



**TRABAJO FINAL DE GRADO**  
**ARTÍCULO CIENTÍFICO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICO  
CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL  
ALCOHOLISMO**

Estudiante:

Daiana Rodríguez

C.I.: 4.584.567-9

Tutor:

Prof. Adj. Dr. Daniel Camparo Avila

Co-tutor:

Prof. Adj. Dr. Paul Ruiz Santos

Docente Revisor:

Mag. Vicente Chirulo

Facultad de Psicología, Universidad de la República  
Montevideo, Febrero 2023

## Índice

Resumen.....	3
1. Introducción.....	5
1.1 Fundamentos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aplicada al alcoholismo.....	10
1.2 Terapia Dialéctico Conductual.....	15
2. Metodología.....	18
3. Resultados.....	20
4. Discusión.....	45
5. Limitaciones .....	48
6. Reflexiones finales.....	50
7. Referencias bibliográficas.....	51

## Resumen

El alcoholismo es una enfermedad que reduce la calidad de vida de la persona que la padece al igual que la de su entorno. La alta prevalencia del uso nocivo del alcohol a nivel mundial se estima que causa 3.3 millones de defunciones al año. Además, se considera uno de los principales factores de riesgo evitable en los trastornos neuropsiquiátricos. Por este motivo es necesario desarrollar procesos de intervención eficaces y accesibles que permitan su abordaje. La presente revisión sintetiza la evidencia empírica disponible sobre la terapia dialéctico conductual (TDC) en casos de consumo problemático de alcohol. Se realiza una búsqueda exhaustiva en las bases de datos: Latindex, Redalyc, Scielo, Science Direct y Scopus. Como resultado, se obtuvieron 15 artículos que demuestran los efectos de la terapia dialéctico conductual en intervenciones breves y prolongadas. Se observa que si bien la evidencia disponible es alentadora, aún es escasa. Se sugiere que se continúen realizando estudios de doble ciego con mayor diversidad en sus poblaciones, así como la comparación con otros tipos de intervenciones.

**Palabras clave:** terapia dialéctico conductual, alcohol, revisión sistemática.

## Abstract

Alcoholism is a disease that reduces the quality of life of those who suffers from it, as well as that of their environment. The high prevalence of harmful use of alcohol worldwide is estimated to cause 3.3 million deaths per year. In addition, it is considered one of the main avoidable risk factors in neuropsychiatric disorders. For this reason, it is necessary to develop effective and accessible intervention processes that allow their approach. This review

synthesizes the available empirical evidence on dialectical behavior therapy (DBT) in cases of problematic alcohol use. An exhaustive search was carried out in the databases: Latindex, Redalyc, Scielo, Science Direct and Scopus. As a result, 15 articles were obtained that demonstrate the effects of dialectical behavior therapy in brief and prolonged interventions. It is observed that although the available evidence is encouraging, it is still scarce. It is suggested that double-blind studies with greater diversity in their populations continue, as well as the comparison with other types of interventions.

**Keywords:** dialectical behavior therapy, alcohol, systematic review.

## 1. Introducción

El consumo de cualquier tipo de droga, sea regulada o no, presenta riesgos para la salud (JND, 2019). Existen múltiples definiciones para el concepto de droga, farmacológicamente la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como: “toda sustancia química que modifica procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos u organismos” (OMS, 1994, p.33). Los riesgos vinculados a la salud se diferencian según la edad, el sexo, formas de consumo, dosis y frecuencia de uso, contexto de consumo y circunstancias personales (OMS, 1994). Según la Organización de los Estados Americanos (2013), el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial. El componente mayoritario de esta bebida es el etanol: un líquido incoloro, volátil, de olor característico y soluble en agua. Esta sustancia, es capaz de deprimir el sistema nervioso central produciendo desinhibición conductual y emocional, dado que enlentece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores; lo cual tiene como consecuencia una pérdida en el autocontrol sobre las conductas. Esta droga es ingerida por vía oral y absorbida completamente por el sistema digestivo, generando efectos a los diez o quince minutos de ser consumida. En presencia de dosis bajas, provoca sensación de euforia, mientras que en presencia de dosis altas puede llegar a comprometer las funciones vitales e incluso inducir el coma (JND, 2019).

Entendiéndose prevalencia como: la “proporción de casos de una enfermedad en un período de tiempo, respecto a la población existente en la zona objeto de estudio” (RAE, 2022). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la alta prevalencia del uso nocivo del alcohol a nivel mundial se estima que causa 3.3 millones de defunciones al año, esto

representa el 5.3% de los fallecimientos. Específicamente entre las personas de entre 20 y 39 años, el 13.5% de las defunciones se encuentran vinculadas a este tipo de consumo. Además, es un factor causal de más de 200 condiciones de enfermedades y lesiones. Se considera uno de los principales factores de riesgo evitable en los trastornos neuropsiquiátricos y enfermedades no transmisibles, como por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer (OMS, 2010). Según el *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud* llevado a cabo en 2018 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más de la mitad de la población consume alcohol en: las Américas, Europa y Pacífico occidental. En las regiones de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental y Europa, el porcentaje de bebedores ha disminuido desde el año 2000; sin embargo, aumentó en la Región del Pacífico Occidental de 51.5% en el 2000 a 53.8% en el 2018, y se ha mantenido estable en la Región de Asia Sudoriental. El consumo total de alcohol puro por habitante a nivel mundial en personas de 15 años o más, aumentó de 5.5 litros en el 2004 a 6.4 litros en el 2010 y se mantuvo en ese nivel hasta 2016. En relación a los países de la OMS, los niveles de consumo de alcohol más altos por habitante se perciben en la Región de Europa (OPS, 2018).

Las bebidas alcohólicas en el mundo occidental son de venta lícita, las mismas varían tanto en sabor como en graduación alcohólica. La graduación alcohólica refiere a la cantidad de alcohol etílico contenido en 100 centímetros cúbicos de una bebida y la misma varía dependiendo de la cantidad y tipo de bebida ingerida. LA "UBE", unidad de bebida estándar, contiene 10 cc de etanol, lo cual corresponde a una copa de vino o una lata de cerveza.

Según la *Encuesta Nacional sobre el Uso de drogas y la Salud*, realizada en 2015, la dependencia al alcohol afecta a casi 16 millones de personas mayores de 12 años en América y 11 millones en Europa (Rehm et al., 2014). Por otro lado, la OPS (2018), declara que existen diferencias considerables entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol en los últimos 12 meses. A nivel mundial, se calcula que unos 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol, y la prevalencia más alta de estos trastornos se encuentra en la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%).

La definición de “alcoholismo” según la OMS (1994) es: “consumo crónico y continuado o consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas”.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2018), el Trastorno por consumo de alcohol se define de la siguiente manera:

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: 1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores, o durante un tiempo más prolongado del previsto; 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol; 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos; 4. Ansias o

un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol; 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar; 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol; 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio; 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico; 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol; 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol. 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol, b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (American Psychiatric Association [APA], 2018, pp. 259-261)

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Onceava Revisión (CIE-11, 2019) ubica “Dependencia del alcohol” dentro de los Trastornos debidos al consumo de sustancias, y lo define como “un trastorno de la regulación del consumo del

alcohol que surge del consumo repetido o continuo del alcohol”. Se caracteriza además, por un fuerte impulso interno para consumir alcohol, perdiendo la capacidad de control del consumo, priorizándolo ante otras actividades y persistiendo el consumo a pesar de las consecuencias negativas. Establece específicamente que si el consumo de alcohol es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes, puede ser diagnosticado.

En relación a nuestro país, según la VI Encuesta Nacional en hogares sobre el consumo de Drogas llevada a cabo en el año 2016 por el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD), la droga con mayor prevalencia de consumo es el alcohol. Nueve de cada diez personas de entre 15 y 65 años, han consumido alcohol en algún momento de su vida y siete de cada diez declararon haber consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el transcurso del último año. El consumo habitual (suponiendo este como el uso frecuente de una droga) es declarado por más de la mitad de las personas (52.1%). En todos los rangos de edad, los hombres presentan mayor consumo que las mujeres. Entre los consumidores de alcohol, uno de cada cinco representa signos de consumo problemático en el último año. Esto incluye consumo de riesgo, abusos por ingesta, consumo perjudicial o dependencia. Según la Junta Nacional de Drogas (2019), “el alcohol es la droga que mayores problemas sociales y sanitarios le trae al país”.

La Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV, 2015) afirma que existe una correlación significativa entre el aumento de la presencia de alcohol y la gravedad de los siniestros. En 2014 se detectó presencia de alcohol en el 6% de los controles realizados en conductores que participaron en siniestros, en el caso de siniestros graves llegó al 7% y en el caso de los que tuvieron

resultado fatal superó el 15%. Los mayores porcentajes de espirometrías positivas en conductores se registraron entre los 30 y 34 años y entre los 50 y 54 años, dando cuenta de que no se trata de un “problema de jóvenes”. Otro dato importante es que se observa un factor de riesgo asociado al sexo masculino, el porcentaje de conductores hombres con alcohol en sangre llega casi al 8%, mientras que en mujeres es del 2%.

La OMS (1994) plantea que la mayoría de los enfoques de tratamiento que han demostrado efectividad para el tratamiento de alcoholismo se encuentran dentro de los enfoques cognitivo-conductuales (OPS, 2008). De hecho, ha recomendado la Terapia cognitivo conductual (TCC) para el tratamiento de las drogodependencias, incluyendo el alcoholismo. Sin embargo, es importante destacar que se recomienda utilizar esta estrategia como parte de un abordaje multidisciplinario, incluyendo desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico, terapia individual y de grupos, formación profesional y experiencia laboral (OMS, 1994).

### **1.1 Fundamentos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aplicada al alcoholismo.**

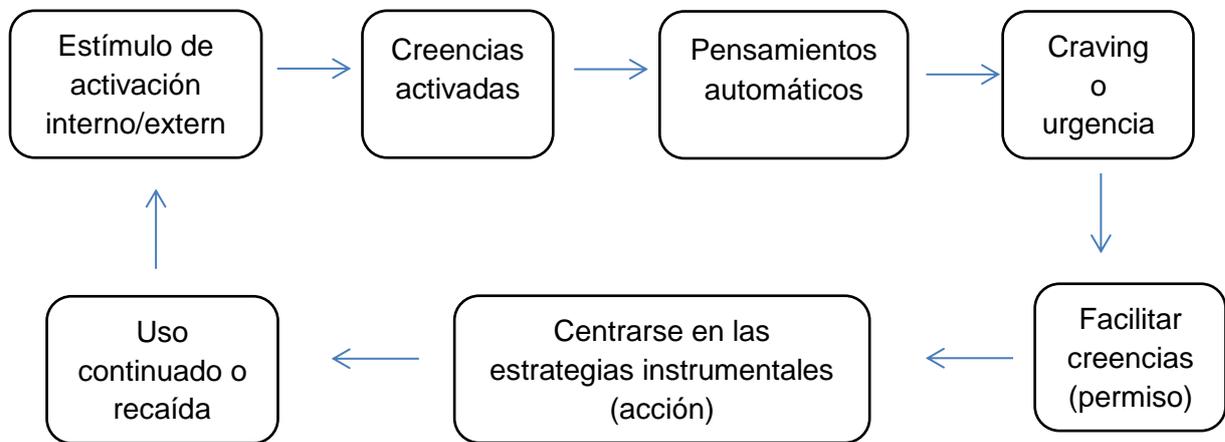
Desde mediados del siglo XX, la psicoterapia cognitivo conductual ha atravesado tres grandes etapas: durante los años 50´ el desarrollo de la terapia de la conducta, durante los 70´ el desarrollo de la terapia cognitiva de Aron Beck y más tarde una combinación de ambas, donde surge la Terapia cognitivo conductual (Ost, 2008).

Chertok (2006) establece que el objeto de estudio de la TCC es la conducta, la cual se estudia mediante el método científico con el fin de explicar,

predecir y modificar el comportamiento humano. La misma plantea la existencia de cuatro procesos de aprendizaje que controlan el comportamiento: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, modelado y procesos cognitivos. Se parte del supuesto de que hay una historia de aprendizaje múltiple, desarrollándose además, procesos simultáneos que mantienen la conducta en el tiempo. Durante el transcurso de este proceso, se adquieren tanto conductas adaptativas como conductas inadaptadas o inconvenientes para la persona, siendo estas últimas el objeto de trabajo de la TCC. Para ello se utilizan estrategias de condicionamiento aversivas, entrenamiento en habilidades sociales y modificación del sistema de creencias (reestructuración cognitiva). Según Beck et. al. (1999), la reestructuración cognitiva tiene como fin detectar y modificar las creencias disfuncionales que posee la persona, las cuales alimentan el pensamiento de la necesidad de seguir su impulso de consumo. Entendiéndose *impulso* como “el proceso de movilización interior que lleva a actuar por el *craving*”; entendiéndose *craving* como deseo irrefrenable o ansia de droga” (Marlatt & Gordon, 1985).

Las creencias disfuncionales juegan un papel muy importante a la hora de habilitar o promover los impulsos. Algunos ejemplos de estas creencias que se centran alrededor del consumo pueden ser: “no puedo ser feliz a menos que consuma”, “tengo más control cuando he tomado unas copas”. Esta interpretación activa emociones que habilitan el retorno al consumo (Beck et. al., 1999). Existe entre los individuos adictos la creencia de que no tienen control sobre su conducta o sus impulsos. Una investigación realizada por Brown y colaboradores (1980) demostró que las expectativas de los alcohólicos, en relación a la bebida se pueden agrupar en seis factores: a)

transformará la experiencia de manera positiva; b) aumentará el placer social y físico; c) mejorará las relaciones sexuales y la satisfacción; d) incrementará el poder y la agresividad, y e) disminuirá la tensión.



Adaptado de Beck et. al (1999)

Para llevar a cabo el tratamiento, Beck et. al. (1999) proponen que mediante la TCC se desarrollan los siguientes principios básicos: *la relación terapéutica*, esto requiere del terapeuta una relación cálida y empática pero a la vez sincera. *La conceptualización cognitiva del caso*: esto implica la sistematización e integración de datos que permitan al terapeuta elaborar una hipótesis con el fin de establecer un tratamiento eficaz. Y por último, pero no menos importante, *la asignación de tareas* entre sesiones: es necesario que el paciente ponga en práctica en la semana lo trabajado en el encuentro, de esta forma se va adquiriendo el hábito y además, es posible evaluar y modificar la acción de acuerdo a las dificultades que se le presenten.

Entre los objetivos de la terapia cognitiva, se encuentra la modificación de los pensamientos erróneos y las creencias poco adaptativas, así como también el aprendizaje de técnicas de autocontrol y toma de decisiones (Beck

et. al., 1999). El modelo cognitivo de las adicciones da lugar a la terapia cognitiva del abuso de sustancias, la cual tiene como fin debilitar los impulsos y el craving que alimentan las creencias disfuncionales, al mismo tiempo que se le enseñan al paciente diferentes formas de controlar y modificar su conducta. La terapia cognitiva del abuso de sustancias, establece los siguientes objetivos: a) supone un trabajo de colaboración entre el terapeuta y el paciente basado en la confianza; b) es de carácter activo; c) se basa en gran medida en el descubrimiento guiado y la comprobación empírica de las creencias, y d) intenta contemplar el problema del consumo de la bebida como un problema técnico para el que existe una solución concreta (Beck et. al., 1999).

Algunas de las técnicas más utilizadas por la Terapia cognitivo conductual para el tratamiento del alcoholismo, desarrolladas por Beck et. al (1999) son: *flechas descendentes*: es muy común que el pensamiento de estos pacientes se caracterice por ser catastrófico, esta técnica indaga el significado personal de esos pensamientos a través de la pregunta: ¿qué significa eso para ti?, dando lugar muchas veces al descubrimiento de una creencia central errónea, que de esta forma queda expuesta para ser trabajada. *Registro diario de pensamientos*: a través de un esquema que se le entrega al paciente, el cual va completando entre sesiones, es posible identificar la creencia que luego da lugar a la acción. Esto permite educar al paciente para que en situaciones posteriores pueda identificar dicha creencia, debatirla y reconsiderarla. *Análisis de ventajas y desventajas*: con frecuencia estos pacientes tienden a minimizar las desventajas y maximizar las ventajas del consumo. Analizarlas en conjunto los ayuda a reconocer otra perspectiva de la situación. *Re atribución de la responsabilidad*: como se mencionó anteriormente, muchas veces las personas

que consumen sienten que no tienen ningún tipo de control de la situación; es muy importante trabajar en la responsabilidad y el rol que cumplen ellos mismos ante la situación de elegir consumir o no. *Programación y control de las actividades / control de estímulos*: esta tarea tiene como fin el control de las actividades (saber cuánto tiempo dedica a cada una y qué nivel de placer y habilidad sienta al realizarlas), lo cual permite promover las conductas productivas y evitar aquellas que estimulan el consumo. Es común y esperable que ciertos espacios o situaciones (eventos, encuentros familiares, etc.) desencadenen la respuesta de consumo, por lo tanto para minimizar estas posibilidades es imprescindible planificar estrategias para evitarlos o contrarrestarlos cuando el contacto sea inevitable. *Entrenamiento en relajación y ejercicio físico*: es frecuente que el paciente recurra a la bebida para relajarse, por eso es importante brindarle herramientas que le permitan relajarse sin la necesidad de consumir. Por otro lado, el deporte o actividades vinculadas al ejercicio físico presentan múltiples beneficios, como por ejemplo: reduce la ansiedad, aumenta la autoestima, motiva a los pacientes a redefinirse como saludables, mejora el descanso. *Entrenamiento en habilidades sociales mediante role playing y asertividad*: estos pacientes pueden presentar dificultades para rechazar una bebida, incluso cuando no deseen aceptarla dado que no es su comportamiento habitual. Este tipo de entrenamiento se da en el espacio terapéutico con el fin de practicar y corregir las posibles respuestas en estas situaciones, priorizando siempre sus deseos y respetando a los demás, dentro de un ámbito cuidado y de reforzamiento positivo.

## **1.2 Terapia Dialéctico Conductual**

En 1980, la psicóloga estadounidense Marsha Linehan, se encontraba trabajando con su equipo en tratamientos más efectivos para la ideación suicida enfocándose posteriormente en el trastorno de personalidad límite (TLP). Dicho trastorno se caracteriza por tener dificultades en regular las emociones, actuando con frecuencia de manera impulsiva, teniendo intentos de autoeliminación y otras conductas auto lesivas. La Terapia cognitivo conductual tradicional no estaba dando buenos resultados, dado las severas consecuencias del TLP, motivo por el cual la Dra. Linehan continuó trabajando en desarrollar nuevas estrategias surgiendo así la Terapia dialéctico conductual (Van Dijk, 2012). Mientras que la TCC se centra en el comportamiento, la TDC se centra en los desencadenantes que dan lugar a los comportamientos disfuncionales y las contingencias que mantienen esos comportamientos en el tiempo (Van Dijk, 2012). La misma se encuentra dentro de las denominadas terapias de la “tercera ola” (Hayes, 2004), donde se integran técnicas como la aceptación y el mindfulness.

Para crear el modelo de tratamiento Linehan, (1993) se basó en el método dialéctico, un complejo concepto científico y filosófico basado en tres principios fundamentales: 1) todo se encuentra interconectado o interrelacionado. Esta idea nos ayuda a entender la importancia de abordar a la persona como un todo con el fin de identificar y gestionar los cambios (Feigenbaum, 2007); 2) la realidad no es estática, sino un proceso de cambios continuos (Swales & Heard, 2009); 3) la verdad, que se encuentra en continua evolución, se puede encontrar integrando o combinando diferentes formas de ver las cosas (Feigenbaum, 2007).

Éste último punto, es exactamente lo contrario al pensamiento “blanco o negro”, “todo o nada” que caracteriza a las personas con desregulación emocional. Según Linehan (1993) la desregulación emocional es el resultado de una alta sensibilidad o vulnerabilidad emocional combinado con la inhabilidad para regular o modular las emociones personales. Cuando habla de *vulnerabilidad emocional*, se refiere a una predisposición biológica que poseen algunos individuos al nacer emocionalmente más sensibles que el resto de las personas. Generalmente actúan de manera emocionalmente desmedida ante lo que algunas situaciones requieren y les cuesta mucho más que a cualquier otra persona, recuperarse de esa emoción y volver a su estado normal. Por otro lado, la *regulación emocional* refiere al proceso que se realiza (consciente o inconscientemente o quizás, hasta con un gran esfuerzo) de disminuir, mantener o aumentar una emoción (Warner & Gross, 2010).

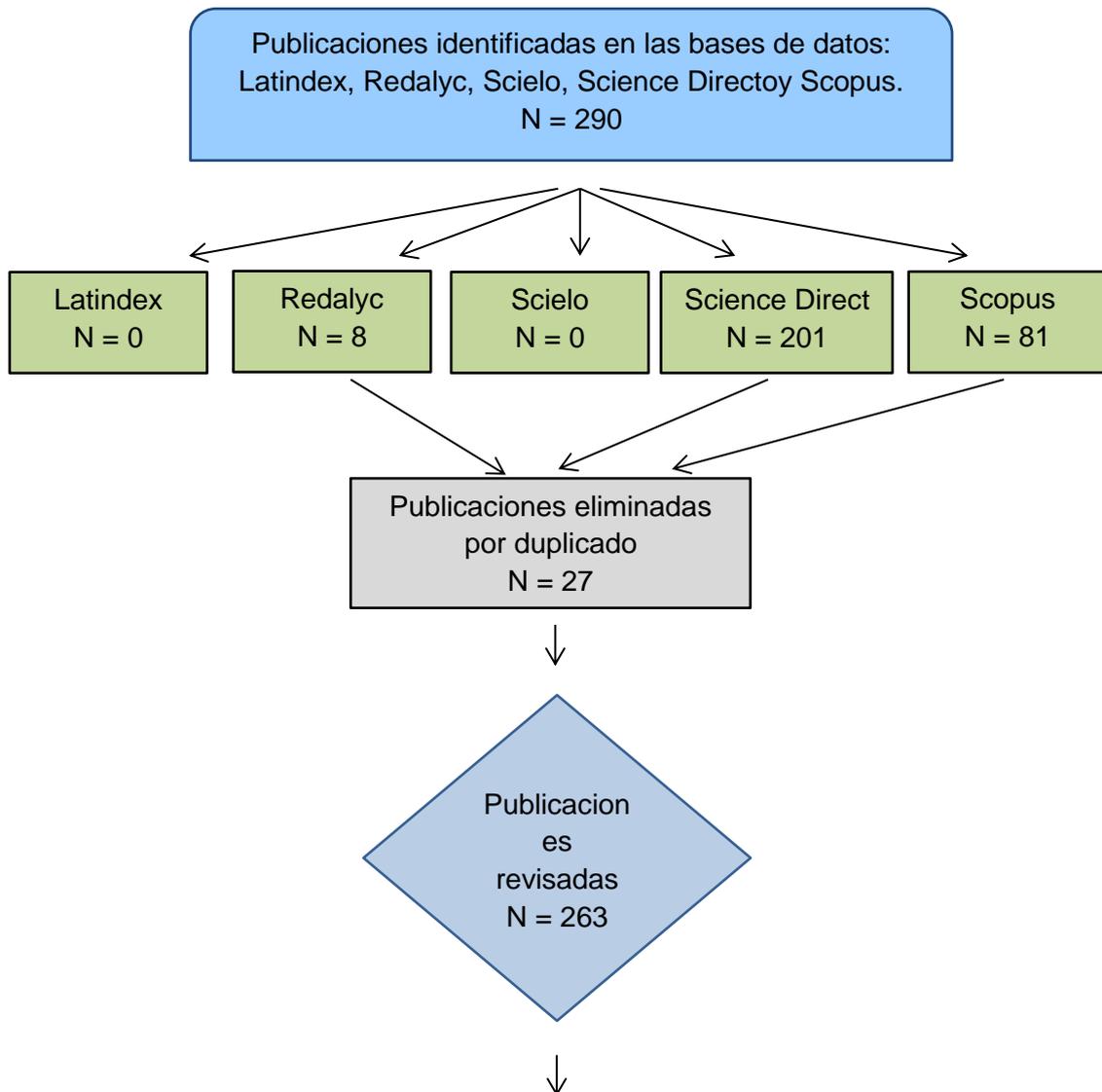
El modelo de la Terapia dialéctico conductual está integrado por cuatro componentes, según Van Dijk (2012): 1) grupo de entrenamiento en habilidades: se trata de un espacio psicoeducativo con un diseño estructurado, el cual tiene el fin de desarrollar y fomentar las habilidades de los pacientes. El grupo tiene una frecuencia semanal y se divide en cuatro módulos: habilidades en mindfulness, habilidades para la eficacia interpersonal, habilidades de regulación y habilidades de tolerancia al estrés. 2) Terapia individual: los pacientes usualmente asisten de manera semanal con un terapeuta especializado en TDC. El fin de estos encuentros es practicar las herramientas adquiridas en las reuniones grupales, con el objetivo de reducir las conductas problema (ideación suicida, auto flagelación, abuso y/o uso de sustancias, etc.). 3) Consultas telefónicas: se utilizan para ayudar a los pacientes a entrenar las

habilidades anteriormente trabajadas. Se trata de un intercambio breve, en el cual el terapeuta guía al paciente en relación a qué estrategia le resultaría más útil de acuerdo a la situación en la que se encuentra, promoviendo la superación de obstáculos y actuar de forma eficiente. 4) Grupo de consulta. El mismo se encuentra integrado generalmente por: trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras e integrantes que cooperan en los grupos con pacientes. Estos grupos de consulta tienen dos objetivos: brindar apoyo a los terapeutas y ayudarlos a continuar desarrollando sus propias herramientas para trabajar con pacientes y, por otro lado, para discutir los casos. El ya mencionado autor, afirma que este modelo de terapia puede ser efectivo aun cuando no se incluye necesariamente cada uno de los componentes.

Considerando este abordaje y dadas las múltiples repercusiones y consecuencias que tiene el alcoholismo; este artículo científico de revisión bibliográfica se propone como objetivo indagar los resultados de estudios e investigaciones realizadas hasta la fecha que den cuenta de la eficacia de la terapia dialéctico conductual en personas con dicha problemática.

## 2. Metodología

Los artículos utilizados para este análisis fueron seleccionados a través de una revisión sistemática. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes bases de datos: Latindex, Redalyc, Scielo, Science Direct y Scopus. Las palabras clave para realizar esta búsqueda fueron: Terapia Dialéctico Conductual y alcohol; en español e inglés. En la selección de artículos para su análisis, se filtró entre el año 2002 y 2022, con el fin de realizar una búsqueda actualizada; siendo seleccionados artículos en ambos idiomas.



Publicaciones eliminadas  
por enfoques divergentes con la temática  
N = 198



Publicaciones  
revisadas  
N = 35



Publicaciones eliminadas  
por ser metanálisis o revisiones  
N = 14



Publicaciones eliminadas  
por no tener acceso  
N = 6



Publicaciones revisadas  
N = 15

### **3. Resultados**

El objetivo de los artículos detallados a continuación, es evaluar la eficacia de la Terapia dialéctico conductual en tratamiento de personas con trastorno por consumo de alcohol. En todos los estudios se realizaron evaluaciones previas y posteriores al proceso terapéutico, con el fin de evaluar los resultados. Se realizó una sistematización de los artículos seleccionados exponiéndose la siguiente información: título del artículo, nombre del/ los autor/es y año de publicación; así como también se describe brevemente el objetivo del estudio. Finalmente, se describe la muestra de los participantes, la metodología del estudio y los resultados más relevantes.

#### **1. A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers (Wilks, C., Yin, Q., Ang S.Y., Matsumiya, B., Lungu, A., Linehan, M., 2017).**

Este estudio busca evaluar la viabilidad, aceptación y eficacia preliminar de la Terapia conductual dialéctica para individuos con intentos de suicidio que además presentan consumo de alcohol excesivo.

El estudio se llevó a cabo con un total de 59 participantes estadounidenses de los cuales a 30 de ellos se les aplicó iDBT-ST de forma inmediata y a los 29 restantes se esperó un total de 8 semanas para comenzar el tratamiento. Se realizó un proceso previo para minimizar la aleatoriedad de las variables, teniendo en cuenta: 1) el sexo biológico asignado al momento de nacer, 2) la severidad del trastorno alcohólico y la severidad de la ideación suicida. Los participantes fueron interrogados de forma mensual durante un período de cuatro meses previo al tratamiento; mediante cuestionarios en línea.

La intervención fue modelada por una versión computarizada de Terapia conductual dialéctica para la regulación emocional (iDBT-ER; Lungu, 2015). Los componentes de la intervención incluían 8 módulos que fueron enviados durante 8 semanas, los cuales tenían una duración de entre 30 y 50 minutos cada uno. Los que se encontraban en lista de espera fueron interrogados de manera semanal sobre la frecuencia, intensidad y seriedad de su intencionalidad suicida y la frecuencia y cantidad de alcohol consumido. Aquellos que presentaban altos niveles de ideación suicida fueron monitoreados telefónicamente por los especialistas en dicha área para ser asesorados. Medidas: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Timeline Followback (TLFB).

Los participantes en promedio vieron una reducción significativa en todos los resultados durante el período de estudio de cuatro meses. En comparación con los controles en lista de espera, las personas que recibieron iDBT-ST inmediatamente mostraron reducciones más rápidas en el consumo de alcohol.

**2. A therapeutic relational agent for reducing problematic substance use (Webot): development and usability study (Prochaska J.J., Vogel E.A., Chieng A., Kendra M., Baiocchi M., Pajarito S., Robinson A., 2021).**

Este estudio tiene como objetivo adaptar Webot (herramienta digital basada en TCC, mindfulness y TDC) para el tratamiento del abuso de sustancias y examinar su viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar.

Fueron seleccionados 51 participantes, de todos los géneros, de entre 18 y 65 años, residentes en Estados Unidos. A su vez, se evaluaron 4 áreas en

las cuales su puntaje debía ser dos o superior: reducción de consumo, malestar y culpa para poder ingresar al programa.

Se adaptó un programa llamado Webot, el cual brinda Terapia cognitivo conductual de forma de diálogo breve. Se hizo uso de los recursos motivacionales de intervención, entrenamiento en mindfulness, terapia dialéctico conductual y terapia cognitivo conductual para prevención de recaídas. La intervención fue desarrollada en ocho semanas, con seguimiento del estado de ánimo, deseo de consumo de sustancias y sufrimiento; con alrededor de 50 sesiones psicoeducativas y herramientas psicoterapéuticas. Medidas: Alcohol use disorders identification test - concise, Drug abuse screening test - 10 item, Mc Nemar test, Patient health questionnaire – 8 item, Generalized anxiety disorder – 7 items.

Se considera a esta herramienta como aceptable, viable y segura. Los resultados reflejaron una reducción significativa tanto en el deseo como en el consumo de sustancias, considerando el contexto de una pandemia mundial.

**3. Achieving drug and alcohol abstinence among recently incarcerated homeless women: a randomized controlled trial comparing dialectical behavioral therapy-case management with a health promotion program (Nyamathi, A.M., Shin, S.S., Smeltzer, J., Salem, B.E., Yadav, K., Ekstrand, M.L., Turner, S.F., Faucette, M., 2017).**

El objetivo de este estudio es comparar el efecto de un programa basado en la terapia dialéctico conductual con un programa de promoción de salud con el objetivo de alcanzar abstinencia total en drogas y alcohol, en mujeres en libertad condicional.

Participaron 130 mujeres en situación de libertad condicional de Los Ángeles y Pomona. Debían cumplir tres criterios básicos: tener entre 18 y 65 años, haber consumido drogas previo a su último ingreso a la cárcel y encontrarse sin hogar previo a su salida de la cárcel. Se crearon dos grupos de 65 personas cada uno, de forma aleatoria, uno de ellos participó en el programa de Terapia dialéctico conductual y el otro en el programa de promoción de salud. Ambos programas fueron brindados por un período de tres meses, durante el cual se entregaron incentivos económicos; completándose de esta manera un 90% del total del seguimiento.

La intervención basada en la terapia dialéctico conductual consistió en seis sesiones semanales grupales, con entre cinco y siete integrantes por grupo; y seis sesiones individuales por semana, con una duración de entre 45 y 60 minutos; por un período de 12 semanas. Las sesiones fueron organizadas en relación a las siguientes temáticas: evitar y eliminar las "tentaciones" para el uso de sustancias, eliminar los puentes de contacto para el consumo de sustancias, observar e identificar el deseo, desarrollar el rechazo adaptativo y la rebeldía alternativa. Cada sesión incluía registro, mindfulness y revisión de las tareas enviadas por una enfermera y dos trabajadores de la salud comunitaria. El programa se encuentra enfocado en las enfermedades más comunes que padecen las mujeres en situación de calle; y actividades que promuevan la salud para las personas con dichas enfermedades crónicas. Se desarrollaron sesiones grupales de entre cinco y siete personas y también sesiones individuales, para discutir estrategias personales. Las 6 sesiones semanales se enfocaron en: diabetes, enfermedades cardíacas, infecciones de transmisión sexual, herramientas para padres, reinserción familiar y en

comunidad, dejando un espacio para "otros". Esto se desarrolló durante un período de 12 semanas.

Inicialmente, del grupo al que se le aplicó la Terapia dialéctico conductual, un 67,7% de los integrantes habían consumido alguna droga en los últimos seis meses y en el grupo donde se brindó el programa de promoción de salud un 69,2 %. Las drogas más comunes fueron marihuana y metanfetaminas. En relación al alcohol, un 41,5% del total de los participantes declararon haber consumido alcohol en los últimos seis meses. En el seguimiento que se realizó a los seis meses, el 65,5% de los participantes del grupo de Terapia dialectico conductual y el 48,3% de los participantes del grupo de promoción de salud se mantuvieron en abstinencia total; basándose en los datos obtenidos mediante análisis de orina.

#### **4. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. (Van Den Bosch, L.M., Verheul, R., Schippers, G.M., Van Den Brink, W., 2002).**

El objetivo de este artículo es examinar si la terapia dialéctica conductual estándar (DBT): (1) puede implementarse con éxito en una población mixta de pacientes límite con o sin abuso de sustancias comórbido, (2) es igualmente eficaz para reducir sintomatología limítrofe entre aquellos con y sin abuso de sustancias comórbido, y (3) es eficaz para reducir la gravedad de los problemas de uso de sustancias.

En el reclutamiento de pacientes para el programa piloto se seleccionaron nueve mujeres con TLP, intentos de suicidio, autoflagelación y problemas de abuso de sustancias (aunque este último no era criterio

excluyente). La edad promedio era de 37.5 años, el promedio de días de tratamiento en los últimos cuatro años era de 74 días por año y el promedio de ingresos a centros de salud en el mismo período de tiempo era de 4 a 58.

El tratamiento basado en Terapia dialéctico conductual se desarrolló durante un período de 12 meses. El mismo combinó cuatro módulos: terapia individual semanal cognitivo-conductual, terapia grupal semanal para el entrenamiento de habilidades con una duración de 2 a 2.5 horas, supervisión y consultas semanales para los terapeutas. Además, consultas telefónicas para los pacientes, donde los mismos son motivados a continuar con el entrenamiento y la aplicación de nuevas herramientas adquiridas fuera del espacio terapéutico.

La eficacia de la Terapia dialéctico conductual se pudo visualizar en tres puntos importantes. Por un lado, el índice de deserción en este proceso fue del 77%. Por otro lado, dicho enfoque redujo considerablemente la autoflagelación y los impulsos de auto mutilación en relación al enfoque tradicional. Por último, la reducción de la frecuencia en la auto mutilación fue mayor en aquellas personas que reportaron mayor asiduidad al inicio del tratamiento. En relación al uso de sustancias, en el seguimiento realizado a los 18 meses, se pudo verificar que no hubo modificaciones entre el encuadre clásico y la terapia dialéctico conductual.

**5. Dialectical behavior therapy for substance abusers adapted persons living with HIV/AIDS with substance use diagnoses and Borderline Personality Disorder. (Wagner, E., Miller, A., Greene, L., Winiarski, M., 2004).**

El objetivo de este estudio es describir las modificaciones realizadas a través de la terapia dialéctica conductual en grupos de personas con VIH/SIDA, consumo de sustancias y trastorno de personalidad límite.

La participante es una mujer de 36 años, con HIV. Presenta consumo de crack, marihuana, cerveza, vino y heroína. Ella se define como una persona “Crónica reincidente”, declara un vida entera de consumo. Comenzando a los 12 años con marihuana y alcohol. En la mitad de su adolescencia comenzó a consumir ácido, crack, cocaína y benzodiazepinas; a los 24 años comenzó a consumir heroína. Tuvo 4 internaciones por sobredosis, negando fueran intentos de suicidio. Su último episodio de sobredosis fue un año antes de comenzar con la terapia dialéctica conductual. Su último tratamiento por consumo de sustancias incluyó 8 ingresos, dos tratamientos residenciales por metadona y participación intermitente en grupos de 12 pasos.

El método de intervención se basó en sesiones semanales de Terapia conductual dialéctica, de 60 minutos de duración. Entrenamiento grupal semanal de 90 minutos de duración. Coaching uno a uno, de 30 minutos semanales. Coaching telefónico PRN (Performance Results Network). Objetivo N° 1: reducir intentos de suicidio. Objetivo N° 2: reducir conductas que interfieren con el tratamiento, incluir tratamientos médicos y psiquiátricos. Objetivo N° 3: reducir conductas que disminuyen la calidad de vida como: abuso de sustancias, depresión, problemas interpersonales y desempleo.

Como resultado se observó que algunos meses luego de comenzar el tratamiento la paciente era capaz de: describir sus emociones, sus pensamientos y sus interacciones de una forma adecuada. Dado el progreso

terapéutico y el uso bajo control de sustancias, pudo comenzar con el tratamiento antirretroviral para el HIV. Trabajó junto a su terapeuta para incorporar el apoyo del entorno que promoviera su adherencia al tratamiento. Disminuyeron sus síntomas depresivos, adquirió herramientas como madre, disminuyendo los conflictos con sus hijos, su pareja y su hermana.

**6. The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during a stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. (Cavicchiolia, M., Movallia, M., Vassena, G., Ramellaa, P., Prudenziatia, F., Maffeia, C., 2019)**

Este artículo tiene como objetivo investigar si durante un tratamiento en entrenamiento de habilidades basado en la terapia dialéctico conductual, se modifica el número de días consecutivos de abstinencia en el abuso de alcohol y otras sustancias.

Desde el mes de setiembre del año 2016, al mes de agosto del año 2018, fue admitida una muestra voluntaria de 108 personas en el Hospital San Raffaele de Milán. La misma estaba compuesta por hombres (59.3%) y mujeres (40.7%) de entre 24 y 75 años; con un nivel educativo homogéneo. Enfermedades mentales severas fueron consideradas como criterio excluyente. Los pacientes fueron evaluados por psiquiatras; los cuales realizaron dos evaluaciones en un período de dos semanas indagando si los pacientes podían sostener dicho período de abstinencia espontánea. De no ser así, se hospitalizaban en un programa de desintoxicación por 10 días, previo a ser admitidos en el programa de entrenamiento en habilidades basado en TDC.

El mencionado programa, se desarrolló en dos fases: una fase inicial intensiva de cinco sesiones a la semana durante el primer mes y una segunda

fase de dos sesiones semanales durante los siguientes dos meses. Se llevaron a cabo 36 sesiones, generando un total de 108 horas de tratamiento. Cada sesión duraba 3 horas. En la primer hora se trabajaron a nivel grupal en general, las siguientes temáticas: ideación e intento suicida, comportamientos auto lesivos, episodios de recaída o deseo, estados de ánimo y síntomas de ansiedad; higiene del sueño y posibles efectos farmacológicos secundarios. Por otro lado, en las dos horas restantes se trabajó en grupos reducidos (5 a 10 participantes) habilidades específicas de la terapia dialéctico conductual; revisando tareas basadas en mindfulness, tolerancia al estrés, y herramientas de regulación emocional.

Como resultado, 95.3% de los pacientes finalizaron el programa y 79.6% de los mismos se mantuvieron en abstinencia durante el programa. Por otro lado, los restantes participantes tuvieron al menos una recaída temporaria durante el tratamiento, pero no se detectó ninguna recaída profunda (volver a consumir igual o peor antes de haber participado en el programa). La media de días consecutivos de abstinencia al finalizar el tratamiento fue de 95.62 y el promedio de ausencias fue de 2.34.

**7. Intensive dialectical behavior treatment for Individuals with borderline personality disorder with and without substance use disorders. (Buono, F., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M., Sprong, M., Garakani, A., 2021)**

El objetivo de este artículo es indagar los beneficios del programa transitorio basado en terapia dialéctico conductual, cuya duración es de 28

días, el cual está destinado a personas con Trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastorno por consumo de sustancias (TCS).

Un total de 94 individuos se inscribieron para participar del estudio, de los cuales 18 de ellos fueron rechazados porque requerían un cuidado más específico. Los participantes fueron divididos en dos grupos (teniendo en cuenta el criterio de clasificación del DSMV): grupo nº 1 formado por personas con TLP y sin ningún tipo de consumo de sustancias, excepto tabaco (41). El grupo nº 2 se formó con personas con TLP y TCS (35). Los pacientes con TCS fueron admitidos luego de completar un programa de desintoxicación con el fin de evitar cualquier tipo de confusión con efectos secundarios de la abstinencia. No se constataron diferencias significativas sociodemográficas o en la historia clínica entre ambos grupos; tampoco en las edades de los integrantes. En el grupo nº 1 eran más mujeres (24) que en el grupo nº 2 (16). Al momento de iniciar el tratamiento, el 68% del grupo nº 1 se encontraban solteros y el 63% del grupo 2. En el grupo nº 1, el 43% se encontraba desempleado y en el grupo nº 2, el 29%. En ambos grupos se presentaron altos índices de eventos traumáticos previos; en el grupo 1 el 69% y en el grupo nº 2, el 54%.

El programa tiene una duración de 28 días, es pago y se desarrolla de manera transitoria en una clínica psiquiátrica privada. Se lleva a cabo en diferentes ubicaciones, que se encuentran independientes, donde los pacientes han sido derivados de hospitales o clínicas psiquiátricas; ingresados de forma permanente o ambulatoria. También podían presentarse de manera personal sin derivación específica. Los pacientes recibieron un mínimo de 5 sesiones grupales de una hora y 2 sesiones individuales de una hora por semana durante 4 semanas. Las mismas se basaron en protocolos de terapia dialéctico

conductual, entrenamiento en herramientas y habilidades; y ficha de ejercicios para practicar. No hubo grupo terapéutico específico para las personas con trastorno por consumo de sustancias, pero se les ofreció asistir a grupos de AA; además del abordaje individual que se les brindó en las sesiones personalizadas.

A pesar de la comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias, todos los pacientes con TLP mostraron una significativa mejora en los síntomas depresivos, en muchos casos, pasó de ser severa a moderada. Además, los niveles de ansiedad generalizada también disminuyeron en ambos grupos, aunque de forma mas modesta en el grupo con TCS. Los autores consideran que estos resultados confirman la utilidad de la terapia dialéctico conductual para pacientes con TLP y aumenta las probabilidades de reducir los efectos del TCS, dado que brinda herramientas; entre ellas la inestabilidad afectiva y la impulsividad. Se resalta la efectividad del tratamiento a pesar de su corta duración, en comparación con las intervenciones estándar de la TDC. A pesar de esto se considera que el complemento llevado a cabo para pacientes con TCS debe seguir siendo estudiado y evaluado en mayor detalle.

**8. Dialectical behavior therapy for multiple treatment targets: a case study of a male with comorbid personality and substance use disorders. (Owens, M., Nason, E., Yeater, E., 2017).**

Este artículo tiene como objetivo presentar el estudio de caso de un paciente que busca un tratamiento para resolver sus problemas con el alcohol, inconvenientes laborales y dificultades para hacer y mantener vínculos personales saludables.

El paciente es un hombre heterosexual, blanco, no hispánico, soltero y sin hijos, que vivía en un apartamento cerca del campus donde estudiaba. Discontinúo sus estudios por problemas con el alcohol, motivo por el cual consulta. Sus padres biológicos, quienes lo criaron, abusaron física y psicológicamente de él, hasta sus 18 años, cuando se mudó con un compañero. Su padre tenía consumo problemático de alcohol y el paciente sospecha que su mamá también, no solo de alcohol sino de medicación prescrita. El paciente tuvo una relación amorosa, la cual consideraba “disfuncional” y declaró haber comenzado a beber en exceso luego de finalizado ese vínculo. Por otro lado, su inconsistencia laboral, le causaba problemas económicos y mucho estrés. Reporta su primer consumo de alcohol a los 14 años y beber a diario desde los 16. Considerando los últimos 12 meses, el paciente cumple 10 de los 11 criterios característicos de un consumo de alcohol problemático severo, según el DSMV.

El paciente se comprometió a un año de terapia, esto permitiría tener el tiempo suficiente para trabajar en las conductas complejas y la falta de herramientas que usualmente se ven en este tipo de pacientes. También se dispuso un plan de sesiones individuales semanales con una duración de entre 60 y 90 minutos y por otro lado, sesiones de entrenamiento en habilidades de 60 minutos de duración e igual frecuencia. Continuando con la jerarquía de objetivos en los que se centra el tratamiento basado en TDC; se comienza trabajando en conductas que ponen en riesgo la vida (reducir episodios de consumo en exceso, intentos de auto eliminación, etc.) Luego, conductas que interfieren con el desarrollo del proceso terapéutico (faltas a las sesiones, no

hacer las tareas) y finalmente, conductas vinculadas a la calidad de vida (reducir al máximo el consumo, comenzar nuevos vínculos, etc.).

El paciente completó un total de 46 sesiones de terapia individual y 42 sesiones de terapia en entrenamiento de habilidades; durante el transcurso de los 16 meses de tratamiento, presentando asistencias inconsistentes. Durante el transcurso de la terapia logró utilizar las herramientas de manera mas frecuente en situaciones y contextos complejos. Por ejemplo, "acción opuesta a la emoción"; logrando así asistir a clases aunque se sintiera desesperanzado y con ideas de autoeliminación. Desarrolló comunicación interpersonal efectiva, utilizando también la técnica del "disco rayado" para decirles que "no" a sus padres cuando le sugirieron volver a vivir con ellos, ya que esto lo hubiera expuesto nuevamente a algunas drogas y alcohol. En relación al alcohol, específicamente; antes de comenzar terapia consumía unas 112 bebidas por semana, durante el transcurso del proceso terapéutico disminuyó a 60 bebidas semanales y cerca del final del proceso pasó a consumir 30 bebidas semanales en promedio, siendo en muchas semanas este número menor. Previo al proceso, él consumía otro tipo de droga de manera frecuente, como marihuana u hongos alucinógenos; los cuales luego de haber finalizado el tratamiento utiliza de manera aislada. Esto trajo como consecuencia que no desarrollara conductas auto lesivas, únicamente en una instancia aislada alrededor de la semana 18 del tratamiento.

**9. Dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: findings based on an open trial. (Maffei, C., Cavicchiolia, M., Movallia, M., Cavallaroc, R., Fossatia, A., 2018).**

El objetivo de este estudio es evaluar la duración en abstinencia y los cambios a nivel emocional durante un programa basado en la terapia dialectico conductual con pacientes alcohólicos, buscando relación entre abstinencia y regulación emocional.

Desde enero del año 2012 a junio del año 2015, se aplicó el programa de 3 meses de duración a una muestra de 244 participantes; de los cuales fueron 61,1% hombres y 38,9% mujeres de entre 21 y 71 años. Todos ellos fueron admitidos en la Unidad de tratamiento por dependencia al alcohol y diagnosticados como dependientes al alcohol basándose en el criterio de clasificación del DSM IV. El 79% de ellos eran pacientes hospitalizados y el 21% pacientes ambulatorios, todos ellos admitidos de manera voluntaria en el mismo hospital en Milán (Italia), a los cuales se le administraron los tratamientos basándose en el Sistema Nacional de Cuidados en salud. A nivel general, los participantes no diferían en edad, nivel educativo, edad de comienzo de la dependencia al alcohol, duración de la enfermedad, consumo actual de más de una droga o dificultades en la regulación emocional.

El programa se desarrolló en dos fases: una fase intensiva con cinco sesiones semanales durante un mes y luego la frecuencia bajó a dos sesiones por semana durante dos meses. El número total de sesiones fueron 36, con una duración de tres horas cada una, haciendo un total de 108 horas de tratamiento. Durante la primer hora se formaban grupos asistidos por un psiquiatra donde se abordaban temas como: intentos de autoeliminación e ideación suicida, autoflagelación, recaídas en conductas adictivas y episodios de deseo; síntomas vinculados a la ansiedad y el estado del humor; higiene del sueño, efectos secundarios relacionados con el tratamiento farmacológico para

la abstinencia. Las últimas dos horas del encuentro se enfocaban en el tratamiento basado en la Terapia dialéctico conductual, con grupos de entre cinco y diez participantes; con el objetivo de adquirir herramientas de mindfulness, tolerancia al estrés y regulación emocional.

De los 157 pacientes que completaron el programa, el 73,2% alcanzaron la abstinencia al final del mismo; 31 no alcanzaron a concluir la fase intensiva y 56 abandonaron durante el transcurso de la segunda fase. Los participantes que completaron el tratamiento demostraron mejoras significativas en lo que refiere a regulación emocional y todos sus componentes entre el inicio y el final del tratamiento; independientemente de los niveles registrados en la línea de base.

**10. Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. (Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., Movalli, M., Maffei, C., 2020).**

Este estudio tiene como objetivo evaluar los cambios pre y post tratamiento en la severidad de las diferentes conductas adictivas durante el desarrollo de un programa basado en terapia dialéctico conductual para personas con trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias.

Desde setiembre del año 2015 a agosto del año 2018, una muestra voluntaria de 186 individuos diagnosticados con trastorno por consumo de alcohol basándose en el DSM-V, fue admitido en el Hospital San Raffaele de Milán. La muestra se encontraba representada por un 59,1% hombres y un

40,9% mujeres, de entre 21 y 75 años de edad. El nivel educativo se encontraba igualmente distribuido. Trastornos psiquiátricos y disfuncionales cognitivos severas fueron considerados como criterios excluyentes. Este estudio, basándose en estudios previos, planteó la siguiente hipótesis: la regulación emocional y la evitación experiencial deben ser las herramientas terapéuticas involucradas en el tratamiento de conductas adictivas.

El programa tuvo una duración de tres meses durante los cuales se desarrollaron dos fases de tratamiento: en principio una fase intensiva con un mes de duración con cinco sesiones semanales. Luego, dos meses con dos sesiones semanales; ambas de tres horas de duración. Durante el transcurso de la primer hora, se abordaron temas como: intentos e ideación suicida, conductas vinculadas a la autoflagelación o automutilación, recaídas en comportamientos adictivos (entiéndase abuso de sustancias, juego, atracones, etc.) y episodios de intenso deseo de consumo; también estado de ánimo y síntomas de ansiedad. Las siguientes dos horas se re organizaban en grupos de entre cinco y diez participantes, con el fin de realizar entrenamientos basados en la TDC. Esto incluía trabajar en mindfulness, tolerancia al estrés y desarrollo de herramientas para la regulación emocional; con líderes y co-líderes formados en psicología y TDC.

El 85,5% de los participantes finalizaron el programa. El análisis muestra resultados pequeños pero significativos en: control del juego, sexo compulsivo, compras compulsivas, atracones y conductas de alimentación restrictiva. Los niveles en dificultades emocionales mejoraron ampliamente al final, en relación al inicio del tratamiento. De igual modo, los niveles de evitación experiencial disminuyeron durante el tratamiento, detectando que la misma se encuentra

estrechamente vinculada a la regulación emocional. De acuerdo a estos resultados, es posible concluir que los individuos con trastorno por consumo de alcohol, reducen su estricto compromiso con estas conductas inadecuadas, a través del incremento de la aceptación y una buena disposición, en contraposición a las emociones negativas.

**11. Feasibility of dialectical behavior therapy skills training as an outpatient program in treating alcohol use disorder: the role of difficulties with emotion regulation and experiential avoidance. (Cavicchioli, M., Movalli, M., Ramella, P., Vassena, G., Prudenziati, F., Maffei, C., 2019).**

Este estudio se plantea tres objetivos: evaluar la viabilidad de un programa de tres meses de duración basado en la Terapia dialéctico conductual para personas con trastorno por consumo de sustancias; en segundo lugar, investigar los cambios en la evitación experiencial durante la intervención y su influencia a la hora de completar el tratamiento; tercero: estimar el rol de las dificultades en regulación emocional y evitación experiencial, para mantenerse en abstinencia.

Desde setiembre 2015 a enero 2018, una muestra voluntaria de 171 personas en búsqueda de un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (basado en el DSM-V), fue admitido en el Hospital San Raffaele de Milan. La muestra se encontraba representada por 60.8% hombres y 39.2% mujeres, de entre 25 y 75 años. El nivel educativo se consideraba homogéneo. Trastornos psiquiátricos y disfunciones cognitivas severas fueron considerados como criterios excluyentes.

Este programa se desarrolló durante tres meses, basándose en el entrenamiento de habilidades y dividido en dos fases. Una primer fase de carácter intensivo, que consistió en cinco sesiones por semana, con una duración de tres horas cada una durante el primer mes. Por otro lado, durante los últimos dos meses, se realizaron dos sesiones semanales de igual duración. Durante la primer hora del encuentro, se abordaron temas como intentos e ideación suicida, conductas auto lesivas, recaídas en conductas adictivas y episodios de deseo, humor y síntomas ansiógenos; higiene del sueño y posibles efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos. Las restantes dos horas del encuentro se centraban en entrenamiento de habilidades específicamente vinculadas con la terapia dialéctico conductual, en grupos reducidos de entre cinco y diez personas. Esta parte del espacio, se destinaba a practicar actividades relacionadas con el mindfulness, tolerancia al estrés y habilidades para la regulación emocional.

Los pacientes que participaron del programa basado en terapia dialéctico conductual, mostraron una amplia disminución de las dificultades en regulación emocional. Aquellos participantes que eran consumidores de más de una sustancia a la vez, tenían mayores dificultades en regulación emocional; no obstante, no se visualizaron diferencias significativas en los resultados finales. Considerando los niveles de línea de base, la evitación experiencial disminuyó durante el tratamiento. Participantes con poli-consumo, reportaron los mayores niveles de evitación experiencial; a pesar de que el cambio en esta variable, fue similar a las personas que solo tenían consumo problemático de alcohol. Por último, pero no menos importante, se constató que las dificultades en regulación emocional explican la relación entre el número de ausencias y los

cambios en la evitación experiencial. Lo autores afirman que dados los resultados, se pudo verificar la viabilidad de la terapia dialéctico conductual, como intervención independiente para pacientes externos en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol.

**12. Investigating predictive factors of dialectical behavior therapy skills training efficacy for alcohol and concurrent substance use disorders: A machine learning study. (Cavicchioli, M., Calesella, F., Cazzetta, S., Movalli, M., Ogliari, A., Maffei, C., Vai, B., 2021).**

Este estudio tiene como objetivo testear el impacto de múltiples variables sociodemográficas y clínicas, de acuerdo al análisis basado en una máquina; en personas con trastorno por abuso de sustancias, luego de un tratamiento de tres meses de duración basado en la terapia dialéctico conductual.

Desde enero del año 2012 a enero del año 2018, fue admitida en el Hospital San Raffaele de Milan, una muestra de 275 personas con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, en busca de tratamiento. El criterio diagnóstico se basó en el DSM IV y otras condiciones clínicas simultáneas, que se dieron entre enero del 2012 y abril del 2013. A partir del mes de mayo de 2013, se empezó a tener en cuenta el criterio del DSM V. La muestra se encontraba representada por hombres (58,6%) y mujeres (41,4%) de entre 21 y 75 años. Trastornos psicóticos e impedimentos cognitivos severos fueron considerados criterios de exclusión.

El programa en entrenamiento en habilidades tuvo una duración de total de tres meses, los cuales se dividieron en dos fases. Una fase inicial intensiva, la cual tuvo un mes de duración, con cinco sesiones semanales. Los

restantes dos meses, se destacaron por ser menos intensivos, con una frecuencia de dos sesiones por semana. Cada sesión tenía 3 horas de duración; durante la primer hora se abordaban las ideas e intentos suicidas, las conductas vinculadas a la autoflagelación, recaídas asociados a conductas adictivas, episodios de deseo, estado de ánimo y síntomas de ansiedad; problemas relacionados con la higiene del sueño y posibles efectos secundarios de la medicación. En las restantes dos horas, se practicaban herramientas y habilidades de la terapia dialéctico conductual reducidos, de cinco a diez participantes cada uno. Un líder y un co-líder llevaban a cabo las sesiones y revisaban las tareas domiciliarias, las cuales se centraban en las prácticas de mindfulness, tolerancia al estrés y herramientas para la regulación emocional. Para definir el tratamiento como sin finalizar, los pacientes debían faltar a cuatro reuniones consecutivas sin previo aviso.

De los 275 participantes, 82 (29,8%) dejaron el programa y 70 (25,4%) mostraron conductas vinculadas al consumo de sustancias durante el tratamiento. El análisis de datos, reveló que aquellos sujetos que presentaron episodios de consumo durante el desarrollo del programa y que eran tratados de manera mixta (como pacientes externos e internos), con altos resultados en ASI (Addiction severity index), se asociaron con mayores probabilidades de dejar el programa. Por otro lado, pacientes mayores, con niveles educativos elevados, en conjunto con altos resultados en la escala de conciencia en dificultades en regulación emocional, se encontraban con menos posibilidades de dejar el tratamiento. Del mismo modo, diagnósticos simultáneos de ansiedad, trastorno bipolar, ludopatía y bulimia nerviosa también predecían de forma negativa el abandono del programa. Como conclusión del estudio, se

considera que el programa de tres meses de duración basado en terapia dialéctico conductual es considerado un abordaje válido. En presencia de trastorno por consumo de alcohol (u otras sustancias) de forma simultánea con otras condiciones psiquiátricas, es llevada a cabo como una intervención ambulatoria.

**13. The effects of dialectical behaviour therapy (DBT) skill training on depression and alcohol abstinence self – efficacy of patients with alcohol use disorder (Park, J., Ju, S., Kang, G., 2020).**

Este estudio experimental tiene como objetivo investigar el efecto del entrenamiento en habilidades basado en la terapia dialéctico conductual, en pacientes con depresión y en estado de abstinencia autónoma con trastorno por consumo de alcohol.

Participaron de este estudio, pacientes que hubieran sido diagnosticados con trastorno por consumo de alcohol según DSM IV o V y que además, hubieran sido admitidos en un centro de salud mental al menos una vez. En total fueron 20 personas, 10 de ellos integraron el grupo control y 10 de ellos el grupo experimental.

El programa en entrenamiento en habilidades basado en la terapia dialéctico conductual tuvo una duración de total de 8 semanas. Durante ese período se llevó a cabo una sesión semanal de 120 minutos. Para verificar la eficacia del programa se realizaron evaluaciones previas y posteriores. También se realizó una evaluación de seguimiento a las cuatro semanas de finalizado el programa. Las mismas se basaron en los siguientes tests: Beck depression inventory y Alcohol abstinence self efficacy scale.

Como resultado, en los grupos experimentales se obtuvo que aquellas personas que presentaban una actitud mayormente negativa y dificultades físicas debidas a la depresión, presentaron valores menores en las evaluaciones posteriores y en los tests de seguimiento. En relación a la abstinencia autónoma, los valores posteriores fueron significativamente mayores que en los tests previos; en todos los ítems. Tanto en la privación como en el impulso de consumir, en ansiedad corporal y de otros tipos, en emociones negativas y presión social; se percibieron diferencias considerables en los tests finales y de seguimiento.

**14. Skills-homework completion and phone coaching as predictors of therapeutic change and outcomes in completers of a DBT intensive outpatient programme. (Edwards, E., Kober, H., Rinne, G., Griffin, S., Axelrod, S., Cooney, E., 2021).**

El presente estudio tiene como objetivo investigar la efectividad de un tratamiento basado en la terapia dialéctico conductual de manera intensiva para pacientes ambulatorios. Los componentes esenciales de este tratamiento son las tareas de entrenamiento en habilidades domiciliarias y las llamadas telefónicas de seguimiento.

Fueron inscriptos 88 pacientes entre Enero del año 2017 y Diciembre del año 2019, de los cuales, luego de algunas consideraciones, quedaron 56 seleccionados. En su mayoría eran mujeres, blancas, comenzando la vida adulta. Al comienzo del tratamiento se podía visualizar una gran heterogeneidad en cuanto a su presentación clínica; la mayoría de los diagnósticos incluían trastorno de depresión mayor y trastorno de personalidad

límite. Este estudio se completó como parte del proceso que ya estaba funcionando con el fin de mejorar las intervenciones en DBT-IOP. Todos los procesos aprobados fueron llevados a cabo con la autorización de la Junta de revisión institucional de la Universidad / escuela de Medicina de Yale.

Este estudio se basó en dos de los componentes principales de la terapia dialéctico conductual (DBT): las herramientas que se entrenaban como tarea domiciliaria y las llamadas telefónicas de seguimiento. Las mismas fueron tenidas en cuenta como predictores del progreso durante el transcurso del programa de DBT adaptado a pacientes ambulatorios de manera intensiva. El mencionado programa contaba con las siguientes características: en primera instancia las intervenciones fueron realizadas de manera grupal, los tratamientos fueron de una duración de cuatro meses, todos los grupos fueron co-liderados por un psicólogo especializado en DBT. Cada paciente tenía asignado un estudiante del entrenamiento en la corriente antes mencionada, el cual se encontraba supervisado por un licenciado; al cual podían llamar en un horario previamente estipulado. Si los pacientes requerían medicación, el equipo contaba también con un psiquiatra. A todos los pacientes se les exigía que tuvieran una sesión semanal externa de psicoterapia. El material escrito y las hojas de trabajo para el paciente se basaron en el Manual de entrenamiento de habilidades de Marsha Linehan (2015).

Los resultados sugieren que el compromiso de los pacientes en este tipo de programa, tuvo una disminución significativa en lo que refiere a: ideación suicida, autoflagelación, consumo de sustancias legales o ilegales.

**15. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. (Van Den Bosch, L., Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R., Van Den Brink, W., 2004).**

De acuerdo a dos estudios previos llevados a cabo por Verheul et al. (2003) y Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard (1991), se replica una prueba experimental aleatoria de 12 meses de duración. Su objetivo es evaluar los posibles resultados a corto plazo de la terapia dialéctico conductual (TDC), en personas con trastorno de la personalidad límite con y sin abuso de sustancias.

En este estudio participaron 58 mujeres con trastorno de personalidad límite. De estas, el grupo mayoritario compuesto por 31 mujeres tenían problemas de consumo de sustancias y la minoría restante, 27 no presentaban esta característica. Las mismas fueron reunidas en instituciones de salud mental y servicios de tratamientos en adicciones. Para ser incluidas en esta prueba, reunir las siguientes características: ser mujeres de entre 18 y 65 años, En este estudio participaron 58 mujeres con trastorno de personalidad límite. De estas, el grupo mayoritario compuesto por 31 mujeres tenían problemas de consumo de sustancias y la minoría restante, 27 no presentaban esta característica. Las mismas fueron reunidas en instituciones de salud mental y servicios de tratamientos en adicciones. Para ser incluidas en esta prueba, reunir las siguientes características: ser mujeres de entre 18 y 65 años, diagnosticadas con TLP según el DSM-IV. Las pacientes fueron organizadas de manera aleatoria en dos grupos, uno de ellos recibe TDC (27 participantes) y el otro el tratamiento convencional (31 participantes); durante un período de 12 meses.

El tratamiento basado en la TDC, se desarrolló en un período de 12 meses. Durante ese período, combinó la terapia individual semanal con el terapeuta principal con sesiones semanales grupales en entrenamiento de habilidades (de una duración de 2 a 2.5 horas). También se dieron supervisiones semanales y reuniones de consultoría para los terapeutas. La terapia individual se centró en desarrollar los agentes motivacionales. Estos agentes abordaban principalmente la motivación para permanecer vivas y la motivación para adherir al tratamiento. Por otro lado, a nivel grupal se trabajó la regulación emocional y herramientas de cambio, así también como la aceptación. Teniendo en cuenta la TDC, se hizo foco específicamente y de manera simultánea en la aceptación y la validación como estrategias para alcanzar un balance funcional en el paciente.

Los resultados de seguimiento, luego de seis meses de finalizado el tratamiento, confirman que los niveles de auto flagelación e impulsividad se mantuvieron disminuidos en el tiempo. A los 18 meses, no se observaron recaídas en las personas del grupo que recibieron terapia dialéctico conductual. Además, los integrantes de éste último grupo, demostraron reducciones significativas en el consumo de alcohol en comparación con el grupo que recibió el tratamiento usual, incluso luego de 52 y 78 semanas luego de finalizado el tratamiento.

#### **4. Discusión**

La presente revisión sintetiza la evidencia empírica de la eficacia que demuestra la terapia dialéctico conductual para casos en los que hay un consumo problemático de alcohol. Entre ellos, se encontraron estudios de casos clínicos únicos, así como también estudios aplicados en grupos. Estos grupos tuvieron un mínimo de 9 y un máximo de 275 participantes, los cuales se dividieron en subgrupos para ser analizados. En todos los estudios se realizaron evaluaciones antes de iniciar el proceso, al finalizarlo y también semanas o meses después de haber concluido el mismo, permitiendo valorar indicadores de cambios que perduren el tiempo. Algunos de los instrumentos utilizados para realizar dichas evaluaciones fueron: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), versiones IV y V; Beck Depression Inventory – II (BDI-II); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Alcohol Abstinence Self Efficacy Scale, Addiction Severity Index (ASI).

##### **a. Fundamentos de la evidencia: eficacia a corto y/o largo plazo**

Se entiende que un estudio es eficaz cuando demuestra su superioridad frente a otro tratamiento, generando de esta manera una relación con la validez interna del procedimiento (Estupiña, 2012). Es necesario que se realicen estudios empíricos en la práctica de la psicología clínica que demuestren y fundamenten su validez interna (Estupiña, 2012).

En los artículos analizados, se puede visualizar que la terapia dialéctico conductual ha demostrado su eficacia para el tratamiento del alcoholismo. En los estudios revisados, 11 de ellos demuestran su eficacia a corto plazo (Wilks et al., 2017; Prochaska et al., 2021; Wagner et al., 2004; Cavicchioli et al.,

2019b; Buono et al., 2021; Owens et al., 2018; Maffei et al., 2018; Cavicchioli et al., 2020; Cavicchioli et al., 2019a; Cavicchioli et al., 2021; Edwards et al., 2021);mientras que 4 demuestran esa eficacia a meses de haber finalizado el proceso (Nyamathi et al., 2017; Van Den Bosch et al., 2002; Park et al., 2020; Van Den Bosch et al., 2004 ).

#### b. Duración del tratamiento

En general, los tratamientos se desarrollaron en un período de tiempo de tres meses; a excepción de algunos casos en particular donde el tratamiento duró 28 días (Buono et al., 2021). En este artículo, los autores resaltan la efectividad del tratamiento a pesar de su corta duración, en comparación con las intervenciones estándar de la terapia dialéctico conductual. Por otro lado, en los siguientes estudios analizados: Wilks y colaboradores, 2017; Prochaska y colaboradores., 2021 y Park y colaboradores, 2020, la duración del tratamiento fue de 8 semanas. En el caso de Van Den Bosch y colaboradores, 2002, Van Den Bosch y colaboradores, 2004 y Owens y colaboradores, 2017 la duración fue de 12 meses en los dos primeros y 16 meses en el último respectivamente. A pesar de que se desarrollaron en diferentes períodos de tiempo, la metodología de abordaje fue similar.

#### c. Modalidad de abordaje

En general, las intervenciones se basaron un período menos intensivo con dos sesiones semanales de igual duración. Durante la primera hora, se abordaban las ideas e intentos suicidas, las conductas vinculadas a la autoflagelación, las recaídas asociadas a conductas adictivas, episodios de deseo, estados de ánimo y síntomas de ansiedad; también problemas

vinculados con la higiene del sueño y posibles efectos secundarios de la medicación. En el tiempo restante, se entrenaban herramientas y habilidades características de la terapia dialéctico conductual, en grupos reducidos de cinco a diez participantes cada uno. Además se enviaban tareas domiciliarias, las cuales se centraban en la práctica de mindfulness, tolerancia al estrés y herramientas para la regulación emocional. Así mismo, los pacientes podían realizar consultas telefónicas breves donde un terapeuta los guiaba en la aplicación de las herramientas adquiridas en los grupos, que les permitieran ser asertivos en lo cotidiano. Por último, los terapeutas contaban con reuniones de supervisión grupal.

## 5. Limitaciones

Una de las limitaciones que se visualiza, es que no se encontró ningún estudio con pacientes menores de 18 años de edad; considerando de gran importancia el desempeño de la TDC en adolescentes, dado los antecedentes previamente mencionados. Tampoco se identifican estudios donde se hubieran considerado personas mayores a 75 años, en este período evolutivo, las sustancias generan un efecto adverso siete veces mayor en comparación con la población joven (Fuentes & Webar, 2013); motivo por el cual sería interesante abordar esta problemática.

En los estudios de Van Den Bosch y colaboradores (2002), Van Den Bosch y colaboradores (2004) y Buono y colaboradores (2021), son seleccionados como población objetivo personas con Trastorno límite de la personalidad (TLP), en estos casos se ven afectados los resultados del estudio en su capacidad de generalizar el uso de esta terapia en una población objetivo que no padezca TLP.

En el artículo de Nyamathi y colaboradores (2017), participaron únicamente mujeres en situación de libertad condicional, esta condicionante inhabilita la posibilidad de extender la eficacia de la TDC a hombres que se encuentren en las mismas condiciones. Otra limitante que se puede observar, es que todos los estudios fueron realizados en países de primer mundo, con población occidental, siendo estos criterios los menos representativos para realizar generalizaciones de sus hallazgos.

En el artículo de Wagner y colaboradores (2004), se habla de una persona con diagnóstico de HIV, que presenta poli-consumo y también signos

de depresión. El tratamiento es eficaz para ella, pero debería indagarse en estudios de caso grupales, con el fin de explorar si este abordaje se puede extender a otras personas con similares diagnósticos.

Por otro lado, se puede visualizar que el género de los participantes no se encuentra especificado en ninguno de los estudios grupales, excepto en un estudio de caso único: Owens y colaboradores (2017). Según Sánchez (2008), las drogas producen un efecto diferente en los organismos según su sexo. Este mismo autor establece que en el alcoholismo específicamente, los efectos adversos en el organismo (factores metabólicos, cardíacos y disfunciones cerebrales) se manifiestan de manera anticipada en mujeres antes que en hombres, aun presentando un consumo menor. Como consecuencia, la falta de esta perspectiva en el estudio limita la posibilidad de generalizar la aplicación de la TDC.

## **6. Reflexiones finales**

Para comenzar, es importante destacar que los artículos que cumplieron con los requisitos de selección fueron escasos. En su mayoría se trataba de estudios realizados en Estados Unidos e Italia; todos ellos publicados en inglés. Esta situación da cuenta a necesidad de promover este tipo de investigaciones a nivel regional.

Según APA (2000), se ha demostrado que los tratamientos que presentan mayor validez empírica y eficacia para el tratamiento de las adicciones, son los que se encuentran abordados desde la orientación cognitivo conductual. El propósito de este artículo fue, no solo sintetizar y reunir la información hasta el momento sobre la efectividad de la terapia dialéctico conductual en el alcoholismo, sino también busca animar a la realización de nuevos artículos científicos de elaboración nacional que desafíen los ya existentes. Estos desafíos involucrarían contemplar: el género, la diversidad etaria, comorbilidad con otras enfermedades mentales, diferentes niveles socio-económicos, etc. De esta forma, se generan nuevos conocimientos e información pertinente en el área, permitiendo el crecimiento y desarrollo de la misma.

Finalmente, se puede decir que existe consistencia entre el modelo teórico de la TDC, su fundamento y sus objetivos, y la eficacia que se observa en los resultados de los estudios donde se dan situaciones de alcoholismo.

## 7. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2018). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Buenos Aires: Médica Panamericana.

American Psychological Association (2000). *Society of clinical Psychology. A guide to beneficial psychotherapy. Empirically supported treatments*. Washington: Autor.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Boscha, L., Koeterb, M., Stijnene, T., Verheulc, R. y Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231–1241. <https://doi:10.1016/j.brat.2004.09.008>.

Boscha, L., Verheulb,R., Schippersa, G., Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. *Addictive Behaviors*, 27, 911–923. [http://doi: 10.1016/S0306-4603\(02\)00293-9](http://doi:10.1016/S0306-4603(02)00293-9).

Brown, S., Goldman, M., Inn, A. y Anderson, L. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (4), 419-426. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.4.419>

- Buono, F., Larkin, K., Rowe, D., Perez, M., Sprong, M. y Garakani, A. (2021). Intensive dialectical behavior treatment for individuals with borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-7. <http://doi:10.3389/fpsyg.2021.629842>
- Cavicchioli M., Calesella F., Cazzetta S., Mariagrazia M., Ogliari A., Maffei C., y Vai, B. (2021). Investigating predictive factors of dialectical behavior therapy skills training efficacy for alcohol and concurrent substance use disorders: A machine learning study. *Drug and Alcohol Dependence*, 224, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108723>
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Ramella, P., Vassena, G., Prudenziati, F. y Maffei, C. (2019a). Feasibility of dialectical behavior therapy skills training as an outpatient program in treating alcohol use disorder: The role of difficulties with emotion regulation and experiential avoidance. *Addiction Research & Theory*, 28, 103 - 115. <https://doi:10.1080/16066359.2019.159055>
- Cavicchiolia, M., Movallia, M., Vassenaa, G., Ramellaa, P., Prudenziatia, F. y Maffei C. (2019b). The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during a stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 98, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106035>.
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., Movalli, M. y Maffei, C. (2020). Dialectical behaviour therapy skills

training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 46, 368 - 384. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1712411>

Chertok, J. (2006). *Las causas de nuestra conducta*. 8ª edición. Centro de Terapia Conductual. Edición digital. Montevideo, Uruguay.

Edwards, E., Kober, H., Gabrielle R. Rinne, G., Griffin, S., Axelrod, S., y Cooney, E. (2021). Skills-homework completion and phone coaching as predictors of therapeutic change and outcomes in completers of a DBT intensive outpatient programme. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 504-522. <https://DOI:10.1111/papt.12325>

Estupiñá, F. (2012) Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica. En Labrador, F. y Crespo, M. (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 47-60). Madrid: Priámide.

Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16 (1), 51–68. <https://doi.org/10.1080/09638230601182094>

Fuentes, P. y Webar, J. (2013). Prescripción de fármacos en el adulto mayor. *Medwave*, 13 (4). <https://doi.org/10.5867/medwave,2013.04.5662>

- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639–665. doi:10.1016/s0005-7894(04)80013-3
- Jennings, P. S. (1991). To surrender drugs: A grief process in its own right. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 221-226. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(91\)90042-9](https://doi.org/10.1016/0740-5472(91)90042-9)
- Junta Nacional de Drogas (2016). *VI Encuesta Nacional en hogares sobre Consumo de Drogas – 2016 Informe de investigación*. Extraído de: [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_ODUD\\_ultima\\_rev.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_ODUD_ultima_rev.pdf)
- Junta Nacional de Drogas (2019). *Infodrogas: más información, menos riesgos*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maffei, C., Cavicchioli, M., Movalli, M., Cavallaro, R. y Fossati, A. (2018). Dialectical Behavior Therapy Skills Training in Alcohol Dependence Treatment: Findings Based on an Open Trial. *Substance Use & Misuse*, 53 (14), 2368-2385. <http://doi:10.1080/10826084.2018.1480035>.
- Marlatt, A., Gordon, J., (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guildford Press.
- Nyamathi, A., Shin, S., Smeltzer, J., Salem, B., Yadav, K., Ekstrand, M., Turner, S. y Faucette, M. (2017). Achieving Drug and Alcohol Abstinence

Among Recently Incarcerated Homeless Women: A Randomized Controlled Trial Comparing Dialectical Behavioral Therapy-Case Management With a Health Promotion Program. *Nursing Research*, 66 (6), 432–441. <http://doi:10.1097/NNR.0000000000000249>.

Organización Mundial de la Salud, (2008). *La carga mundial de morbilidad: actualización de 2004*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud [OMS], (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (11ª ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

Organización Mundial de la Salud (2010) *Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol*. Departamento de Salud mental y Abuso de Sustancias. Suiza

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Alcohol*. Recuperado el 11 de diciembre de 2022 <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Oficina regional. Washington, D.C., EE.UU.

[https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_pri  
maria.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_pri<br/>maria.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. Recuperado el 11 de diciembre de 2022

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1)

Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321. [http://doi: 10.1016/j.brat.2007.12.005](http://doi:10.1016/j.brat.2007.12.005).

Park, J., Ju, S. y Kang, G. (2020). The Effects of Dialectical Behavior Therapy(DBT) Skill Training on Depression and Alcohol Abstinence Self-efficacy of Patients with Alcohol Use Disorder. *Medico-Legal Update*, 20, 1497-1503. <http://doi:10.37506/v20/il/2020/mlu/194514>.

Prochaska, J., Vogel, E., Chieng, A., Kendra, M., Baiocchi, M., Pajarito, S. y Robinson, A. (2021). A Therapeutic Relational Agent for Reducing Problematic Substance Use (Woebot): Development and Usability Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23 (3), 1-17. [https://doi: 10.2196/24850](https://doi:10.2196/24850).

Real Academia Española (s.f). Prevalencia. *En Diccionario de lengua española*. Recuperado en 11 de enero de 2023, de <https://dle.rae.es/prevalencia>

Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijao, F. & Gmel, G. (2014). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21 (1), 6-18, doi: 10.1159/000365284

Swales, M., & Heard, H. (2009). *Dialectical behaviour therapy*. New York: Routledge.

Unidad Nacional de Seguridad Vial (2015). *Evidencia e implicancias del binomio alcohol - conducción en el Uruguay*. [https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/sites/unidad-nacionalseguridad-vial/files/2018-11/2015\\_Alcohol%20y%20conducci%C3%B3n%20en%20Uruguay.pdf](https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/sites/unidad-nacionalseguridad-vial/files/2018-11/2015_Alcohol%20y%20conducci%C3%B3n%20en%20Uruguay.pdf)

Van Dijk, S. (2012). *DBT made simple: a step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.

Wagner, E., Miller, A. Greene, L. y Winiarski, M.(2004). Dialectical behavior therapy for substance abusers adapted for persons living with HIV/AIDS with substance use diagnoses and borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11 (2), 202-212. [http://doi:10.1016/S1077-7229\(04\)80031-2](http://doi:10.1016/S1077-7229(04)80031-2).

Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. En Kring A. & Sloan D. (Editores), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, pp. 13–37. New York: Guilford Press.

Wilks, C., Lungu, A., Ang, Y., Matsumiya, B., Yin, Q., Linehan, M., (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy

skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 232: 219–228. <https://doi:10.1016/j.jad.2018.02.053>.