción del abuso de sustancias. Las habilidades en meditación consciente redujeron en la muestra de su estudio el deseo de consumo. Se dedujo que estas habilidades en atención plena enseñan a los pacientes a observar sus experiencias anteriores y tomar conciencia de las decisiones que toman. Algo similar pasa en el ensayo abierto de Maffei et al. (2018), una muestra de 244 pacientes, el 61,1% mujeres de la red de salud mental de Italia, relacionan las habilidades de atención plena con la reducción de las ganas de consumir, en este caso, alcohol. Además, se comprobó que hay mejor pronóstico en aquellos pacientes que cuentan con apoyo familiar.

Por último, McCool et al. (2023) aplicaron la DBT en un programa ambulatorio intensivo de una clínica de salud mental comunitaria en Estados Unidos. En total participaron 47 personas, en su mayoría mujeres. Examinaron la relación que hay entre el consumo de drogas el mismo día, el día anterior o hace dos días y la ideación suicida. Cuando se sometieron a tratamiento DBT, el consumo de sustancias disminuyó, por tanto, la ideación suicida también.

Ideación Suicida

Teniendo en cuenta la variable ideación suicida, Abdelkarim et al. (2017), tras un año de tratamiento, se observó que el grupo DBT tomó menos medicación, hubo menos tasas de ingresos hospitalarios, intentos de suicidios y episodios de autolesiones no suicidas (NSSI).De la misma manera, Flynn et al. (2019), tras 24 semanas de tratamiento en DBT comprobó una reducción significativa en los intentos autolíticos en la muestra experimental, este hecho lo relacionan con un mayor desarrollo de la autocompasión y atención plena.

DBT y Compromiso con el Tratamiento

A la hora de establecer cualquier terapia como eficaz para el tratamiento de un trastorno mental, es importante conocer la adherencia, eso se traduce en la tasa de abandono que los estudios muestran a la hora de aplicar la terapia en distintos participantes.

En la investigación de Abdelkarim et al. (2017) se comprobó que el grupo de tratamiento DBT mostró mayor compromiso, alianza terapéutica y mayor retención al tratamiento que el grupo control.

Maffei et al. (2018) durante el programa de 3 meses, a parte de las sesiones individuales de 1 hora/semana y el grupo de habilidades, se hizo un entrenamiento telefónico para apoyar a aquellos pacientes que lo necesitaban. De esta manera hubo una menor tasa de abandono del tratamiento en general, esto es explicado por el vínculo terapéutico. Sí que se comprobó mayor tasa de abandono en pacientes más jóvenes, esto se puede causar a los impulsos que tienen los sujetos a abandonar el tratamiento después de una recaída. Por ello es muy importante la relación terapéutica y utilizar estrategias de apego como el contacto telefónico para romper ciclos de evitación después de faltar a sesiones.

Por su parte, hay estudios como el de Axelrold et al. (2011) donde solo completaron el tratamiento un 55,6% de todos los participantes, pese a haber usado estrategias de vinculación terapéutica.

Otras Variables Relacionadas con la Salud Mental en el Tratamiento con DBT

Es interesante mencionar otras variables relacionadas con la salud mental que han sido estudiadas en las diferentes investigaciones, para así poder hacer un análisis más completo de cómo impacta el tratamiento de DBT en la patología dual.

Buono et al. (2021) en un programa de adultos con diagnóstico de TUS y TLP comórbido ingresados en un recurso de varias fases de autonomía, el grupo experimental que se sometió a la DBT, todos los pacientes mejoraron en ansiedad y depresión.

Además, Lana et al. (2016) un estudio con 28 pacientes ingresados en un hospital de Barcelona, después de 6 meses, el grupo al que se le administraba la DBT vio una reducción significativa del número de hospitalizaciones y visitas a las unidades de salud mental.

Por su parte, Flynn et al. (2019) en su muestra de 64 sujetos se vio mejoras en las estrategias propias de afrontamiento después de 24 semanas en tratamiento DBT. Los participantes desarrollaron una mayor eficacia interpersonal, en cuanto a las relaciones se refiere, y mejoraron su ajuste social global.

Beneficios de la DBT a Largo Plazo en el Trastorno Dual

A la hora de establecer cualquier terapia como eficaz para el tratamiento de un trastorno, es importante conocer el seguimiento de los efectos del tratamiento a largo plazo.

Llevando esto a nuestros resultados, Abdelkarim et al. (2017) hicieron una evaluación de seguimiento a los 4, 8, 12 y 16 meses a través de análisis de sangre y orina para comprobar la abstinencia a sustancias. Todos los participantes seguían sin consumir a los 16 meses de finalizar el tratamiento, además de mantener las estrategias de regulación emocional aprendidas en los grupos de habilidades.

Duproix et al. (2023) observó en el seguimiento un año después del tratamiento que todos los participantes informaron mejoras en la inestabilidad emocional, uso de sustancias, impulsividad e ideación suicida.

Por su parte, Lana et al. (2016) en su estudio comprobó que los efectos de la DBT redujeron significativamente las tasas de hospitalizaciones, eso se mantuvo durante el seguimiento de los 36 meses posteriores.

DBT vs Otras Terapias en el Tratamiento del TLP y TUS Comórbidos

Como tratamiento central de la presente revisión ha sido de analizar la eficacia de la TDC como tratamiento para el TLP y TUS comórbido. No obstante, en la condición de control, se han utilizado otros tratamientos mostrando resultados a destacar.

El ensayo aleatorio de Rady et al. (2021) tenía como objetivo evaluar la eficacia de la DBT en pacientes ambulatorios con patología dual. Dividieron la muestra en dos grupos: El primer grupo se sometió a un programa de DBT durante un año y el segundo grupo siguió con su tratamiento habitual basado en la Terapia de 12 Pasos (Alcohólicos Anónimos, 1981). Se observó que hubo más tasa de abandono en el grupo que aplicó el enfoque de los 12 pasos que en el de DBT, esto se explica por la alianza terapéutica, la frecuencia del contacto con el/la terapeuta y la validación. Además, hubo una mejoría significativa en el grupo de DBT en cuanto a la regulación emocional (menor impulsividad, mayor desarrollo de mente sabia) y en el consumo de sustancias. El grupo participante de DBT experimentó una mayor abstinencia durante el tratamiento y en el seguimiento posterior.

Otro estudio que comparó la DBT con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el de Abdelkarim et al. (2017) en Italia. Tras un año de tratamiento, se vio que en el grupo de DBT tuvo menos tasa de ingresos hospitalarios, menor número de veces para recurrir a la medicación de rescate y mayor abstinencia al consumo de sustancias.

En ambos estudios, la DBT demostró más eficacia que el tratamiento habitual administrado a los pacientes.

4. Discusión

4.1. Objetivos de la revisión y preguntas de investigación

El objetivo principal de la presente revisión sistemática fue recopilar y sintetizar la evidencia existente sobre la eficacia de la DBT en el tratamiento para el diagnóstico de TLP y TUS con el fin de determinar en qué condiciones esta terapia resulta adecuada para el tratamiento esta complicada patología dual. Para ello se plantearon dos preguntas de investigación: ¿La intervención basada en DBT ayuda a pacientes con diagnóstico comórbido en TLP y TUS a mejorar su salud mental?, ¿La DBT resulta más eficaz que otras terapias para el tratamiento del TLP y TUS? Tras llevar a cabo este estudio y analizar los artículos relacionados con las preguntas de investigación, se puede decir que los resultados sugieren que la DBT es eficaz en la mejora de la sintomatología que presentan los pacientes con TLP y TUS comórbidos, tanto en variables de salud mental asociadas al funcionamiento psicológico adaptativo (regulación emocional, habilidades interpersonales), como en variables asociadas a la reducción del malestar (consumo de sustancias, conducta suicida, impulsividad).

4.2. Interpretación de los resultados

En cuanto a la interpretación de los resultados obtenidos en la presente investigación, las variables más estudiadas, en relación al malestar psicológico causado por el TLP y TUS y que han mostrado mejoría tras el tratamiento con DBT, han sido la regulación emocional (Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; Maffei et al., 2018; Rizvi et al., 2011; Rady et al., 2021), el consumo de sustancias (Duproix et al., 2023; Flynn et al., 2019; McCool et al., 2023) y la ideación suicida (Abdelkarim et al., 2017; Flynn et al., 2019).

La regulación emocional, evaluada a través de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), ha estado presente en 10 de los 11 artículos recopilados y en todas las investigaciones ha habido resultados de mejora en dicha variable tras la aplicación de la DBT (Abdelkarim et al., 2017; Axelrold et al., 2011; Buono et al., 2021; Duproix et al., 2023; Flynn et al., 2019; Lana et al., 2019; Maffei et al., 2018; Rizvi et al., 2011; Rady et al., 2021; Wilks et al., 2018). La evidencia indica que existe relación entre una ineficaz gestión de emociones difíciles como la tristeza, rabia o vergüenza y un elevado uso de conductas disfuncionales como autolesiones o consumo de sustancias (Rizvi et al., 2011). Este hallazgo resalta la importancia de priorizar el trabajo con las emociones en el tratamiento de pacientes con diagnóstico en TLP y TUS. Como se ha observado en la mayoría de las investigaciones incluidas, la presencia de desregulación emocional puede incidir en la severidad y el pronóstico de los pacientes (Axelrold

et al., 2011; Buono et al., 2021). Por tanto, los resultados sugieren abordar el componente emocional en el contexto terapéutico, fomentando estrategias más adaptativas para la regulación emocional en lugar de acudir al consumo de sustancias u otras conductas impulsivas como mecanismo de afrontamiento (Flynn et al., 2019).

Con respecto a la variable del consumo de sustancias, medida a través de la Escala de Frecuencia de Abuso de Sustancias (ASSIST), los estudios confirman que las intervenciones basadas en DBT contribuye a una reducción significativa del consumo de sustancias (Duproix et al., 2023; Flynn et al., 2019; McCool et al., 2023). Destaca el papel del entrenamiento en habilidades de atención plena, se dedujo que dichas habilidades enseñan a los pacientes a observar sus experiencias anteriores y tomar conciencia de las decisiones que toman (McCool et al., 2023). Además, la evidencia indica que aquellos pacientes que cuentan con apoyo familiar tienen mejor pronóstico para poder mantener la abstinencia dentro del tratamiento, promoviendo así una mayor calidad de vida (Maffei et al., 2018).

Los resultados recopilados con respecto a la ideación e intento suicida, medida a través del Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ-R) y la Escala de Ideación Suicida (SSI), desvelan la relación positiva entre el desarrollo de habilidades como la autocompasión o la atención plena para disminuir las conductas suicidas en pacientes con patología dual (Abdelkarim et al., 2017).

Algunos estudios han analizado otras variables con menor presencia, incluyendo ansiedad y depresión (Buono et al., 2021), ingresos y hospitalizaciones (Lana et al., 2016), estrategias de afrontamiento y ajuste social global (Flynn et al., 2019). Los resultados de todas ellas recogen que, tras la intervención basada en DBT, se producen mejoras en el malestar psicológico de los participantes.

Por otro lado, tendiendo en cuenta la adherencia al tratamiento de la DBT, existe variabilidad entre los estudios incluidos. En general, se ha observado que los pacientes muestran mayor compromiso con el tratamiento cuando se establece un vínculo terapéutico seguro, esto se logra a través de las sesiones individuales, los grupos de habilidades y el seguimiento telefónico de apoyo (Abdelkarim et al., 2017; Axelrold et al., 2011). Sin embargo, se ha detectado una mayor tasa de abandono entre los pacientes más jóvenes, posiblemente debido a la impulsividad y a las dificultades para mantener la adherencia tras una recaída (Meffei et al., 2018).

Por último, con respecto a la comparación de la efectividad de la DBT con otras terapias, en la presente revisión se ha observado que, aunque la Terapia de 12 Pasos (Alcohólicos Anónimos, 1981) es eficaz para que los pacientes abandonen conductas disfuncionales como el consumo de sustancias, los efectos no se mantienen a largo plazo y con la DBT sí. Esto puede ser explicado porque, generalmente, la DBT pretende que el paciente desarrolle nuevas conductas en su contexto, sin embargo, la Terapia de 12 Pasos retira al paciente del entorno asociado con el consumo de sustancias (Rady et al., 2021). Por otro lado, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) muestra eficacia para paliar la sintomatología derivada de la patología dual, pero con la aplicación de DBT se comprobaron menos tasas de ingresos hospitalarios, menor número de veces para recurrir a la medicación de rescate y mayor abstinencia, esto es explicado por la alianza terapéutica y la frecuencia de contacto con el terapeuta (Abdelkarim et al., 2017).

Por tanto, los resultados de la presente revisión sistemática pueden ser de gran utilidad para diseñar planes de tratamiento dirigidos a la patología dual. En esta línea, el abordaje terapéutico deber incorporar los elementos fundamentales de la DBT como el trabajo en la regulación emocional, la validación, el desarrollo de habilidades eficaces para abandonar conductas disfuncionales y el enfoque en la aceptación.

4.3. Limitaciones de los hallazgos y futuras líneas de investigación

Entre las limitaciones que se han encontrado a lo largo de la realización de la presente revisión sistemática, debemos tener en cuenta que, a través de la estrategia de búsqueda empleada, se pretendía revisar la eficacia de las intervenciones basadas en DBT para el tratamiento del TLP y TUS comórbidos. Sin embargo, es probable que algunos estudios que sigan esta línea temática y tengan relevancia hayan sido excluidos de la presente revisión sistemática por no estar enmarcados en los criterios de inclusión estipulados.

Otra limitación observada en el desarrollo del trabajo es que no todos los estudios contaban con grupo control, lo que dificulta la comparación de la DBT con otras intervenciones. La ausencia de un grupo control impide determinar con mayor precisión si los efectos observados se deben íntegramente a la DBT o a otras variables externas.

Además, en algunos estudios se ha observado abandono del tratamiento por parte de algunos participantes o falta de asistencia a algunas sesiones durante la aplicación de la DBT. Esto puede influir en la validez de los resultados, ya que es importante que todos los participantes cumplimenten el programa en su totalidad para llegar a conclusiones más fiables.

A su vez, otras investigaciones no incluyeron seguimiento posterior al tratamiento, lo que compromete la posibilidad de evaluar la estabilidad de los cambios a largo plazo. En esta misma línea, la falta de datos longitudinales pone en duda la validez externa de los estudios y resalta la necesidad de futuras investigaciones que incorporen evaluaciones en diferentes momentos después del tratamiento.

También, para futuras investigaciones, puede ser interesante estudiar la manera de conseguir acceder a personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, como personas sin hogar, mujeres migrantes o menores que tengan TLP y consuman sustancias. Estas personas pueden contar con más dificultades a la hora de recibir tratamiento o a la hora de comprometerse con la terapia.

Sería conveniente examinar la variable género en la respuesta al tratamiento, ya que existen diferencias en la manifestación de la sintomatología del TLP y TUS entre mujeres y hombres, por tanto, investigar estas diferencias puede permitir adaptar las estrategias de la DBT para abordar de manera más específicas las necesidades que presente cada grupo.

Por último, se propone seguir desarrollando estudios sobre la prevalencia del TLP en España, ya que se han encontrado muy pocos en la literatura. Tener esta información de manera actualizada en un país concreto permitiría la implantación de medidas y tratamientos adecuados.

4.4. Conclusión

Para concluir, es necesario resaltar que, tal y como se ha podido observar en la presente revisión sistemática, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), en general, es eficaz para reducir la sintomatología clínica asociada al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) coexistentes. Los resultados extraídos de las investigaciones analizadas permiten afirmar que la DBT no solo contribuye a disminuir el malestar provocado por la patología, sino que también facilita una mayor calidad de vida. En este sentido, y teniendo en cuenta la complejidad de la intervención en casos de patología dual, la DBT se puede considerar como uno de los tratamientos de elección para trabajar en el contexto terapéutico con pacientes que tienen diagnóstico de TLP y TUS comórbidos.

5. Referencias

Abdelkarim, A., Molokhia, T., Rady, A., & Ivanoff, A. (2017). DBT for co-morbid borderline personality disorder and substance use disorder without drug replacement in Egyptian outpatient settings: A non-randomized trial. *European Psychiatry, 41*(S1), S260–S261. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.170

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., & Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria, 27*(2), 171–174. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.003

Asociación Nacional de Informadores de la Salud. (2021). *Inicio*. ANIS. https://www.anisalud.com/

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

Bowden-Jones, O., Iqbal, M. Z., Tyrer, P., Seivewright, H., Cooper, S., Judd, A., & Weaver, T. (2004). Prevalence of personality disorder in care services for people with alcohol and drug use and associated comorbidity. *Addiction, 99*(10), 1306–1314. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00829.x

Buono, F. D., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M. M., Sprong, M. E., & Garakani, A. (2021). Intensive dialectical behavior treatment for individuals with borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Frontiers in Psychology, 12*, 629842. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842

Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Síntesis.

Carra, G., Crocamo, C., Borrelli, P., Popa, I., Ornaghi, A., Montomoli, C., & Boffa, L. (2015). Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the "Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy

(PADDI)" study. *Comprehensive Psychiatry, 58*, 152–159. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.11.021

Ciapponi, A. (2021). La declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para reportar revisiones sistemáticas. *Evidencia, Actualización en la práctica ambulatoria, 24*(3), e002139. https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i4.6960

Darke, S., Ross, J., Williamson, A., & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes in heroin dependence treatment. *Addiction, 100*(7), 1121–1130. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01065.x

Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 21*, 51–70.

Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G. L., Sullivan, T., & Frances, A. J. (1990). Substance use in children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1002–1007. https://doi.org/10.1176/ajp.147.8.1002

Durpoix, A., Lachaux, E., Weiner, L., & al., E. (2023). Dialectical behavior therapy transdiagnostic skills training group: A long-term naturalistic study. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation, 10*, 37. https://doi.org/10.1186/s40479-023-00243-y

Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico-conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad, 1*(3), 132–152.

Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 41*(4), 561–573. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008

Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., & Mooney, B. (2019). Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods

Font, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: Revisión sistemática de las intervenciones en TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia, 30*(113). https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274

Fuster, D., Zuluaga, P., & Muga, R. (2024). Trastorno por uso de sustancias: Epidemiología, complicaciones médicas y tratamiento. *Medicina Clínica, 162*(9), 431–438.

González, E., Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., & Basurte, I. (2019). Coexistence between personality disorders and substance use disorder: Madrid study about prevalence of dual pathology. *Actas Españolas de Psiquiatría, 47*(6), 218–228.

González Marín, E. M., Otálvaro, J. A. M., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., & Gutiérrez-Zotes, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: Una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud, 5*(1), 273–293. https://doi.org/10.46634/riics.174

Jopling, E. N., Khalid-Khan, S., Chandrakumar, S. F., & Segal, S. C. (2016). A retrospective chart review: Adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 30*. https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0036

Kamody, R. C., Thurston, I. B., Pluhar, E. I., Han, J. C., & Burton, E. T. (2018). Implementing a condensed dialectical behavior therapy skills group for binge-eating behaviors in adolescents. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24*(2), 367–372. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0580-4

Kienast, T., Stoffers, J., Bermpohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: Epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International, 111*(16), 280–286. https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280

Lana, F., Sánchez-Gil, C., Adroher, N. D., Pérez, V., Feixas, G., Martí-Bonany, J., & Torrens, M. (2016). Comparación de los resultados del tratamiento en pacientes con trastorno grave de la personalidad con o sin trastornos por consumo de sustancias: Un estudio prospectivo de seguimiento pragmático de 36 meses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 1477–1487. https://doi.org/10.2147/NDT.S106270

Langas, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry, 12*, 180. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-180

Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for comorbid substance use and borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Review, 34*(6), 663–672. https://doi.org/10.1111/dar.12233

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Trastorno límite de la personalidad. *The Lancet, 377*, 74–84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biological Psychiatry, 62*(6), 553–564. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.01.020

Linehan, M. M., & Dimeff, L. A. (1997). *Dialectical behavior therapy treatment manual: Interventions for drug addicts with borderline personality disorder*. University of Washington.

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.* doi:10.1080/10826084.2018.1480035

Marqués, ACP y Formigoni, MLO (2001). Comparación de terapia cognitivo-conductual individual y grupal para pacientes alcohólicos y/o drogodependientes. Adicción,96 (6), 835–846. doi:10.1046/j.1360-0443.2001. 9668355.x

McCool, M. W., Mochrie, K. D., Lothes, J. E., Guendner, E., John, J. S., & Noel, N. E. (2023). Drug use and suicidal ideation in the everyday lives of individuals in a dialectical behavior therapy program. *Journal of Clinical Psychology, 79*(11), 2556–2565. https://doi.org/10.1002/jclp.23456

Naciones Unidas. (2015). *Objetivo de Desarrollo Sostenible Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y bienestar* . Naciones Unidas. https://www.un.org/desarrollosustentable/es/salud/

Nance, M., Wilks, C., & Carpenter, R. W. (2024). Alcohol use prior to episodes of nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder participating in a randomized clinical trial of dialectical behavior therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*. https://doi.org/10.1037/adb0001016

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.003

Núñez, M. S. (2021). Evaluación de las tesis de pregrado de medicina aplicando la herramienta CASPe de lectura crítica. *Revista de Investigación en Salud, 19*(3), 143-150.

Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (2024). *Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas en España.*

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. doi: 10.1136/bmj. n71

Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., de la Vega, I., Montes, J. L., & Carrasco, J. L. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría, 44*(6), 212–221.

Páramo, Í. A., Díaz-Marsá, M., González, D. S., & Perera, J. L. C. (2021). Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad: un estudio retrospectivo. *Actas españolas de psiquiatría*, *49*(5), 199-204.

Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(4), 363–373. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.02.005

Plan Nacional sobre Drogas. (2023). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES)*. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2023.pdf

PSICODOC (2008, noviembre 17). *PSICODOC: Base de datos bibliográfica de psicología.* Recuperado en noviembre 17, 2008, disponible en http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm

Rady, A., Abdelkarim, A., Ivanoff, A., & Molokhia, T. (2021). Efficacy of dialectical behavioral therapy for emotion dysregulation in patients with dual diagnosis of borderline personality disorder and substance use disorder. *Current Psychiatry Research and Reviews, 17*(2), 105–119. https://doi.org/10.2174/1573400516666210901141455

Ramey, T., & Regier, P. S. (2018). Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS Spectrums, 1*, 1–12. https://doi.org/10.1017/S1092852918001426

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

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. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.001

Saiz, A. D. C. G., & Bueno, A. C. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research, 4*(2).

Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *12*(85), 4984-4992.

Soler, J., Eliges, M., and Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. Análisis y Modificación de Conducta, 42(165-66). https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793

Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry, 80*(1), 18m12436. https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. Journal of personality disorders, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & 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

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *79*(2), 108-118.

Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., & Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, *26*(1), 1-6

Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: a 12-month randomized clinical trial in the Netherlands. British Journal of Psychiatry, 182(2), 135–140.

Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E. M., Sobczak, S., and van Alphen, S. P. J. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Curr. Psychiatry Rep*. 21:51. doi: 10.1007/s11920-019-1040-1

Wilks, C. R., Lungu, A., Ang, S. Y., Matsumiya, B., Yin, Q., & Linehan, M. M. (2018). A randomized controlled trial of an internet-delivered dialectical behavior therapy skills training program for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders, 232*, 219–228. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.053

Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., & Mooney, B. (2019). Does an adapted dialectical behavior therapy skills training program produce positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed-methods study. *Addiction Science & Clinical Practice, 14*(1). https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2

Zimmerman, M., & Becker, L. (2023). El paciente límite oculto: Pacientes con trastorno límite de la personalidad que no presentan conductas suicidas o autolesivas recurrentes. *Psychological Medicine, 53*(11), 51