

Efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática

Effectiveness of psychotherapies in co-occurring substance-related disorder and borderline personality disorder: a systematic review

Daniel González-Mora

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Sanlúcar de Barrameda. UGC de Salud Mental de Jerez.
Hospital Universitario de Jerez. Servicio Andaluz de Salud
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5242-113X>

Recibido: 09/09/2024 · Aceptado: 07/02/2025

Cómo citar este artículo/citation: González-Mora, D. (2025). Efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(1), 27-50. <https://doi.org/10.54108/10104>

Resumen

Aunque la prevalencia del trastorno límite de personalidad (TLP) se estima en torno al 2%, en población drogodependiente alcanzaría hasta el 60%. Este subgrupo de pacientes presenta mayor consumo de sustancias, más recaídas en el consumo, peor adherencia al tratamiento, más autolesiones y mayor comorbilidad. Se realizó una revisión sistemática de la literatura para evaluar la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS) y TLP comórbido. Para ello, se emplearon las bases de datos PubMed, PsycINFO y Biblioteca Cochrane. Se incluyeron un total de 16 estudios con diseños de ensayo clínico aleatorizado y cuasiexperimental. En ellos se evaluó la efectividad de ocho intervenciones psicoterapéuticas: Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), Terapia de Esquemas de Enfoque Dual (DFST), Psicoterapia Deconstructiva Dinámica (DDP), Terapia de Familia Integradora orientada a TLP para Adolescentes (I-BAFT), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), terapia basada en *Good Psychiatric Management* (GPM), Terapia basada en la Mentalización (MBT) y *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS). De todas ellas, la TDC y la DDP son las que tienen mayor respaldo por parte de la literatura; el resto, aunque aportan resultados esperanzadores, la evidencia es aún escasa. Se puede afirmar que existen intervenciones efectivas que deberían apartar a los profesionales del nihilismo terapéutico que muchas veces predomina en el tratamiento de los pacientes duales.

Palabras clave

Trastorno límite de personalidad, abuso de sustancias, trastorno por uso de sustancias, adicción, psicoterapia, comorbilidad.

— Correspondencia: —

Daniel González-Mora

Email: danimora3001@gmail.com



Abstract

Although Borderline Personality Disorder (BPD) prevalence rates are estimated around 2%, in drug-dependent population it could reach up to 60%. This subgroup of patients has higher substance abuse, more relapses, poorer adherence to treatment, more self-harm and greater comorbidity. A systematic review was conducted to evaluate the effectiveness of psychotherapies in co-occurring substance-related disorder (SUD) and BPD. PubMed, PsycINFO and Cochrane Library databases were used for this purpose. Finally, 16 studies were included (randomized clinical trial and quasi-experimental designs). The effectiveness of eight psychotherapies was evaluated: Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Dual Focus Schema Therapy (DFST), Dynamic Deconstructive Psychotherapy (DDP), Integrative BPD-oriented Adolescent Family Therapy (I-BAFT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Good Psychiatric Management (GPM), Mentalization-Based Therapy (MBT) and *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS). Of these, DBT and DDP are the most supported by literature. Other interventions provide encouraging results but need to be evaluated by further research. It can be affirmed that there are effective interventions that should move professionals away from therapeutic nihilism that often prevails in treating dual patients.

Keywords

Borderline personality disorder, substance-related disorder, substance abuse, addiction, comorbidity, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La efectividad del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS) viene determinada, entre otros factores, por el perfil de gravedad de la adicción en el momento de la admisión al mismo, pero, sobre todo, por la calidad y la cantidad de las intervenciones multidisciplinarias (McLellan et al., 1993). Mientras que está muy documentado que la comorbilidad psicopatológica es uno de los factores predictores de mala respuesta al tratamiento (Torrens et al., 2012), el papel pronóstico de los trastornos de la personalidad está menos estudiado (Verheul y van den Brink, 2004). La prevalencia punto de trastornos de la personalidad entre pacientes drogodependientes se ha estimado en

un rango situado entre el 44% en pacientes alcohólicos y el 79% en adictos a opiáceos (Verheul et al., 1995; Tomko et al., 2014; Köck & Walter, 2018).

Entre los pacientes consumidores de cualquier tipo de sustancias, los trastornos de la personalidad más frecuentes son los del cluster B (especialmente el trastorno antisocial de personalidad y el trastorno límite de personalidad), así como el trastorno paranoide de personalidad (Skodol et al., 1999; Kenneth et al., 2002). Aunque aproximadamente el 2% de la población general reuniría criterios diagnósticos de trastorno límite de la personalidad (TLP), esta tasa podría alcanzar el 60% en población drogodependiente en tratamiento (Verheul et al., 1995; Trull



et al., 2000). Por otro lado, se acepta que entre un 30-50% de los pacientes con TLP presentan también criterios de trastorno por uso de sustancias (Trull et al., 2000).

La naturaleza psicopatológica de la comorbilidad entre TUS y TLP ha sido explorada desde diferentes direcciones, siendo el modelo de “trastorno de personalidad primario” el que cuenta, hasta el momento, con mayor apoyo empírico (Verheul y van den Brink, 2004). Así, algunos de los rasgos del TLP actuarían como factores implicados tanto en el inicio de la conducta adictiva como en su mantenimiento (Littlefield AK, 2016), entre los que destacan la disregulación emocional (Sloan et al., 2017), la baja tolerancia al estrés (Mattingley et al., 2022) y la elevada impulsividad (Reynolds et al., 2021; Trull et al., 2018). No obstante, la teoría del apego ha introducido elementos de mayor complejidad, enriqueciendo el estudio de esta relación (Schindler y Sack, 2015).

El pronóstico de esta comorbilidad viene dificultado bidireccionalmente, siendo incluso más tórpido que el de la comorbilidad del TLP con el trastorno por estrés postraumático, los afectivos o los de ansiedad (Zanarini et al., 2004). Así, estos pacientes presentan una menor adherencia al tratamiento (Zanarini et al., 2004), más autolesiones e intentos de suicidio asociados a la impulsividad (Links et al., 1995; Van den Bosch, 2001; Wilson et al., 2006; Gunderson et al., 2018), mayor consumo de sustancias, más recaídas y más comorbilidad psiquiátrica (Drake et al., 2005; Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Todo ello se traduce en una peor funcionalidad global y peor calidad de vida (Leichsenring et al., 2011).

Por todo ello, el abordaje terapéutico de esta comorbilidad debe hacerse de forma integrada mediante programas de atención multidisciplinar basados en las intervenciones psicoterapéuticas y haciendo un uso juicioso de los psicofármacos (Gartlehner, 2021; Leichsenring et al., 2024). La psicoterapia ha demostrado mejorar de manera significativa la calidad de vida de los pacientes (Martínez-González et al., 2020). Uno de los modelos más evaluados es la terapia dialéctica conductual (Storebø et al., 2020) y, aunque se han aplicado otros, se han observado discordancias entre los resultados en los diferentes estudios, en parte atribuibles a cuestiones metodológicas que hacen que los resultados analizados sean contradictorios (Pennay et al., 2011). Mientras algunos autores proponen que la comorbilidad TLP-TUS dificulta la remisión de los síntomas (Zanarini et al., 2004), otros aportan datos que invitan a abandonar el nihilismo terapéutico (Penzenstadler et al., 2018). Por ello, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura para evaluar las evidencias de efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes diagnosticados de TUS que presentan TLP comórbido.

MATERIAL Y MÉTODOS

En esta revisión sistemática hemos seguido las directrices metodológicas PRISMA (Page et al., 2020). Para llevarla a cabo se estableció la siguiente pregunta de investigación: *¿Son efectivas las intervenciones psicoterapéuticas en términos de reducción del consumo y de la gravedad de los rasgos de la personalidad y/o conductas asociadas en pacientes diagnosticados de TUS y TLP comórbido?*



Se emplearon descriptores relacionados con trastorno límite de personalidad ("Borderline Personality Disorder [MeSH]", "Personality Disorder [MeSH]", "Cluster B personality disorders", "Borderline Personality Symptoms"), abuso de sustancias ("Substance-related disorder [MeSH]", "Drug addiction [MeSH]", "Drug abuse", "Substance abuse") e intervenciones psicoterapéuticas ("Therapeutics [MeSH]", "Psychotherapy [MeSH]", "Treatment", "Psychological treatment"). Estos descriptores se combinaron mediante operadores booleanos para establecer una estrategia de búsqueda como la que se expone a continuación, que se introdujo en las bases de datos PsycINFO, PubMed y Biblioteca Cochrane: *[(Borderline Personality Disorder) OR (Personality Disorder) OR (Cluster B personality disorders) OR (Borderline personality symptoms)] AND [(Substance-related Disorder) OR (Drug addiction) OR (Drug abuse) OR (Substance abuse)] AND [(Therapeutics) OR (Psychotherapy) OR (Treatment) OR (Psychological treatment)]*. Además, se establecieron una serie de filtros relacionados con el tipo de artículo ("Clinical Trial" y "Randomized Controlled Trial") y con el idioma ("English" y "Spanish"). Estas bases de datos se seleccionaron por su amplitud y relevancia para el tema.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron; a) artículos que evaluaran pacientes diagnosticados de TUS y TLP con criterios DSM o CIE, empleando para ello instrumentos de evaluación estandarizados, b) estudios con diseños de ensayos clínicos aleatorizados y cuasi experimentales con o sin grupo control, c) estudios cuyos objetivos fueran evaluar la eficacia y efectividad de algún tipo de intervención psicoterapéutica bien definida. Se excluyeron aquellos artículos que;

a) empleasen el tratamiento farmacológico como intervención principal, b) estuviesen escritos en un idioma diferente al español o inglés y c) cartas de opinión o revisiones narrativas. Los estudios seleccionados fueron sometidos a una evaluación de la calidad. Así, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se evaluaron mediante la escala JADAD y para los estudios cuasi experimentales se empleó la *JB Critical Appraisal Checklist For Quasi-Experimental Studies*.

RESULTADOS

Descripción general de los artículos seleccionados

En la última búsqueda bibliográfica (15/07/2024), se identificó un total de 626 registros (PubMed: 309, Biblioteca Cochrane: 229, PsycINFO: 86, otras fuentes: 2). Todos ellos se agruparon y se integraron en el programa de gestión bibliográfica Mendeley Desktop (Elsevier). En la Figura 1 se describen los diferentes criterios de filtrado y eliminación de artículos, tras lo cual se seleccionaron finalmente un total de 16 artículos.

Como puede verse en la Tabla 1, la mayoría de ellos fueron de origen estadounidense (69%). El diseño de ensayo clínico aleatorio fue el empleado en 14 de ellos, mientras que los dos restantes usaron un diseño cuasi experimental. En relación a las características sociodemográficas de las muestras, en la mayoría de los trabajos predominaba la población de género femenino, situándose la edad entre los 15 y los 45 años. Los criterios diagnósticos empleados en la totalidad de los estudios fueron los criterios DSM, aunque cabe tener en cuenta que la edición variaba

debido a la amplia horquilla temporal que abarca esta revisión sistemática. Para establecer el diagnóstico se empleó, generalmente, la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) en sus versiones SCID-I para trastornos mentales del eje I y SCID-II para los trastornos de personalidad.

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas evaluadas en esta revisión, la más estudiada fue la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC). El resto de psicoterapias fueron la Terapia de Esquemas de Enfoque Dual

(DFST), la Psicoterapia Deconstructiva Dinámica (DDP), la Terapia de Familia Integradora orientada a TLP para Adolescentes (I-BAFT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la terapia basada en *Good Psychiatric Management* (GPM), la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) y *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS). En la mayoría de los estudios estas intervenciones se compararon con el tratamiento habitual para la comorbilidad TLP-TUS.

Figura 1. Diagrama de flujo según PRISMA 2020

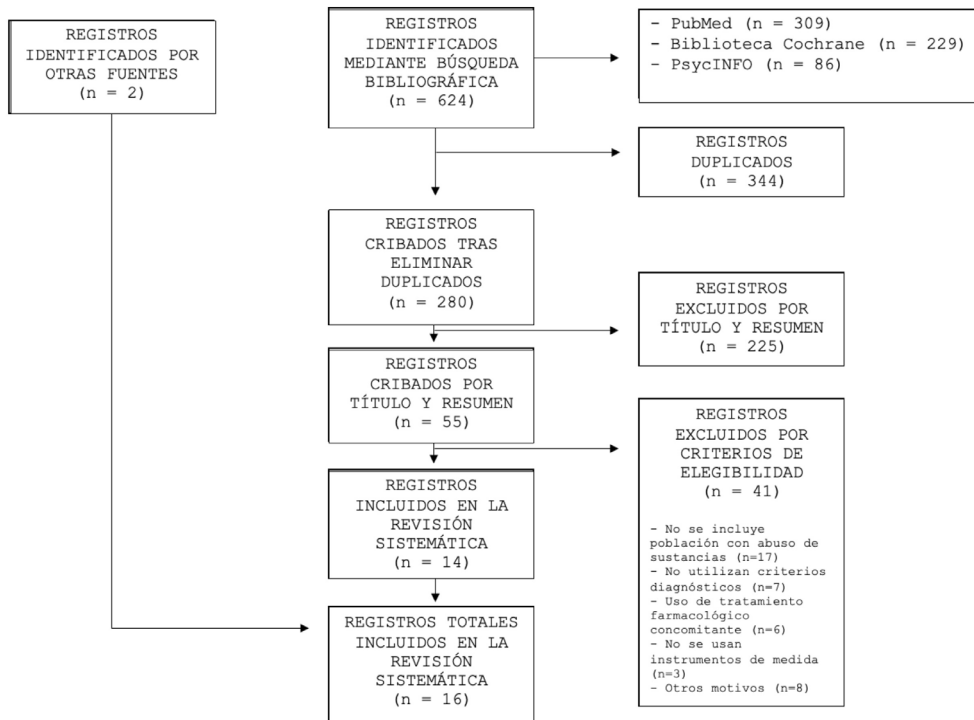




Tabla 1. Características descriptivas de los estudios incluidos en la revisión

Autor (año de publicación)	País	Diseño del estudio	Tamaño muestral	Características de la muestra: género y edad media	Diagnóstico: criterios e instrumentos diagnósticos	Intervención	Comparación	Instrumentos de medida de evaluación de los resultados	Seguimiento
Linehan et al. (1999)	Estados Unidos	ECA	n=28	Varones: n=0 Mujeres: n=28 Edad Media: 30,4 años	TLP:DSM-III- R (SCID-II y IPDE) TUS:DSM-III- R(SCID-I)	TDC	Tratamiento habitual	Análisis de orina TLFB PHI STAI SHI THI	12 meses
Linehan et al. (2002)	Estados Unidos	ECA	n=23	Varones: n=0 Mujeres: n=23 Edad Media: 36,1 años	TLP:DSM-IV (SCID-II y IPDE) TUS:DSM-IV (SCID-I)	TDC	CVT+12SFT	Análisis de orina TLFB PHI SHI THI BSI	16 meses
van den Bosch et al. (2002)	Países Bajos	ECA	n=58	Varones: n=0 Mujeres: n=58 Edad Media: 37,5 años	TLP:DSM-IV (SCID-II) TUS:DSM-IV (ASI)	TDC	Tratamiento habitual no definido	ASI Instrumentos de medida de autoevaluaciones y adherencia al tratamiento (no especificados)	12 meses
Ball et al. (2005)	Estados Unidos	ECA	n=52	Varones: n=49 Mujeres: n=3 Edad Media: 38,3 años	TLP:DSM-IV (PDQ-4R) TUS:DSM-IV (SCID-I)	DFST	SAC	ASI BSI IIP EMSQ-R	24 semanas
Ball (2007)	Estados Unidos	ECA	n=30	Varones: n=15 Mujeres: n=15 Edad Media: 37 años	TLP:DSM-IV (SCID-II) TUS:DSM-IV (Substance Use Timeline Calendar)	DFST	12SFT	Substance Use Timeline Calendar ASI BSI MAACL-R WAI	24 semanas
Harned et al. (2008)	Estados Unidos	ECA	n=101	Varones: n=0 Mujeres: n=101 Edad Media: 29 años	TLP:DSM-III (SCID-II y IPDE) TUS:DSM-III (SCID-I)	TDC	CTBE	TLFB THI	12 meses
Gregory et al. (2008)	Estados Unidos	ECA	n=30	Varones: n=6 Mujeres: n=24 Edad Media: 28,7 años	TLP:DSM-IV (SCID-II) TUS:DSM-IV (SCID-I)	DDP	Tratamiento habitual	WAIS LPC ASI THI BDI DES SPS BEST	12-18 meses
Gregory et al. (2009)	Estados Unidos	ECA	n=30	Varones: n=6 Mujeres: n=24 Edad Media: 28,7 años	TLP:DSM-IV TUS:DSM-IV	DDP	Tratamiento habitual	Instrumentos de medida no especificados	3-6 meses
Gregory et al. (2010)	Estados Unidos	ECA	n=30	Varones: n=6 Mujeres: n=24 Edad Media: 28,3 años	TLP:DSM-IV (SCID-II) TUS:DSM-IV (SCID-I)	DDP	OCC	BEST BDI LPC ASI SPS	30 meses
Ball et al. (2011)	Estados Unidos	ECA	n=105	Varones: n=83 Mujeres: n=22 Edad Media: 26,5 años	TLP: DSM-IV (PDQ-4R) TUS: DSM-IV (SCID-I)	DFST	IDC	BSI MAACL-R IIP D-CPT	6 meses
Santisteban et al. (2015)	Estados Unidos	ECA	n=40	Varones: n=25 Mujeres: n=15 Edad Media: 15,8 años	TLP: DSM-IV (DIB-R) TUS: DSM-IV	I-BAFT	IDC	WAI MACI DPS TLFB Análisis de orina	12 meses
Hall et al. (2018)	Australia	Estudio cuasiexperimental	n=45	Varones: n=16 Mujeres: n=29 Edad Media: 35,8 años	TLP: DSM-IV TUS: DSM-IV	Intervención de regulación emocional (adaptación de ACT)	Tratamiento habitual no definido	SAF ATOP BEST DERS AAQ-II TCU ENG	12 semanas

Autor (año de publicación)	País	Diseño del estudio	Tamaño muestral	Características de la muestra: género y edad media	Diagnóstico: criterios e instrumentos diagnósticos	Intervención	Comparación	Instrumentos de medida de evaluación de los resultados	Seguimiento
Penzenstadler et al. (2018)	Suiza	ECA	n=99	Varones: n=31 Mujeres: n=68 Edad Media: 32,2 años	TLP: DSM-IV (SCID-II) TUS: DSM-IV	GPM	GPM+MOTR	OQ-45 BSL-23 WAI	10 semanas
Philips et al. (2018)	Suecia	ECA	n=46	Varones: n=9 Mujeres: n=37 Edad Media: 36,7 años	TLP: DSM-IV (SCID-II) TUS: DSM-IV (SCID-I)	MBT + tratamiento habitual	Tratamiento habitual	WAISIII AQ PCL: SV BPDSI-IV TLFB DSHI-9 SCL-90-R GSI IIP RFS	18 meses
Flynn et al. (2019)	Irlanda	Estudio cuasiexperimental	n=63	Varones: n=24 Mujeres: n=39 Edad Media: 35-44 años	TLP: DSM-IV TUS: DSM-IV (abuso de alcohol y definición de consumo de bajo/alto riesgo según OMS)	TDC	Tratamiento habitual no definido	DERS FFMQ DBT-WCCL CISMMS	12 meses
Black et al. (2022)	Estados Unidos	ECA	n=164	Varones: n=25 Mujeres: n=139 Edad Media: 30,95 años	TLP: DSM-IV (SCID-II) TUS: DSM-IV (SCID-I)	STEPPS + Tratamiento habitual	Tratamiento habitual	ZAN-BPD BEST GAS SCL-90-R SAS BIS BDI MOS	12 meses

I 2SFT: 12 Step Facilitation Therapy, AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire version 2, ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso, AQ: Autistic-Spectrum Quotient, ASI: Addiction Severity Index, ATOP: Australian Treatment Outcomes Profile, BEST: Borderline Evaluation of Severity over Time, BDI: Beck Depression Inventory, BPDSI-IV: Borderline Personality Disorder Severity Index - IV, BIS: Barratt Impulsiveness Scale, BSI: Brief Symptom Inventory, BSL-23: Borderline Symptom List, CISMMS: Cork Impact of Substance Misuse Scale, CTBE: Community Treatment by Experts, CVT: Terapia Integral de Validación, DBT-WCCL: Dialectical Behaviour Therapy Ways of Coping Checklist, D-CPT: Adherence/Competence Rating Scale, DDP: Psicoterapia Deconstructiva Dinámica, DERS: Difficulties in Emotional Regulation Scale, DES: Dissociative Experiences Scale, DFST: Terapia de Esquemas de Enfoque Dual, DPS: Diagnostic Interview Schedule for Children-Predictive Scale, DSHI-9: Deliberate Self-Harm Inventory, DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, ECA: Ensayo clínico aleatorizado, EMSQ: Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research, FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire, GAS: Global Assessment Scale, GPM: Good Psychiatric Management, GSI: Global Severity Index, I-BAFT: Terapia de Familia Integradora orientada a TLP para Adolescentes, IDC: Individual Drug Counseling, IIP: Inventory of Interpersonal Problems, IPDE: International Personality Disorder Examination, LPC: Lifetime Parasuicide Count, MACI: Millon Adolescent Clinical Inventory, MAACL: Multiple-Affect Adjective Checklist- Revised, MBT: Terapia Basada en la Mentalización, MOS: Medical Outcome Survey, MOTR: Motive-Oriented Therapeutic Relationship, OCC: Optimized Community Care, OMS: Organización Mundial de la Salud, OQ-45: Outcome Questionnaire-45.2, PCL-SV: Psychopathy Checklist: Screening Version, PHI: Parasuicide History Interview, PDQ-4R: Personality Diagnostic Questionnaire - Fourth Edition Revised, RFS: Reflective Functioning Scale, SAF: Specialist Assessment Form, SAS: Social Adjustment Scale, SAC: Substance Abuse Counseling, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised, SHI: Social History Interview, SPS: Social Provisions Scale, STAI: State-Trait Anger Expression Inventory, STEPPS: System Training for Emotional Predictability and Problem Solving, TCU-ENG: Treatment Engagement Form, TDC: Terapia dialéctico-conductual, THI: Treatment History Interview, TLFB: Timeline Follow-Back, TLP: Trastorno límite de personalidad, TUS: Trastorno por Uso de Sustancias, WAI: Working Alliance Inventory, WAIS: Weschler Adult Intelligence Scale, ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder.

En la Tabla 2 se describen, para cada artículo seleccionado, tres indicadores de resultado de la intervención estudiada; a) impacto sobre los

síntomas y las conductas del TLP, b) impacto sobre el consumo de sustancias y c) impacto sobre la adherencia y retención en tratamiento.



Tabla 2. Resumen de los resultados de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Autor (año de publicación)	Resultados relacionados con TLP	Resultados relacionados con TUS	Adherencia al tratamiento
Linehan et al. (1999)	Aunque no se observaron diferencias entre ambos grupos en la reducción de conductas parasuicidas e ira a los 12 meses de seguimiento, el funcionamiento global y las habilidades sociales habían mejorado a los 16 meses de seguimiento ($p < 0,05$)	La TDC redujo la intensidad del TUS más que el tratamiento usual ($p < 0,05$). Aumentaron los días de abstinencia y menor número de análisis de orina resultaron positivos a drogas.	En cuanto a las sesiones de psicoterapia individual, no hubo diferencias entre grupos. En general, un 36% de los pacientes abandonó la TDC mientras un 73% abandonó el tratamiento usual ($p: 0,1$).
Linehan et al. (2002)	Aunque ambas intervenciones mejoraron las puntuaciones de BSI ($p < 0,002$) y GAS ($p < 0,001$), no hubo diferencias significativas entre grupos. Tampoco hubo diferencias entre grupo en cuanto al funcionamiento global ni a las conductas parasuicidas.	Ambos grupos mostraron reducciones en el consumo de opioides hasta el octavo mes ($p < 0,0001$); sin embargo, a partir de ese punto, los sujetos del grupo control incrementaron el consumo de drogas ($p < 0,001$) mientras que el grupo tratado con TDC mantuvo la mejoría. A los 4 meses después del tratamiento, ambos grupos mostraron reducción en el consumo de opioides (27% en TDC, 33% en el grupo control).	CVT demostró mayor adherencia al tratamiento que la TDC, en la que un 36% de los pacientes abandonaron el tratamiento ($p < 0,04$)
van den Bosch et al. (2002)	La TDC mostró una reducción de las conductas autolesivas impulsivas, sobre todo en aquellos que las realizaban con mayor frecuencia antes del tratamiento, pero no fue estadísticamente significativo.	No hubo diferencias entre grupos en cuanto a la disminución de los días de consumo de alcohol ($p 0,89$), cannabis ($p 0,73$) ni fármacos ($p 0,54$). Así como tampoco las hubo en cuanto a la mejoría de la severidad del TUS ($p 0,47$).	Demostró que la TDC es más eficaz en cuanto a la adherencia. Un 27% de los pacientes abandonaron la TDC mientras un 77% abandonaron el tratamiento usual.
Ball et al. (2005)	No pudieron ser valorados por la elevada tasa de abandono. Un 60% de los participantes abandonaron el estudio.	No pudieron ser valorados por la elevada tasa de abandono. Un 60% de los participantes abandonaron el estudio.	La DFST mostró mejor adherencia que la intervención de comparación ($p < 0,004$).
Ball (2007)	Los pacientes tratados con la intervención control redujeron los síntomas de disforia mientras que aquellos tratados con DFST no lo hicieron ($p < 0,001$).	DFST redujo la frecuencia de consumo durante los meses de tratamiento más rápidamente que la intervención control ($p < 0,03$). La reducción de la puntuación de ASI fue marginalmente significativa ($p 0,068$).	En ambos grupos los pacientes refirieron una buena alianza terapéutica en el primer mes. A partir de este punto, los pacientes tratados con DFST siguieron mejorando las puntuaciones de WAI ($p < 0,37$), mientras que los tratados con la intervención de comparación no refirieron más mejoría.
Harned et al. (2008)	No se detallan en este estudio.	La TDC demostró ser más eficaz para alcanzar remisión completa del TUS que la intervención de comparación ($p 0,02$). Además, los pacientes tratados con TDC permanecieron más tiempo en remisión parcial que sin respuesta ($p < 0,05$). La TDC demostró incrementar los días de abstinencia ($p 0,001$).	No se detallan en este estudio.
Gregory et al. (2008)	No hubo diferencias entre grupos en las medidas pre-tratamiento y durante el tratamiento ($p > 0,13$); sin embargo, los pacientes que recibieron DDP demostraron mejoras estadísticamente significativas, sobre todo en las autolesiones ($p < 0,5$). Mejoraron las puntuaciones en BEST ($p < 0,01$), BDI ($p < 0,001$) y DES ($p < 0,05$).	No hubo diferencias entre grupos en las medidas pre-tratamiento y durante el tratamiento ($p > 0,13$); sin embargo, los pacientes que recibieron DDP demostraron mejoras estadísticamente significativas en el consumo de alcohol ($p < 0,5$).	La adherencia al tratamiento fue mejor con DDP (73%) en comparación con el tratamiento habitual (63%),

Autor (año de publicación)	Resultados relacionados con TLP	Resultados relacionados con TUS	Adherencia al tratamiento
Gregory et al. (2009)	El RR de conductas parasuicidas se redujo un 38% en el grupo tratado con DDP, mientras que el RR aumentó un 35% en aquellos tratados con el tratamiento habitual; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,071$). Además, en aquellos pacientes que mantuvieron las conductas parasuicidas, estas disminuyeron un 64%.	El RR de episodios de intoxicación se redujo un 31% en ambos grupos. El número de días de consumo de alcohol se redujo un 53% en el grupo tratado con DDP y un 48% en el que recibió el tratamiento habitual. El número de días de consumo de otras drogas se redujo un 54% en el grupo tratado con DDP y un 25% en el que recibió el tratamiento habitual.	La adherencia a ambas intervenciones fue similar (27%). Lo que marcó la diferencia fue el terapeuta ($p < 0,015$).
Gregory et al. (2010)	Casi el 100% de los pacientes tratados con DDP mejoraron los síntomas relacionados con el TLP, mientras que en el grupo de control solo un 38% mejoró ($p = 0,005$). La mejoría alcanzada con DDP se mantuvo en el tiempo de manera estadísticamente significativa en cuanto a los síntomas relacionados con TLP ($p = 0,002$) y a los síntomas depresivos ($p = 0,004$) y disociativos. Los tratados con OCC apenas mejoraron los síntomas de TLP y los síntomas depresivos y disociativos no cambiaron. Las puntuaciones de BEST se redujeron en un 25%, lo que significa mejoría clínica evidente. El funcionamiento global y social mejoró más con DDP ($p = 0,021$).	Aquellos pacientes tratados con DDP mostraron una mejoría estadísticamente significativa en la reducción del número de días de consumo ($p = 0,008$). El consumo de drogas ilegales remitió durante el tratamiento con DDP y se mantuvo en el tiempo ($< 0,05$); los que recibieron tratamiento con OCC empeoraron el consumo a lo largo del tiempo.	No hubo diferencias entre grupos en cuanto a la adherencia al tratamiento.
Balle et al. (2011)	Ambas intervenciones demostraron reducir las puntuaciones en BSI ($p < 0,001$), IIP ($p < 0,001$) y MAACL-disforia ($p < 0,001$) durante los tres primeros meses de tratamiento; sin embargo, aquellos tratados con IDC demostraron continuar reduciendo las puntuaciones durante los 3 meses restantes mientras que los tratados con DFST no mostraron más mejoría.	No se detallan en este estudio.	No hubo diferencias entre grupos en cuanto a la adherencia al tratamiento.
Santisteban et al. (2015)	El 62% de los pacientes tratados con IDC mejoraron, así como también lo hicieron el 76% de los tratados con I-BAFT. En casos poco severos, I-BAFT presentó mayor probabilidad de mejoría que IDC ($OR = 1,58$). Entre los pacientes que presentaron depresión como comorbilidad, I-BAFT fue superior a IDC ($OR = 5,72$) en aquellos con síntomas más severos.	El 23% de los adolescentes mejoraron con IDC, así como también lo hicieron el 38% de los tratados con I-BAFT. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la mejoría entre los pacientes con y sin depresión comórbida ($p = 0,018$). Mientras que en los pacientes no deprimidos I-BAFT fue inferior a IDC ($OR = 0,78$), en aquellos con depresión comórbida I-BAFT fue superior a IDC ($OR = 11,38$).	Según la mayoría de los adolescentes ($p = 0,174$) y los terapeutas ($p = 0,095$), hubo una buena alianza terapéutica en ambos grupos.
Hall et al. (2018)	Se redujeron las puntuaciones en BEST y DERS, así como de AAQ-II, con respecto a las tomadas al inicio del tratamiento ($p < 0,001$). De hecho, esta reducción fue gradual, mejorando las puntuaciones conforme avanzaba el tratamiento.	Se redujo el consumo de drogas medido al inicio ($p < 0,01$); sin embargo, no se observó una reducción estadísticamente significativa del consumo de alcohol ($p = 0,39$) con el tratamiento.	Las puntuaciones de TCU-ENG por encima de 30 indicaron una elevada participación, satisfacción y una buena relación de asesoramiento.



Autor (año de publicación)	Resultados relacionados con TLP	Resultados relacionados con TUS	Adherencia al tratamiento
Penzenstadler et al. (2018)	En OQ-45 mejoró la puntuación de manera estadísticamente significativa ($p < 0,001$) tanto en el grupo con consumo de sustancias como en el que no lo presentaba. La asociación de GPM+MOTR se asoció a una mejoría de los resultados en OQ-45 mantenida en el tiempo ($p: 0,035$). BSL-23 demostró una mejoría de los síntomas relacionados con el comportamiento límite, con una mejoría evidente mayor en el grupo con abuso de sustancias ($p < 0,014$). En este caso, la asociación GPM+MOTR no supuso una mejoría duradera en el tiempo ($p: 0,605$).	No se detallan en este estudio.	Las puntuaciones en WAI (versión corta) demostraron que la alianza terapéutica mejoraba, sobre todo, en el grupo que presentaba TUS comórbido ($p: 0,036$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre GPM y GPM+MOTR ($p: 0,36$).
Philips et al. (2018)	Mejoró la puntuación de la escala BPDSI-IV ($p < 0,001$) tanto en el grupo tratado con MBT como en el grupo control. La variación en la severidad de los síntomas TLP no se relacionó con el terapeuta ni con el número de sesiones recibidas ($p > 0,05$). En el grupo control hubo 4 intentos de suicidio, mientras que en el grupo tratado con MBT no hubo ninguno ($p: 0,06$). En cuanto a las autolesiones, no hubo cambios estadísticamente significativos en DHSI-9 en ningún grupo ($p: 0,75$). En GSI empeoraron los síntomas de angustia a lo largo del tiempo ($p < 0,001$). Los problemas interpersonales mejoraron en ambos grupos de manera significativa ($p < 0,001$), según los valores de IIP. Las puntuaciones de RFS permanecieron sin cambios, como indica la ausencia de efecto de tiempo ($p: 0,12$). En cuanto a la hospitalización, del grupo tratado con MBT ingresaron 11 pacientes (estancia media: 16,2 días) y del grupo control ingresaron 7 pacientes (estancia media: 33,2 días), pero la diferencia en el tiempo de hospitalización no demostró ser estadísticamente significativa ($p: 0,74$).	En ambos grupos, tanto el tratado con MBT como en el grupo control, se incrementó el consumo de alcohol debido a un aumento de los días de consumo ($p: 0,01$). Además, en cuanto a los días de consumo excesivo de alcohol, también se demostró un incremento de los días de consumo excesivo de alcohol en ambos grupos.	La adherencia a la MBT fue pobre (solo 2 de los 9 terapeutas implicados superaron los puntos de corte en la escala aplicada).
Flynn et al. (2019)	La intervención mejoró las puntuaciones post- intervención en DERS, DBT-WCCl y en FFMQ respecto a las previas de manera estadísticamente significativa ($p < 0,001$).	La intervención redujo de manera estadísticamente significativa el uso de sustancias ($p: 0,002$); sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre antes del tratamiento y a los 6 meses de finalizar el mismo ($p: 0,25$) ni entre el fin del tratamiento y el seguimiento a los 6 meses ($p: 0,06$).	No se valoró la adherencia al tratamiento en este estudio.

Autor (año de publicación)	Resultados relacionados con TLP	Resultados relacionados con TUS	Adherencia al tratamiento
Black et al. (2022)	En un grupo de paciente con mayores tasas de inestabilidad afectiva y abuso de sustancias, el programa STEPPS redujo puntuaciones en ZAN-BPD (p 0.017) y BEST (p 0,015).	No se detallan en este estudio.	No se detallan en este estudio.

AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire version 2, BEST: Borderline Evaluation of Severity over Time, BDI: Beck Depression Inventory, BPDSI-IV: Borderline Personality Disorder Severity Index - IV, BSI: Brief Symptom Inventory, BSL-23: Borderline Symptom List, CVT: Terapia Integral de Validación, DBT-WCCL: Dialectical Behaviour Therapy Ways of Coping Checklist, DDP: Psicoterapia Deconstructiva Dinámica, DERS: Difficulties in Emotional Regulation Scale, DES: Dissociative Experiences Scale, DFST: Terapia de Esquemas de Enfoque Dual, DHSI-9: Deliberate Self-Harm Inventory, FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire, GAS: Global Assessment Scale, GPM: Good Psychiatric Management, IDC: Individual Drug Counseling, I-BAFT: Terapia de Familia Integradora orientada a TLP para Adolescentes, IIP: Inventory of Intepersonal Problems, MAACL: Multiple-Affect Adjective Checklist-Revised, MBT: Terapia Basada en la Mentalización, MOTR: Motive-Oriented Therapeutic Relationship, OCC: Optimized Community Care, OR: Odds Ratio, OQ-45: Outcome Questionnaire-45.2, RFS: Reflective Functioning Scale, RR: Riesgo relativo, TCU-ENG: Treatment Engagement Form, TDC: Terapia dialéctico-conductual, TLP: Trastorno límite de personalidad, TUS: Trastorno por Uso de Sustancias, WAI: Working Alliance Inventory, ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder.

Efectividad de la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC)

La TDC es una intervención que combina estrategias de terapias cognitivo-conductuales con estrategias de aceptación de la práctica Zen. Fue desarrollada por Marsha Linehan para el tratamiento específico del TLP (Linehan, 1993). Es un tratamiento de 12 meses que combina psicoterapia individual y grupal. Se basa en trabajar la motivación, a la vez que se enseñan estrategias de autorregulación y habilidades para el cambio, así como otras estrategias para la aceptación propia y de los demás. Su objetivo es la validación y la aceptación del paciente, con el consecuente cambio comportamental que resulte en una conducta más funcional.

La TDC mostró mejoría en las dificultades emocionales y las conductas desadaptativas del TLP (Linehan et al., 1999, Linehan et al., 2002; Flynn et al., 2019). También se observó un incremento notable en las habilidades sociales y el funcionamiento global (Linehan

et al., 1999). La TDC también sería efectiva en la reducción de las conductas parasuicidas, especialmente en aquellos pacientes cuya frecuencia era más elevada al inicio de la intervención (Van Den Bosch et al., 2002). Estrategias cognitivo- conductuales como el mindfulness, incluidas en la TDC, también redujeron la impulsividad y mejoraron sus consecuencias (Flynn et al., 2019).

Por otro lado, la TDC supuso un incremento de los días de abstinencia (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Harned et al., 2008), siendo éste un efecto mantenido en el tiempo (Linehan et al., 2002). Además, los pacientes adictos pasaban más tiempo en fase de “remisión parcial” que en fase de “no respuesta” (Harned et al., 2008). De nuevo, el mindfulness fue una estrategia efectiva en el control de la adicción (Flynn et al., 2019). Finalmente, la TDC mostró un incremento de la adherencia al tratamiento en relación a las intervenciones de control (Linehan et al., 1999; Van Den Bosch et al., 2002). Sin embargo, al ser comparada con la Terapia Integral



de Validación asociada al programa de doce pasos (CVT+I2SFT), no mostró superioridad en la adherencia (Linehan et al., 2002).

Efectividad de la Terapia de Esquemas de Enfoque Dual (DFST)

La DFST es una intervención individual de 24 semanas de duración. Es un programa estructurado y manualizado para el tratamiento integrado del abuso de sustancias con problemas de personalidad. La DFST asume que los comportamientos desadaptativos son el resultado de los esquemas que surgen durante la infancia y la adolescencia de las necesidades emocionales básicas no cubiertas. Fue planteada por Young como un modelo de rasgos de personalidad y su objetivo es aportar estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas (Young, 1990).

En los primeros estudios, el impacto de la DFST sobre las conductas del TLP no pudo ser valorado debido a la elevada tasa de pérdidas durante el seguimiento (Ball et al., 2005). Trabajos posteriores mostraron una reducción en la puntuación de las escalas empleadas para valorar la severidad del TLP, sobre todo en los primeros tres meses de tratamiento (Ball et al., 2011). Aunque el efecto de la intervención se mantuvo en el tiempo, a partir de los tres primeros meses esta mejoría no se incrementó (Ball et al., 2011). Por otro lado, la DFST redujo rápidamente el consumo de sustancias. No obstante, se observó en estos pacientes un incremento leve-moderado de la disforia (Ball, 2007). La adherencia al programa de tratamiento DFST fue superior a la observada en la intervención control (Ball et al., 2005; Ball, 2007), incrementándose con el tiempo de tratamiento (Ball, 2007).

Efectividad de la Psicoterapia Deconstructiva Dinámica (DDP)

La DDP es una intervención manualizada de 12-28 meses de duración. Robert J. Gregory la desarrolló para sujetos con diagnóstico de TLP grave, especialmente aquellos que presentaban abuso de drogas o rasgos antisociales de personalidad (Gregory et al., 2008). La DDP relaciona la psicopatología del TLP con un procesamiento aberrante de las experiencias emocionales. El objetivo es solucionar los déficits neurocognitivos existentes mediante estrategias como la "Asociación", "Atribución" y la "Alteridad".

La DDP redujo las puntuaciones en las escalas de severidad del TLP y disminuyó la frecuencia de autolesiones y conductas parasuicidas; de igual manera mejoraron los síntomas depresivos y disociativos asociados (Gregory et al., 2008). Esta mejoría se mantuvo en el tiempo, lo que supuso también una mejoría del funcionamiento global y de las habilidades sociales (Gregory et al., 2010). En relación al impacto sobre las conductas adictivas, las evidencias revisadas mostraron una disminución del consumo de alcohol (Gregory et al., 2008; Gregory et al., 2009; Gregory et al., 2010) y de otras sustancias de abuso (Gregory et al., 2009; Gregory et al., 2010). El trabajo de Gregory et al. (2010) demostró que esta mejoría se mantenía en el tiempo (Gregory et al., 2010). Finalmente, la adherencia al tratamiento fue significativamente mayor que la de la intervención control (Gregory et al., 2008), aunque esta adherencia estaba muy influenciada por la calidad de la alianza establecida con el terapeuta (Gregory et al., 2009).



Efectividad de otras intervenciones terapéuticas

Agrupamos aquí aquellas intervenciones que, hasta el momento, solo cuentan con un único estudio de evaluación de efectividad.

La Terapia de Familia Integradora orientada al TLP para Adolescentes (I-BAFT), que surgió a partir de una iniciativa para el desarrollo y mejora del tratamiento del National Institute on Drug Abuse, aúna intervenciones de la TDC y de la Terapia Familiar Sistémica para abordar problemas como la desregulación emocional y la impulsividad, la dificultad de fijar objetivos vitales, el apego inseguro o las interacciones familiares desadaptativas (Santisteban et al., 2003). De esta manera, pretende reducir el abuso de drogas y los comportamientos autolesivos. La I-BAFT demostró mejorar los síntomas de TLP en las escalas aplicadas y en la evaluación clínica individual, tanto en adolescentes con sintomatología leve como en los casos de mayor gravedad con síntomas depresivos comórbidos. Esta intervención también redujo el consumo de sustancias, sobre todo en el grupo que presentaba síntomas depresivos. La adherencia a la intervención fue valorada como adecuada por parte de los pacientes adolescentes (Santisteban et al., 2015).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) busca mejorar la aceptación de emociones y pensamientos perjudiciales, así como enseñar otras habilidades de gestión emocional. Fue desarrollada por Wilson y su objetivo es mejorar la regulación emocional y reducir la desesperanza y los síntomas nucleares del TLP (Wilson et al, 2014). La ACT redujo de forma progresiva y mantenida las puntuaciones medias de las escalas de gravedad global del TLP. También se observó una reducción

del consumo de sustancias ilegales, si bien el de alcohol no se vio modificado. Casi un 50% de los pacientes abandonó el estudio; sin embargo, aquellos que lo completaron se mostraron comprometidos, satisfechos y con una buena relación con el terapeuta (Hall et al., 2018).

La terapia basada en Good Psychiatric Management (GPM), desarrollada por Gunderson, se basa en establecer un adecuado diagnóstico psiquiátrico e identificar áreas problemáticas, comunicárselas al paciente y delimitar unos objetivos a corto plazo (Gunderson, 2014). Se intentan trabajar aquellos problemas que pueden interferir en el tratamiento y formular problemas relacionados con el estilo de apego. La GPM supuso una reducción de las puntuaciones en escalas de severidad de TLP. Además, los resultados de los cuestionarios de motivación fueron superiores en el grupo de pacientes con adicciones; siendo también mejor en dicho grupo la adherencia al tratamiento. Este estudio no evaluó el impacto de la intervención sobre la reducción del consumo de sustancias (Penzenstadler et al., 2018).

El uso de Terapia basada en la Mentalización (MBT) es un tratamiento psicodinámico, individual y grupal, basado en las teorías del apego y en las teorías cognitivas de la teoría de la mente, de 18 meses de duración. La intervención pretende que los pacientes tomen conciencia de sus estados mentales y de los de los demás, en un contexto de apego. Fue desarrollada por Bateman y Fonagy (Bateman y Fonagy, 2004; Bateman y Fonagy, 2016). El objetivo es solucionar las dificultades emocionales, el déficit en el control de impulsos y el funcionamiento interpersonal. La MBT no mejoró los síntomas relacionados con TLP de manera estadísticamente significativa y, además, empeoró la disforia. Sin



embargo, el grupo tratado con MBT redujo los problemas interpersonales y el tiempo de hospitalización, aunque estos no fueron objetivos iniciales del estudio. No se observó una reducción en el número de autolesiones. Tampoco se redujo el consumo de sustancias, incluso aumentó el número de días de consumo de alcohol y del *binge drinking*. La adherencia fue pobre, presentando altas tasas de abandono (Philips et al., 2018).

Finalmente, Black et al. (2022) evaluaron la efectividad del programa *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), observando una reducción en las escalas de gravedad del TLP en aquellos pacientes con más síntomas de inestabilidad afectiva y abuso de sustancias. Este programa fue desarrollado por Nancee Blum y consiste en una intervención grupal de 20 sesiones basada en educar al paciente y favorecer la conciencia de enfermedad, así como en el aprendizaje de habilidades para la regulación emocional y comportamental (Blum et al., 2002).

DISCUSIÓN

Globalmente considerados, los resultados de los estudios revisados avalan la efectividad de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con TUS y TLP comórbido. Estos resultados son más marcados para la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) y la Psicoterapia Deconstructiva Dinámica (DDP). Para nuestra práctica clínica diaria, esto debería alentar la puesta en marcha de tratamientos integrados, huyendo del nihilismo terapéutico hegemónico en nuestros dispositivos asistenciales (Martínez- González y Verdejo, 2014).

A continuación, desde una perspectiva pragmática, discutimos los resultados de los trabajos revisados agrupándolos en torno al impacto de las intervenciones sobre los tres indicadores de resultados establecidos.

Impacto de las psicoterapias sobre los indicadores de resultados del TLP

Funcionamiento global

Tanto la TDC como la DDP, evaluadas por Linehan et al. (1999) y por Gregory et al. (2010), demostraron ser efectivas mejorando la funcionalidad global y las habilidades sociales de las personas con comorbilidad TLP- TUS. Ball et al. (2011) encontró que la DFST también reducía los problemas interpersonales, aunque esta mejoría se limitaba a los tres primeros meses de tratamiento. La MBT, según Philips et al. (2018), redujo la problemática interpersonal pero no más que la intervención control. En este trabajo también se observó una reducción de las estancias hospitalarias y, dado que este interesante dato no fue objetivo del estudio, recomendaron tener en cuenta esta variable en investigaciones posteriores.

Severidad del TLP

La mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas revisadas aportan evidencias sobre la reducción de la gravedad del TLP, si bien los resultados discrepan según se empleen medidas de severidad global o escalas de síntomas concretos. Así, la TDC demostró reducir la severidad global de los síntomas del TLP. Aunque en Linehan et al. (1999) esta mejoría no fue superior a



la de la intervención control, estudios más recientes como el de Flynn et al. (2019) sí que la encontraron. De igual manera, la DFST redujo la severidad del trastorno. Sin embargo, ya hemos comentado que Ball et al. (2011) esta mejoría no se mantuvo más allá de los tres primeros meses. Otro inconveniente de la DFST fue la escasa reducción de la disforia asociada al TLP (Ball, 2007). En esta misma línea, Philips et al. (2019) describen un incremento de la angustia en los pacientes tratados con MBT. La DDP mejoró la severidad del TLP en dos estudios desarrollados por Gregory et al. (2008) y Gregory et al. (2010). Un dato relevante es que este último estudio también redujo los síntomas depresivos y disociativos concomitantes, hecho que no ocurrió con la intervención control (Gregory et al., 2010). A raíz del mencionado efecto sobre los síntomas depresivos, sería destacable el hallazgo obtenido por Santisteban et al. (2015): en aquellos pacientes adolescentes en los que la sintomatología severa del TLP y el abuso de sustancias se acompañaba de trastornos depresivos, la intervención I-BAFT se abría como una nueva posibilidad terapéutica. En cambio, cuando desaparecía la variable de depresión comórbida, únicamente fue eficaz en el tratamiento de alteraciones leves de la personalidad.

En los estudios más recientes sobre el tema, la ACT valorada por Hall et al., 2018 demostró ser capaz de mejorar la severidad del trastorno de personalidad y que, además, la mejoría era superior conforme avanzaba el tratamiento. También fue efectiva la intervención GPM, que mantuvo los resultados obtenidos en el tiempo cuando se completaba con un enfoque motivacional. Según Pen-

zenstadler et al. (2018), la intervención GPM era más eficaz en aquel grupo de sujetos que presentaban abuso de sustancias. Por último, la intervención más recientemente valorada fue el programa STEPPS. Black et al. (2022) demostró que era también eficaz en la reducción de la psicopatología asociada al TLP. No obstante, en todos estos casos solamente un estudio ha valorado el efecto de la intervención, por lo que se recomienda realizar nuevas investigaciones que aporten consistencia a los resultados.

Conductas parasuicidas

Los dos modelos de intervención más estudiados, TDC y DDP, han mostrado una reducción significativa de las conductas autolíticas y parasuicidas. Gregory et al. (2008) y Gregory et al. (2009) demostraron la efectividad de la DDP. Por otra parte, Flynn et al. (2019) apoyó la efectividad de la TDC, que reduciría las conductas parasuicidas gracias al entrenamiento en Mindfulness. Van den Bosch et al. (2002) describió también reducción en la intensidad de las conductas autolíticas con la TDC, sobre todo en aquellos sujetos que las presentaban en mayor frecuencia; sin embargo, no fue un resultado estadísticamente significativo. Todo ello sugiere que tratar las dificultades emocionales y promover la reflexión favorece la conciencia sobre las consecuencias de las conductas y podría, de manera secundaria, reducir la impulsividad. Cabría tener en cuenta la implicación del abuso de sustancias en el riesgo de autolisis, por lo que las intervenciones dirigidas a reducir el consumo también podrían mejorar este aspecto.



Impacto de las psicoterapias sobre los indicadores de resultados del TUS

Impacto sobre el consumo

El consumo de sustancias comórbido se ha considerado un factor de mal pronóstico. En general, las intervenciones valoradas no han demostrado claramente un efecto duradero en la reducción del consumo de sustancias. Aunque Linehan et al. (2002) lo describió, posteriormente no se ha confirmado este dato. En la misma línea ocurre la DFST, que según Ball (2007) redujo rápidamente el consumo, pero no describe una mejoría mantenida en el tiempo. A pesar de ello, según Harned et al. (2005), la TDC fue eficaz en tanto que los pacientes tratados con esta intervención eran más propensos a alcanzar la remisión, aunque fuese parcial. Hall et al. (2018) describió con la ACT reducir el consumo de sustancias pero no de alcohol. En este sentido, sería interesante valorar la influencia de las intervenciones sobre el consumo a largo plazo y valorar el efecto sobre el consumo de diversas sustancias para conocer realmente el impacto que tienen.

Por el contrario, la DDP mostró reducir el consumo de manera duradera según Gregory et al. (2008), Gregory et al. (2009) y Gregory et al. (2010). Santisteban et al. (2015) también hallaron efectiva la intervención I-BAFT en cuanto a la reducción del consumo, sobre todo en adolescentes que presentaban síntomas depresivos concomitantes.

La MBT fue la intervención que, según Philips et al. (2018), no redujo la gravedad del abuso de sustancias; sino que en algunos pacientes se incrementó.

Días de abstinencia

La TDC fue la única intervención que además de tener cierto efecto sobre el consumo de sustancias, incrementó de manera significativa los días de abstinencia, según Linehan et al. (1999) y Harned et al. (2005).

Impacto de las psicoterapias sobre la adherencia al tratamiento

Tradicionalmente se ha considerado que la adherencia de los pacientes que presentan TLP y TUS es más dificultosa. Sin embargo, la TDC mostró superioridad en cuanto a la adherencia en Linehan et al. (1999) y van den Bosch et al. (2002). Solamente en Linehan et al. (2002) la intervención control (CVT+I2SFT) fue superior. Este sería un detalle a tener en cuenta para comparar ambas intervenciones en futuras investigaciones y discernir qué factores estarían implicados en la alianza terapéutica.

Según Ball et al. (2005), el abandono de la DFST fue superior al 50%; sin embargo, Ball (2007) describió que la adherencia mejoraba a la vez que iba avanzando el tratamiento. A pesar de ello, Ball et al. (2011) no confirmó este dato. En esta misma línea, los resultados de adherencia a la DDP descritos por Gregory et al. (2008) no pudieron replicarse posteriormente. Según Gregory et al. (2009) la adherencia a la DDP estaría más influida por la habilidad del terapeuta que por las propias características de la intervención.

Del resto de intervenciones evaluadas, la I-BAFT, la ACT y GPM demostraron buena adherencia al tratamiento. Según Penzenstadler et al. (2018), la adherencia al tratamiento fue superior en los pacientes con TUS comórbido. La MBT demostró resultados pobres en

cuanto adherencia, según Philips et al. (2018) por la falta de motivación de los terapeutas.

Perspectiva actual y futuras investigaciones

La comorbilidad entre TLP y TUS se ha considerado más compleja y con peor pronóstico, por lo tratarla que supone un reto para el profesional. Además, los pacientes con patología dual presentan mayor estigma y actitudes negativas por parte de los terapeutas (Heath et al., 2018).

Los trabajos más recientes ponen de manifiesto una perspectiva transdiagnóstica. Atendiendo al TLP y al TUS, existirían constructos transdiagnósticos implicados en ambos trastornos: la desregulación emocional y la impulsividad (Sloan et al., 2017). Por ello, las intervenciones dirigidas a tratar estos rasgos que subyacen a síntomas como el abuso de sustancia o las autolesiones aportarían a los pacientes habilidades básicas y estrategias de autoeficacia (Donald et al., 2019). En esta línea, las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación como la TDC o la ACT podrían ser útiles pues tratar las alteraciones en el procesamiento emocional es uno de sus principales objetivos. De igual manera, la DDP pretende mejorar la severidad del TLP y el abuso de sustancias solucionando el procesamiento aberrante de las experiencias emocionales.

Por otra parte, no puede perderse de vista la importancia de los patrones de apego en la génesis y el mantenimiento de los trastornos mentales. Según los patrones de apego adulto de Bartholomew y Horowitz (1991), en los pacientes con TLP predomina un apego de tipo “preocupado” mientras que en los pacientes adictos suele ser de tipo “evitativo”; sin embargo, los pacientes con la comor-

bilidad TLP-TUS han demostrado tener un patrón de apego más similar al del adicto que al de TLP (Hiebler-Ragger et al., 2016). Es un dato a tener en cuenta, pues estos pacientes establecen relaciones de manera diferente y podría explicar la dificultad descrita en la alianza terapéutica (Schindler y Sack, 2015).

Además, las terapias basadas en los patrones de apego, como la MBT, deberían estar realizadas por terapeutas entrenados y ser de larga duración. Es un dato que ya los propios autores Bateman y Fonagy (2009) ponen de manifiesto. El único de los estudios que evaluaba la MBT obtuvo resultados pobres; de hecho, únicamente dos de los terapeutas obtuvieron puntuaciones adecuadas y la duración del tratamiento fue de 18 meses. De esta manera, para futuras investigaciones deberían tenerse en cuenta detalles como estos que pueden sesgar los resultados.

Finalmente, debe tenerse en cuenta importancia de los dos aspectos mencionados. Los patrones de apego tienen gran importancia, en la medida en que condicionan las dinámicas relacionales de los pacientes. El apego inseguro aumenta la susceptibilidad al estrés y favorece el uso de mecanismo externos (p.ej. uso de sustancias) para regular la emoción (Hiebler-Ragger et al., 2016). En este sentido, las dificultades en el apego podrían explicar la coexistencia de desregulación emocional e impulsividad en pacientes TLP y TUS (Cheetham et al., 2010).

La presente revisión cuenta con algunas limitaciones que hay que tener en cuenta para la adecuada interpretación de sus conclusiones. Dado que las investigaciones han sido llevadas a cabo en países desarrollados, los resultados pueden no tener la misma validez en lugares con características sociodemográficas y cultu-



rales diferentes. Dado que algunas de los instrumentos empleados fueron autoaplicados por pacientes, pueden existir sesgos como el sesgo de memoria o el de deseabilidad social, entre otros. El filtro de idiomas supone una reducción de la información y, por tanto, un posible sesgo para esta revisión sistemática. Además, pueden existir sesgos derivados de la disponibilidad de estudios en las bases de datos consultadas.

CONCLUSIONES

Las intervenciones psicoterapéuticas son un tratamiento efectivo en el tratamiento de la comorbilidad entre TLP y TUS, por lo que debería abandonarse el nihilismo terapéutico que en numerosas ocasiones ocurre en los servicios de salud. De entre todas las intervenciones valoradas, la TDC y la DDP son las que actualmente cuentan con mayor respaldo en la literatura para ser empleadas en estos casos. Sin embargo, aunque otras intervenciones también podrían serlo, aún la evidencia es escasa. En futuras investigaciones sería fundamental tener en cuenta la importancia de los factores transdiagnósticos y los patrones de apego, para así ofrecer a los pacientes una intervención adaptada las características propias de su patología.

FINANCIACIÓN

Este artículo ha sido desarrollado sin el apoyo de ninguna fuente de financiación.

REFERENCIAS

- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'neall, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 371–379. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.003>
- Ball S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of personality disorders*, 21(3), 305–321. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.305>
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 319–328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press, USA.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment For Personality Disorder*

- ders. *A Practical Guide*. Oxford University Press. Desclée De Brouwer, S.A.
- Black, D. W., Blum, N., & Allen, J. (2022). Factor structure of borderline personality disorder and response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving. *Personality and mental health, 16*(3), 263–275. <https://doi.org/10.1002/pmh.1538>
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive psychiatry, 43*(4), 301–310. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M., & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical psychology review, 30*(6), 621–634. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.005>
- Darke, S., Ross, J., Williamson, A., & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction (Abingdon, England), 100*(8), 1121–1130. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01123.x>
- Donald, F., Arunogiri, S., & Lubman, D. I. (2019). Substance use and borderline personality disorder: fostering hope in the face of complexity. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 27*(6), 569–572. <https://doi.org/10.1177/1039856219875061>
- Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., Flynn, M., Wyse, D., Corkery, B., & Mooney, B. (2019). Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction science & clinical practice, 14*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>
- Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E., Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs., 35*(10):1053-1067. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>. PMID: 34495494; PMCID: PMC8478737.
- González, E., Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., & Basurte, I. (2019). Coexistence between personality disorders and substance use disorder. Madrid study about prevalence of dual pathology. *Actas españolas de psiquiatria, 47*(6), 218–228.
- Gregory, R. J., & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 45*(1), 15–27. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.15>
- Gregory, R. J., Chlebowsky, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovich, J., & Virk, S. (2008). A controlled



- trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(1), 28–41. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.28>
- Gregory, R. J., Remen, A. L., Soderberg, M., & Ploutz-Snyder, R. J. (2009). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(1), 199–205. <https://doi.org/10.1177/0030651090570011006>
- Gregory, R. J., DeLucia-Deranja, E., & Mogle, J. A. (2010). Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(4), 292–298. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d6172d>
- Gunderson, J. G., MD. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hall, K., Simpson, A., O'donnell, R., Sloan, E., Staiger, P. K., Morton, J., ... Lubman, D. I. (2018). Emotional dysregulation as a target in the treatment of co-existing substance use and borderline personality disorders: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 22(2), 112–125. <https://doi.org/10.1111/cp.12162>
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1068–1075. <https://doi.org/10.1037/a0014044>
- Heath, L. M., Laporte, L., Paris, J., Hamdullahpur, K., & Gill, K. J. (2018). Substance Misuse Is Associated With Increased Psychiatric Severity Among Treatment-Seeking Individuals With Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 32(5), 694–708. <https://doi.org/10.1521/pedi.2017.31.307>
- Hiebler-Ragger, M., Unterrainer, H. F., Rinner, A., & Kapfhammer, H. P. (2016). Insecure Attachment Styles and Increased Borderline Personality Organization in Substance Use Disorders. *Psychopathology*, 49(5), 341–344. <https://doi.org/10.1159/000448177>
- Kienast, T., Stoffers, J., Bermpohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(16), 280–286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Köck, P., & Walter, M. (2018b). Personality disorder and substance use disorder – An update. *Mental Health & Prevention*, 12, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003>



- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O.F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>. PMID: 38214629; PMCID: PMC10786009.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 40(1), 9–14. <https://doi.org/10.1177/070674379504000105>
- Littlefield, A. K., & Sher, K. J. (2016). Personality and substance use disorders. In K. J. Sher (Ed.), *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (pp. 351–374). Oxford University Press.
- Martínez-González, J. M., Caracuel, A., Vilar-López, R., Becoña, E., & Verdejo-García, A. (2020). Evaluation of Motivation for the Treatment of Drug Addicts with Personality Disorders. *The Spanish journal of psychology*, 23, e15. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.13>
- Martínez-González, J.M., Verdejo A. (2014). *Drogodependientes con trastorno de la personalidad. Guía de intervenciones psicológicas*. Desclee de Brouwer.
- Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 300, 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.126>
- McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269(15), 1953–1959.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-



- Wilson, E., McDonald, S., . . . Alonso-Fernández, S. (2021b). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 41(4), 363-373. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.004>
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European addiction research*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000485564>
- Penzenstadler, L., Kolly, S., Rothen, S., Khazaal, Y., & Kramer, U. (2018). Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0145-6>
- Reynolds, C. J., Vest, N., & Tragesser, S. L. (2021). Borderline Personality Disorder Features and Risk for Prescription Opioid Misuse in a Chronic Pain Sample: Roles for Identity Disturbances and Impulsivity. *Journal of personality disorders*, 35(2), 270-287. <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.440>
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., & Mitrani, V. B. (2003). Integrative borderline adolescent family therapy: meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 40(4), 251-264. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.4.251>
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C., & Cummings, A. M. (2015). The efficacy of two adolescent substance abuse treatments and the impact of comorbid depression: results of a small randomized controlled trial. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(1), 55-64. <https://doi.org/10.1037/prj0000106>
- Schindler, A., & Sack, P. M. (2015). Exploring Attachment Patterns in Patients With Comorbid Borderline Personality and Substance Use Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(11), 820-826. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000377>
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current psychiatry reports*, 4(1), 25-29. <https://doi.org/10.1007/s11920-002-0008-7>
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 156(5), 733-738. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.733>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, de-

- pression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- 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>
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system?. *Substance use & misuse*, 47(8-9), 1005–1014. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663296>
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical psychology review*, 20(2), 235–253. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00028-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00028-8)
- 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>
- van den Bosch, L. M., Verheul, R., & van den Brink, W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of personality disorders*, 15(5), 416–424. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.5.416.19201>
- van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive behaviors*, 27(6), 911–923. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00293-9](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00293-9)
- Verheul, R., Van Den Brink, W., & Hartgers, C. (1995). Prevalence of Personality Disorders among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview. *European Addiction Research*, 1(4), 166–177. <https://doi.org/10.1159/000259080>
- Verheul, R., & van den Brink, W. (2004). Comorbidity of personality disorders and substance use disorders. En H. R. Kranzler y J. A. Tinsley (Eds.), *Dual diagnosis and psychiatric treatment* (2ª ed, pp. 261–316). CRC Press.



- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Strosahl, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Wilson, S. T., Fertuck, E. A., Kwitel, A., Stanley, M. C., & Stanley, B. (2006). Impulsivity, suicidality and alcohol use disorders in adolescents and young adults with borderline personality disorder. *International Journal Of Adolescent Medicine And Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1515/ijamh.2006.18.1.189>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema- focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>