



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Propuesta de programa de tratamiento para  
patología dual en trastorno límite de la  
personalidad y trastorno por consumo de alcohol

**Presentado por:** Pascual Escribá Rodrigo

**Tutor/a:** Cesar Andrés Mateu Hernández

**Valencia, a 3 de julio de 2019**

## Resumen

El presente trabajo presenta una propuesta de programa de tratamiento centrándose en la patología dual del trastorno límite de la personalidad y el trastorno por consumo de alcohol, siendo estos dos trastornos los que presentan una elevada prevalencia en el tratamiento de las drogodependencias. El objetivo de la propuesta es dotar al paciente de conocimientos y de habilidades de afrontamiento ante la adicción, mientras adquiere un manejo y control de los síntomas del trastorno límite de la personalidad. El programa se organiza en sesiones grupales con tres fases delimitadas.

La primera fase se centra de dotar al paciente de herramientas y conocimientos sobre las dos enfermedades que conforman la patología dual haciéndole así conocedor de los trastornos. En la segunda fase se introduce al paciente en el manejo habilidades y conductas funcionales, haciendo que las conozca y las practique en terapia. La tercera fase abarca el tratamiento desde la terapia dialéctica conductual, donde se tiene como objetivo dotar al paciente de habilidades psicosociales, mientras combina diferentes técnicas de regulación emocional y tolerancia al malestar.

En definitiva, este programa tiene una duración de 11 semanas y cuyo objetivo es deshabituarse al paciente del alcohol al mismo tiempo que adquiere el suficiente control de los síntomas del trastorno límite de la personalidad, haciendo así que tenga una visión positiva de la abstinencia y que adquiera un manejo más funcional de habilidades básicas de conducta y regulación emocional.

**Palabras clave:** patología dual, tratamiento, trastorno límite de la personalidad, alcohol, adicción.

## Abstract

This essay presents a proposal for a treatment program focusing on the dual pathology of borderline personality disorder and alcohol use disorder, both of which are highly prevalent in the treatment of drug dependence. The objective of the proposal is to provide the patient with knowledge and coping skills in the face of addiction, while acquiring management and control of the symptoms of borderline personality disorder. The program is organized in group sessions with three delimited phases.

The first phase focuses on providing the patient with tools and knowledge about the two diseases that make up the dual pathology, also making him or her aware of the disorders. In the second phase, the patient is introduced to the management of functional skills and behaviors, making them known and practiced in therapy. The third phase covers treatment from dialectical behavioral therapy, which aims to provide the patient with psychosocial skills, while combining different techniques of emotional regulation and tolerance to discomfort.

In conclusion, this program has a duration of 11 weeks and whose objective is to rid the patient of alcohol while acquiring sufficient control of the symptoms of borderline personality disorder, thus having a positive view of abstinence and acquiring a more functional management of basic behavioral skills and emotional regulation.

**Keywords:** dual pathology, treatment, borderline personality disorder, alcohol, addiction

## **Introducción**

### **1. Personalidad**

El término personalidad deriva del griego (prósopon) y del latín (personare), y se utilizaba dentro del mundo de la actuación en donde los actores llevaban una máscara que les permitía ocultar su verdadero rostro (Polaino-Lorente, Cabanyes y Armentia, 2003). Con el paso del tiempo, esta definición de la personalidad ha ido forjando un nuevo significado, haciendo referencia a las características psicológicas de la persona. Existen multitud de definiciones de la personalidad que engloban diferentes aspectos, habiendo un problema para establecer una única definición. A día de hoy existe conformidad en cuanto a considerar la personalidad como un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que permiten diferenciar a los individuos entre sí. Este patrón es duradero en el tiempo y se manifiesta en la mayoría de las áreas de la persona (Caballo, 2001a; Caballo, 2004). El concepto de personalidad es un constructo multifactorial y dinámico que está compuesto por dos factores que se relacionan y se complementan entre sí. Por una parte, el temperamento que hace referencia a los aspectos genéticos y el carácter, que engloba los aspectos sociales. Teniendo en cuenta estos conceptos podemos decir que la personalidad de un individuo es estable en el tiempo, pero a su vez puede verse moldeada por el entorno (Ma T. García, Ma F. Martín, R. Otín, 2010).

Cuando se habla de diferenciar una personalidad normal de una patológica, Millon y Escovar (1996) establecen que, aquel individuo que posee una personalidad sana es capaz de afrontar las exigencias ambientales de un modo flexible, haciendo que sus percepciones y conductas promuevan una satisfacción personal. En cuanto a la personalidad patológica estos mismos autores la mencionan como un patrón de respuesta a los problemas de la vida de forma inflexible y desadaptativa haciendo que sus percepciones y conductas causen malestar personal.

#### **1.1. Trastorno de la personalidad**

Atendiendo a la conceptualización que hace el DSM 5 sobre los trastornos de la personalidad podemos decir que se trata de un patrón continuado comportamental y de experiencia interna que se aleja en gran medida de la perspectiva cultural a la que pertenece el sujeto. Esto conlleva una molestia y deterioro en multitud de aspectos de la vida de la persona, teniendo su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana (American Psychiatric Association,

2013). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud): *“se trata de peculiaridades estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social”*. Atendiendo a las dos definiciones previas de trastorno de la personalidad podemos decir que mientras la OMS hace mención a que pueden causar malestar o no, el DSM 5 dice de manera explícita que este tipo de trastornos conllevan un gran malestar afectando a varios sectores de la vida del individuo. Por otra parte, la OMS no establece un periodo de inicio de este tipo de patología, mientras que el DSM 5 sí que especifica un periodo de inicio.

El DSM 5 agrupa a los trastornos de la personalidad, en tres grupos, que serían los grupos A, B y C. Dentro del grupo A nos encontraríamos con los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico; estos sujetos destacarían por parecer raros y en algunas ocasiones excéntricos. El grupo B incluiría el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno de la personalidad narcisista. Dentro de este grupo la característica común es la dramatización, la inestabilidad y la emotividad. Por último, en el grupo C se incluirían los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. Los sujetos que presentan un trastorno dentro de este grupo se caracterizarían por ser ansiosos y/o temerosos.

## **1.2. Trastorno límite de la personalidad**

La heterogeneidad de los pacientes en presencia de un trastorno límite de la personalidad representan una dificultad en cuanto a la concepción de este trastorno, del mismo modo la falta de unificación de las teorías existentes y la discordia entre los elementos comunes de esta patología por parte de multitud de autores, ocasiona una dificultad en la conceptualización de dicho trastorno (Lalucat Jo, et al; 2011).

El trastorno límite de la personalidad tiene su origen en el psicoanálisis con autores como Adolf Stern (1938), que fue el primero en hacer uso de este término dentro del marco del psicoanálisis, en donde el TLP se podría enmarcar entre la psicosis y la neurosis, mientras que desde un prisma biológico encajaría en el espectro de los trastornos afectivos. Otro precedente significativo lo aportó Emil Kraepelin (1921), quien agrupó los principales

criterios diagnósticos del TLP: inestabilidad de la afectividad y las relaciones interpersonales, impulsividad, autolesiones e ira inadecuada.

La prevalencia en cuanto al TLP en la población general se encuentra entre el 1-2%, en cambio en los pacientes ambulatorios y los hospitalizados se encuentra entre un 11-20% y un 18-32% respectivamente. La edad de aparición suele estar comprendida entre los 19 y los 32 años implicando mayor gravedad cuanto más tarde se diagnostique (Ma T. García, Ma F. Martín, R. Otín, 2010).

En cuanto confiere a la definición del TLP resulta necesario acudir al manual DSM 5, el cual expone dicha patología según los siguientes criterios diagnósticos: Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. Ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los pacientes diagnosticados con TLP, suelen tener una auto-imagen generalmente variable y depende mucho de cómo son percibidos por los demás. Debido a esta variabilidad en la auto-imagen pueden acarrear grandes cambios de humor y pensamientos enfrentados y contradictorios sobre uno mismo y sobre el resto de personas. Además, estos pacientes presentan un gran temor al abandono social, creando así distorsiones en las relaciones interpersonales (Álvarez, 2001). Finalmente cabe mencionar el hecho de que este tipo de pacientes son los que más servicios hospitalarios consumen, los que más acuden a los

servicios de urgencias y los que menos se ven beneficiados por dichos servicios (Waldinger y Gunderson,1987).

## **2. Adicción a sustancias y trastorno por consumo de sustancias (TCS)**

El consumo de sustancias psicoactivas se remonta muchos años atrás, donde multitud de culturas han hecho uso de éstas por diferentes motivos como la búsqueda de estados de liberación y emoción a la vez que se han usado para el alivio de estados físicos. Por otra parte, también han tenido un uso dentro de las distintas culturas en entornos religiosos y ceremoniosos. (Westermeyer, 1991).

A su vez la OMS también define la adicción como *“el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”*.

A la hora de definir el TCS es inevitable referirse al DSM 5, según el cual establece los siguientes criterios en el diagnóstico para la dependencia de sustancias: Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia definida por cualquier de los siguientes ítems:
  - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
  - b. Se toma la misma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo

más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho más tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Vinculado al concepto de la adicción, posee relativa importancia el conocimiento de cuáles son las sustancias psicoactivas más comunes en la actualidad. Debido a esto a continuación se realizará una breve clasificación de las distintas sustancias por los efectos que producen sobre el sistema nervioso central, atendiendo a las consecuencias cognitivas y corporales (José María Osuna Fuentes, 2005):

- a. En primer lugar, nos encontramos antes las drogas depresoras, las cuales producen el efecto de ralentizar las funciones corporales básicas, a la vez que reducen la actividad nerviosa. Dentro de este grupo entran sustancias como el alcohol, heroína, benzodiazepinas...
- b. En segundo lugar, está el grupo de las drogas estimulantes, produciendo una elevada excitación de la actividad nerviosa y aumentando el ritmo normal del cuerpo. Dentro de este grupo estarían las sustancias como la cocaína, anfetaminas...
- c. En último lugar, tenemos el grupo de las drogas alucinógenas, que se encargan de alterar la conciencia del individuo y la percepción de la realidad. En este grupo destacarían drogas como el LSD, cannabis, peyote...

## 2.1. Modelos de la adicción

Este apartado se centrará en los distintos modelos de la adicción, los cuales serán el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural (Ismael Apud y Oriol Romaní, 2016). En lo referente al modelo biomédico, cabe entender la adicción como una enfermedad. Trata de explicar por qué algunas conductas de riesgo como el consumo de sustancias pasan a ser conductas adaptativas y evolutivas (como lo son el alimentarse y reproducirse, por ejemplo) debidas a mecanismos vinculados al placer y a procesos adaptativos. De este modo el craving de las drogas llegaría a ser una conducta de necesidad “artificial” (Friedman y Rusche, 1999).

El modelo biopsicosocial supuso un cambio de paradigma en contraposición al modelo biomédico. El modelo biopsicosocial fue planteado por el psiquiatra George L. Engel en 1977 como forma para rechazar la idea del modelo biomédico de enfermedad, el cual se basaba en la separación de mente-cuerpo, entendiendo la enfermedad únicamente como un conjunto de causas orgánicas. Según el modelo biopsicosocial en el planteamiento de la enfermedad, interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977). Dicho lo anterior, en este modelo ante la adicción la persona presentaría una conducta habituada que se realizaría ante determinadas situaciones y contextos sociales (Pedrero y Ruiz, 2014; Peele, 1985).

En último lugar tenemos el modelo sociocultural, el cual se basa en los enfoques de la antropología y la sociología. Estos dos enfoques han realizado grandes aportaciones para entender las prácticas sociales y culturales de las drogas desde las sociedades tribales más antiguas hasta los usos que se dan hoy en día en las sociedades más desarrolladas (Page y Singer, 2010).

## 3. Patología dual del TLP y TCS

Fue el psiquiatra Casas quien en el año 2000 acuñó la definición de Patología Dual (PD) haciendo referencia a al estado clínico en donde concurren el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno por consumo de sustancias (TCS) (Rivera 2010).

En líneas generales podríamos hacer una breve explicación de la PD como *“enfermedad que designa la existencia simultanea de un trastorno adictivo y otro trastorno*

*mental o la intersección de ambas disfunciones”* (Rivera, 2010). Para entender la PD hay que contextualizar que entre el 64-66% de los pacientes con TLP presenta un diagnóstico de TCS (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011). En cuanto a los pacientes con PD tienen algunas características comunes entre ellos, como la elevada presencia de conductas de riesgo, la alta prevalencia a contagiarse de enfermedades infecciosas y elevadas tasas de desempleo (King, Kidorf, Stoller y Bronner, 2000). Del mismo modo, esta patología suele estar unida a la presencia de conductas agresivas, oposicionismo ... (Abram y Teplin, 1991; Cuffel, Shumway y Chouljian, 1994).

### **3.1. Etiología y modelos explicativos de la patología dual**

El primer modelo explicativo de la PD es que el TLP es el causante del TCS, el cual se basa en la “teoría de la automedicación”. Esta teoría manifiesta que las personas con TLP acuden a las sustancias psicoactivas para poder mitigar algunos síntomas del TLP como la ansiedad y la irritabilidad (Hien, Zimberg, Weisman, First y Ackerman, 1997; Rubio, 2001). La aparición de la adicción se produce a través de dos vías de desregulación cerebral. Primeramente, la “vía de desinhibición” conlleva una carencia en el sistema serotoninérgico produciendo así un mayor riesgo en el consumo de sustancias (Ichise et al., 2006). En cuanto a la vía que sería la de “disminución del estrés” ocasionaría una alta inseguridad a los eventos vitales estresantes conllevando una alta sintomatología de inestabilidad y ansiedad, de esta forma podría conllevar una respuesta mediante el consumo de sustancias para así poder paliar dicha sintomatología (Verheul, 2001).

El segundo modelo abarcaría la relación de que el TCS causa el TLP. Este es un modelo altamente polémico debido a que el TLP aparece en la adolescencia previo al consumo de sustancias. Sin embargo, debido a que últimamente el consumo de sustancias aparece a una edad más temprana este modelo se está empezando a considerar como posible (Ferrer et al., 2011). Debido a que el consumo de sustancias provoca variaciones neurobiológicas produciendo una disfunción dopaminérgica, esto actuaría como posible origen del TLP, ya que estas variaciones neurobiológicas están relacionadas con la etiología del mismo (Bustos, Meléndez, Brambila y Solís, 2012).

El último modelo, siendo este el más respaldado, esclarece que ambos trastornos guardan factores etiológicos comunes de forma que la aparición de uno fomenta la aparición

del otro (Ferrer et al. 2011). Así mismo este modelo corrobora que ambos trastornos poseen bases neurobiológicas comunes produciendo así sintomatología básica de ambas patologías como la impulsividad, falta de autocontrol e inestabilidad emocional (Bustos et al. 2012).

### **3.2. Prevalencia**

Existe una elevada dificultad para establecer una prevalencia concreta en cuanto a los trastornos de personalidad debido a la complejidad de determinar un trastorno de este tipo. Aun así, acudiendo a los datos de los trastornos de la personalidad en la población general, nos encontramos con una prevalencia del 10% al 13% (Mosquera, 2004; Quiroga y Errasti, 2001). Pero esta cifra se dispara de manera alarmante en cuando nos referimos a los pacientes ambulatorios en donde las cifras varían entre el 30% y el 50% (Caballo, 2004).

## **4. Tratamientos de elección**

Es conocido que existen diferentes modelos de tratamiento para el TLP y para el TCS. En este apartado se explicará cuáles son los tratamientos psicológicos eficaces por separado para ambas patologías.

### **4.1. Tratamiento de elección TLP**

En primer lugar, se dedicará un breve espacio para hablar del tratamiento farmacológico, en cual representa una ayuda y gran apoyo para estos pacientes. El tratamiento farmacológico se suele utilizar para el alivio de tres tipos de síntomas, que son los síntomas cognitivos, afectivos y la impulsividad. La American Psychiatry Association (APA) estableció una guía en 2001 sobre el tratamiento farmacológico hacia los pacientes con TLP. De acuerdo a esta guía se exponen las siguientes orientaciones atendiendo a la sintomatología que presentan estos pacientes (Peláez, Reyes-Molon, Tejeira-Levet; 2013):

- Para las distorsiones cognitivas se usarán pequeñas dosis de antipsicóticos de primera o segunda generación, si no surtiera el efecto apropiado se añadiría un ISRS o un IMAO.

- En cuanto a la sintomatología de la desregulación afectiva se llevará a cabo con ISRS, pero si no presenta la suficiente eficacia se añadirá clonazepam o antipsicóticos.
- Con respecto a la impulsividad, las autoagresiones, conductas perjudiciales... se empezarán a tratar con ISRS pudiéndose añadir pequeñas dosis de antipsicóticos de primera generación. Aun así, si no es suficientemente efectivo se podría considerar el añadir un estabilizador del ánimo o un IMAO.

Atendiendo al tratamiento psicológico, resulta de determinada complejidad poder establecer un tratamiento de elección para el TLP, en cambio se ha establecido como “probablemente eficaz” la terapia dialéctico-conductual (DBT) debido a que es el tratamiento mejor estudiado y acerca del cual se encuentran más datos de eficacia clínica positiva (Marino et. al; 2008). La DBT fue originalmente propuesta como tratamiento para el TLP por la psicóloga Marsha Linehan (1993). En este tipo terapia se trabaja de forma individual y en sesiones grupales, en donde se tiene un enfoque de fundamento cognitivo-conductual. En cuanto a los aspectos más importantes de la DBT, destacaremos que su perspectiva dialéctica es uno de los aspectos diferenciadores y más relevantes respecto a otras terapias cognitivo conductuales (Chapman, 2006). La DBT propone una visión dialéctica del mundo y de la conducta del paciente, la cual puede resumirse en los siguientes apartados (Linehan, 1993b):

- Las conductas y respuestas del paciente no se pueden entender desde un marco individual, sino que forma parte de su repertorio en un ambiente complejo. Por lo que si la persona aprende ciertas habilidades debe ser capaz de poder aplicarlas para influir sobre el ambiente.
- Un hecho muy importante de los pacientes con TLP es que tiene un registro de pensamientos y conductas muy polarizadas, por lo que el terapeuta deberá lograr que el paciente llegue al punto de aceptarse tal y como es y a la vez adquiera conciencia de su necesidad de cambiar.
- Dado que la realidad en un continuo proceso de cambio, el terapeuta debe ayudar al paciente a que se sienta cómodo con el cambio ya que el paciente y el contexto se encuentran en un proceso de cambio.

Con esta terapia se intenta conseguir principalmente una mejora en las alteraciones emocionales y conductuales propias de los pacientes con TLP. El tratamiento se centra en abordar las conductas que tienen riesgo para el paciente (autolesiones, intentos de suicidio). Esto se lleva a cabo mediante la práctica de conductas más adaptativas ante los problemas de

origen intra e interpersonales. De esta forma cuando el paciente ha conseguido dominar el manejo de esas conductas de riesgo, la terapia se centrará en los conflictos de origen emocional, haciendo de esta manera que el paciente sepa lidiar y gane la capacidad de regular las propias emociones. A su vez, en esta parte de la terapia también se trabajará las relaciones interpersonales de manera que el paciente sepa manejar y conseguir que sean satisfactorias. Todo esto conllevará también el trabajo de situaciones traumáticas anteriores, la promoción del autorespeto y el manejo con los problemas del día a día (Lynch, Trost, Salsman y Linehan; 2007).

#### **4.2. Tratamiento de elección para el Trastorno por consumo de alcohol**

Existen multitud de estudios que demuestran la eficacia de las terapias psicológicas para el tratamiento del Trastorno por consumo de alcohol (TCA). Las terapias que presentan una mayor eficacia, en concreto las terapias de tipo 1, son la aproximación de refuerzo comunitario (CRA), entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, prevención de recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja; la cuales se desarrollaran a continuación (Marino et. al, 2008).

La CRA (Hunt y Azrin, 1973) se trata de un programa conductual que cuenta con un alto soporte empírico de forma que se puede estimar como un tratamiento bien establecido. Mediante diferentes procedimientos operantes tiene como fin la reducción del consumo de alcohol y el aumento del comportamiento funcional. De esta manera el programa se puede trabajar tanto de forma grupal como individualmente. El programa cuenta con los siguientes elementos (Marino et. al, 2008):

- Administración de tratamiento farmacológico de Disulfiran, más conocido por su nombre comercial como “Antabuse”.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación, en donde se trabaja principalmente con familiares y amigos para que se creen y se mantengan actividades sociales que promuevan la abstinencia del paciente, de forma que estas actividades se consoliden como reforzadores de su abstinencia.
- Disponer de un grupo social en donde no se consuma alcohol, haciendo así que el paciente tenga a su disposición un abanico de actividades fuera del consumo.
- Establecimiento de actividades no relacionadas con el consumo.

- Al paciente se le prepara para que sea capaz de controlar los deseos de beber ante situaciones sociales en donde existe la costumbre social hacia el alcohol.

El entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento ocupa una importante situación dentro de los tratamientos del alcoholismo debido a su alta efectividad (Drummond y Glautier, 1994). La concepción de este programa se origina a raíz de que el paciente no presenta los suficientes recursos para poder afrontar las situaciones de estrés que se originan en diferentes ámbitos de la vida cotidiana (relaciones en el trabajo, en la familia...). Debido a esto el programa de tratamiento tiene como propósito el proporcionar al paciente las herramientas para afrontar dichas situaciones y ganar el suficiente autocontrol para poder controlar los deseos de consumo (Marino et. al, 2008). Autores como Monti, Rohsenow, Colby y Abrahams (1995) especifican los componentes más importantes de este programa los cuales se basan en el entrenamiento de capacidades de rechazo hacia la bebida y apoyo de la sobriedad, habilidades de escucha y comunicación y desarrollo de la asertividad.

La PR se trata de un programa propuesto por Marlatt y Gordon (1985), el cual se compone de metodología cognitivo-conductual. Los objetivos primordiales de este programa son que el paciente identifique y controle las situaciones de riesgo, desarrolle estrategias de afrontamiento al craving (deseo de consumo) y a los posibles consumos aislados y que desarrolle habilidades de solución de problemas. Cabe destacar el aspecto de que este tipo de programa no se ha llevado a cabo de forma sistemática, sino que está consagrado como un método para el afrontamiento de recaídas en los programas de consumo de sustancias (Marino et.al, 2008). El trabajo en la PR posee una gran evidencia empírica que apoya su eficacia en el tratamiento con el alcohol. De este modo se asegura que el trabajo con programas que incluyen PR provoca un mayor porcentaje de éxito, que en tratamientos donde no está incluida (O'Farrell, Choquette y Cuter, 1998; Maisto, McKay y O'Farrel, 1995).

La terapia conductual familiar y de pareja tiene como objetivo que el paciente entrene diferentes habilidades de comunicación en el medio familiar. De este modo también se trabajará paralelamente en la solución de problemas mediante contratos conductuales y el manejo de contingencias. De esta forma se intenta conseguir un clima asertivo dentro del núcleo familiar y de pareja de forma que sirva de refuerzo positivo para el paciente. (O'Farrel, 1995).

## **5. Tratamiento de elección para patología dual de TLP y TCS**

A día de hoy se siguen evaluando cuales son los mejores tratamientos para la PD, en busca de un tratamiento de elección. Falta un largo camino por recorrer para poder establecer un tratamiento de elección, aun así, se han establecido diferentes tratamientos como “posiblemente eficaces” entre los que destacan la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia de aceptación y compromiso (TAC) y la terapia dialéctica conductual (TDC). Estos tratamientos se desarrollan a fondo a continuación.

### **5.1. Terapia cognitivo conductual**

Autores como Quirora y Errasti (2003) establecen la TCC como uno de los tratamientos eficaces en personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad y adicción a sustancias. Del mismo modo Beck et al (2001) indican la importancia de esta terapia debido a que cuando el paciente es capaz de reconocer y cambiar creencias básicas, esto conlleva una mejora en distintos sectores de la vida de la persona. La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo principal que la persona cree relaciones funcionales en relación con sus sentimientos, pensamientos y conducta. De esta forma se trata de conseguir en el paciente un estilo de vida adaptativo centrándose en el “aquí y ahora”. Dentro de este marco terapéutico se tiene en cuenta los posibles problemas que pueden dificultar la propia terapia y alterar la relación terapeuta-paciente, de entre estos problemas se destacan la falta de implicación en la terapia, la desviación de problemas y objetivos y el incumplimiento de las tareas asignadas (Davidson, 2000). Desde el marco de la TCC se tiene en cuenta que las personas que presentan dificultad para la regulación emocional y las relaciones interpersonales, presentan una mayor propensión para el consumo de sustancias psicoactivas. En cuanto a la TCC se pretende que el paciente aprenda estrategias y habilidades de regulación emocional, a la vez que maneja el consumo de sustancias. Hay que tener en cuenta que el enfoque cognitivo-conductual pretende explicar que las conductas adictivas son hábitos que se generan como procesos de aprendizaje desadaptados. De esta forma mediante la TCC a nivel conductual se pretende el cambio de conductas relacionadas con la adicción por conductas más adaptativas, las cuales no generen las graves consecuencias del consumo de sustancias (Keegan, 2012).

## 5.2. Terapia de aceptación y compromiso

Previamente a centrarnos en la Terapia de aceptación y compromiso (TAC) cabe explicar el hecho de que el origen y el mantenimiento de los problemas psicológicos se basan en la evitación experiencial. Mediante este concepto se pueden explicar multitud de problemas en donde el paciente no quiere entrar en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, pensamientos, emociones...). Debido a esto, el individuo trata de forma deliberada y continuada de evitar y/o cambiar la forma y los acontecimientos de este tipo de eventos privados (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

Entrando de lleno en la TAC, se pretende eliminar el repertorio inflexible de pensamientos que conllevan a la evitación experiencial, es decir alterar o eliminar ese patrón evitador (Peláez-Blarrina et al., 2006). De forma más concreta se intenta que el paciente adquiera cierta flexibilidad en el pensamiento de forma que conecte con el momento presente y que sea capaz de modificar o mantener la conducta. Se pretende que el paciente consiga actuar de una manera adaptativa según las condiciones que el paciente valore en su vida (Wilson y Luciano, 2002).

Por lo que respecta a la estructura del tratamiento, diferentes autores han establecido seis fases de desarrollo, las cuales guardan relaciones entre si y presentan objetivos y estrategias propias (Hayes et al., 1999):

- Fase 1 desesperanza creativa: se pretende que el paciente elimine los repertorios cognitivos y conductuales de evitación que emplea para la solución del problema.
- Fase 2 el control es el problema y no la solución: en esta fase el paciente ha de entender que sus problemas vienen del propio control que el mismo genera, por lo que es necesario cambiar esta forma de aproximación a su problema para eliminar dicha conducta.
- Fase 3 aceptación: se propone como alternativa a la evitación la aceptación. En esta fase se trata de desmontar el lenguaje, las funciones del lenguaje y la relaciones que guarda con las emociones o los recuerdos del paciente.
- Fase 4 establecimiento del yo como contexto y no como contenido: con esta fase el terapeuta pretende que el paciente situé verbalmente la construcción del yo como persona como centro desde el que actuar diferenciándolo de los pensamientos, las emociones o los recuerdos.

- Fase 5 valoración: en esta fase el paciente analiza los fundamentos desde los que actúa y las bases verbales sobre las que se asientan esos valores, para después poder evaluar una dirección propia.
- Fase 6 disposición y compromiso: es la última fase del tratamiento, en donde el paciente debe adoptar cambios conductuales por sí mismo a la vez que hace una evaluación de sus propias conclusiones como fin de terapia.

### **5.3. Terapia dialéctica conductual**

La DBT aplicada a la PD sigue la misma línea de tratamiento que con el TLP, excepto porque se enmarcaría dentro de la terapia una jerarquía de objetivos para poder conseguir la deshabituación de la sustancia. Con esta terapia se pretende conseguir que el paciente desarrolle habilidades de afrontamiento anticipándose a situaciones de consumo. Debido a esto el consumo de la sustancia ocuparía uno de los objetivos principales y más importantes, ya que es un comportamiento que desestabiliza la vida del paciente en gran medida. Por lo tanto, relajaríamos una jerarquización de objetivos que en este caso incluirían los siguientes (Dimeff y Linehan, 2008):

1. Reducir en consumo de las sustancias de abuso.
2. Aliviar el malestar físico causado por la abstinencia.
3. Reducir los impulsos relacionados con el craving
4. Reducir los comportamientos que llevan al consumo de la sustancia.
5. Aumentar el refuerzo comunitario de los comportamientos saludables.

Durante el tratamiento el paciente busca una abstinencia dialéctica en donde pasa de una “mente adicta” a una “mente limpia”. La mente adicta se entiende como ese conjunto de creencias, emociones y acciones que están bajo el control de la sustancia. Por otro lado, la mente limpia se podría entender como ese pensamiento fuera de consumo en donde el paciente no ve que puedan aparecer problemas futuros, lo cual propicia las recaídas. El paciente se mueve entre estas dos “mente”, haciendo que aparezca una tercera disposición que se denomina “mente clara”. En esta disposición el paciente se encuentra cómodo en la abstinencia sin dejar de ser consciente de las inclinaciones y propensiones de la mente adicta (Dimeff y Linehan, 2008).

## **6. Justificación**

Ante la alta prevalencia que guarda el TLP con el TCA, surge la necesidad de un tratamiento que abarque ambos diagnósticos, en donde se lleven a cabo las necesidades más importantes para ambas patologías. Así mismo, dado que el TLP según estudios presenta una tasa de suicidio del 10% en pacientes menores de 30 años (Espinosa et al., 2009) crece la necesidad de aportar programas de intervención en referente a esta patología.

A día de hoy, existe un vacío bibliográfico en cuanto al tratamiento de elección del TLP, aun así, se encuentran diferentes tratamientos posiblemente eficaces. En referente al tratamiento del TCA se encuentran diferentes tratamientos de tipo 1 en donde se abarca la patología desde varias perspectivas. La presente propuesta de tratamiento se centra en un acercamiento entre estos tratamientos buscando llegar a las necesidades más importantes de la PD. De este modo la propuesta de tratamiento busca la implementación de un tratamiento que se ciña a las características más importantes de ambas patologías, es decir, que la persona consiga la máxima autonomía mientras aprende habilidades para un desarrollo funcional en la vida cotidiana. Al mismo tiempo la propuesta trabaja en pro de los conocimientos acerca de la patología dual, para que el paciente sea conocedor de los principales síntomas y características que tiene, haciendo así que el paciente se convierta en un “experto” sobre su enfermedad.

### **Descripción del programa de intervención o proyecto profesional**

#### **1. Ámbito de aplicación**

El ámbito de aplicación de la presente propuesta de programa de tratamiento será en comunidades terapéuticas (CT) y centros donde los pacientes desarrollen un régimen de estancia de día. La propuesta de programa se llevará a cabo en CT y centros donde los pacientes estén en tratamiento por consumo de sustancias.

## **2. Objetivos del programa/proyecto**

### **Generales:**

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con PD.
- Deshabituarse al paciente del alcohol mientras adquiere un manejo y control de síntomas de la PD.

### **Específicos:**

- Involucrar al paciente en el tratamiento.
- Tener una visión positiva de la abstinencia.
- Ser capaz de asumir responsabilidades.

## **3. Destinatarios o población diana sobre la que se va a aplicar el programa/proyecto.**

Hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años con patología dual, que estén bajo tratamiento por consumo de alcohol en CT o cualquier otro tipo de centro en donde los pacientes lleven un régimen de estancia de día.

## **4. Fases en la elaboración del programa/proyecto.**

Fase inicial: en esta fase se realizará la selección de los pacientes que se someterán al tratamiento. Para ser admitidos en el programa de tratamiento tendrán que tener un diagnóstico de TLP y de TCA. A su vez durante esta fase se les administrará el cuestionario de salud SF-36 para poder obtener información sobre su calidad de vida y de salud. Del mismo modo también se les administrará el cuestionario TCI-R para evaluar su personalidad. El último instrumento utilizado será la Escala de Ideación Suicida (SSI) para obtener información acerca de los pensamientos del paciente en referente al suicidio. Una vez seleccionados 10 pacientes se cerrará esta fase, debido a que este será el número total del grupo cerrado de pacientes bajo tratamiento.

Fase de tratamiento: durante esta fase se llevará a cabo el tratamiento, el cual tendrá una duración de 11 semanas. El tratamiento está constituido por tres fases, en donde cada fase

engloba diferentes módulos, se llevará a cabo de forma que los módulos de cada fase se realizarán de forma simultánea durante la duración que corresponda a cada fase.

Fase final: en esta fase del tratamiento se volverán a pasar los instrumentos de evaluación SF-36, TCI-R y SSI. De esta forma se podrán contrastar los resultados de la fase inicial con la fase final para comprobar cómo ha influido el tratamiento en los pacientes.

## **5. Descripción del programa/proyecto**

### **Fase 1:**

#### **Módulo de Psicoeducación en drogodependencias: 4 sesiones de una hora y media.**

##### 1ª Sesión

Esta sesión servirá en primer lugar como toma de contacto con los pacientes. Se habilitará una sala con las sillas en círculo de forma que todos los participantes incluido el terapeuta se vean sin ningún problema. Se comenzará la sesión con una presentación de todos los participantes uno por uno, en donde dirán su nombre, edad, si tienen familia, hobbies, gustos, actividades que realizan... en esencia servirá para romper el hielo y que empiecen a conocerse un poco. A continuación, se repartirá una hoja con las normas de la terapia y se irán comentando una por una y aclarando dudas que puedan surgir. Las normas de la terapia se encuentran en el anexo 1.

A continuación, se explicará que este módulo estará constituido por 6 sesiones de hora y media de duración en donde se informará y explicará distintos aspectos de la drogodependencia. Se les dirá a los pacientes que tendrán que acudir a estas sesiones con una libreta y bolígrafo, de forma que puedan tomar nota de las cosas que se explicarán.

En el tiempo restante de la sesión se explicarán algunos conceptos básicos de forma que los pacientes empiecen a ganar cultura y un vocabulario correcto sobre la drogodependencia. Se explicará el concepto de droga, los tipos de drogas que hay y qué es la adicción. En lo referente al concepto de droga se mencionará la definición que da la OMS, como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea

psicológica, física o ambas. Después de explicar el concepto de droga se animará a los participantes a que digan que piensan de la definición, si creen que falta algo por añadir, si conocían ya este tipo de definición... Posteriormente se hará una clasificación de las drogas dependiendo de los efectos que producen en el SNC. La clasificación que se realizará será la siguiente:

- Depresoras: producen una ralentización de las funciones corporales básicas y de la actividad nerviosa.
- Estimulantes: producen una elevada excitación de la actividad nerviosa y aumentan el ritmo normal del cuerpo
- Alucinógenas: alteran la conciencia del individuo y la percepción de la realidad.

Posteriormente a explicar esta clasificación se les pedirá a los pacientes que digan que drogas entrarían dentro de cada tipo, de forma que quede clara la diferencia entre las tres categorías. En la última parte de la sesión se explicaría que es la adicción. Se apoyará esta explicación mediante la definición que da la OMS, la cual la define como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Posteriormente a la explicación se abrirá un debate sobre que piensan de esta definición y se aclararán posibles dudas. Finalmente, aclaradas las dudas se dará la sesión por finalizada.

## 2ª Sesión

Al inicio de esta sesión se continuará con la explicación de conceptos básicos. En primer lugar, se definirá la tolerancia a una sustancia dando dos definiciones de este concepto:

- a. Necesidad de cantidades más elevadas de la sustancia para conseguir el efecto deseado
- b. Disminución del efecto de las mismas cantidades de la sustancia durante un consumo continuado

Posteriormente se dejarán 10-15 minutos para que los pacientes compartan experiencias sobre las veces que han sentido estos aspectos de la tolerancia. En segundo

lugar, se explicará que es el concepto de abstinencia, dándose dos definiciones atendiendo tanto a la dependencia física como psicológica.

- a. Conjunto de síntomas desagradables de carácter físico que aparecen cuando se deja de consumir la sustancia que se tomaba habitualmente y de la que se es dependiente
- b. Deseo de consumir en aquellas situaciones donde se solía consumir.

Ligado a este concepto se explicará que es el “craving”, es decir, el deseo de consumo. Posteriormente se volverán a dejar otros 10-15 minutos para que los pacientes compartan experiencias sobre la abstinencia y el craving. A continuación, se explicará de forma general los efectos que tiene el alcohol en la fisiología humana según Ramón Estruch (2002):

- Esófago: produce una pérdida de la fuerza de contracción de las fibras musculares.
- Estómago: se produce gastritis aguda, produciendo así erosiones en la pared del estómago.
- Intestino delgado: tras una intoxicación alcohólica aguda, el alcohol actuara sobre las fibras musculares lisas pudiendo llegar a producir diarrea.
- Páncreas: se produce pancreatitis aguda o crónicas, es decir, la inflamación del mismo.
- Ritmo cardíaco: se producen arritmias, siendo este un signo de problemas cardíacos.
- Sistema nervioso: hiperexcitabilidad del córtex, síndrome confusional, lagunas, se puede llegar a entrar en coma.

Finalizada la explicación de los efectos que tiene el alcohol sobre la fisiología humana, se preguntará a los pacientes si tienen alguna duda o si quieren compartir algo con el grupo, se les animará a ello de forma que vayan ganando confianza con el resto del grupo y se dará por concluida la sesión.

### 3ª Sesión

Esta sesión se dedicará exclusivamente a explicar el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente. Se comenzará presentando el modelo diciendo que es una idea sobre los estados en el cambio del comportamiento. A continuación, se les repartirá una hoja (Anexo 2) en donde vean las distintas etapas del modelo y se empezarán a explicar cada una de ellas detenidamente (Cabrera, 2000).

En primer lugar, explicaríamos la fase de precontemplación diciendo que es la fase en donde la persona no tiene ninguna intención de cambiar su comportamiento. El hecho de estar en esta fase puede deberse a que la persona tiene una falta de información de su conducta de riesgo para la salud o que en ocasiones anteriores ha habido intentos fallidos de cambio. Después sigue la fase de contemplación en donde diremos que la persona tiene intención de cambiar y evalúa los pros y los contras del cambio. A continuación, explicaremos la etapa de preparación en donde ya se toma la decisión de cambiar, tienen claros los pros de cambiar y empiezan a elaborar un plan para llevar a cabo ese cambio. Después sigue la etapa de cambio en donde diremos que se trata de cuando la persona empieza a realizar cambios que se pueden observar, también se dirá que en esta etapa la persona ya tiene claros los pros de cambiar y demuestra un gran nivel de interés. A continuación, se explicará la etapa de mantenimiento que es donde la persona mantiene en el tiempo el cambio que ha tenido y poco a poco disminuye la tentación de volver al comportamiento cambiado. El último lugar explicaremos la etapa de la recaída, diciendo que no es una etapa por la que pasan todas las personas, es cuando la persona vuelve al comportamiento cambiado y por lo tanto se empieza el proceso de nuevo.

Cuando se finalice la explicación del modelo se preguntará a los pacientes si tienen alguna duda al respecto. Después se les pedirá a los pacientes que vayan hablando uno por uno contando si han estado en alguna fase en momentos anteriores de su vida y en qué fase se encuentran ahora, de forma que se cree un pequeño debate hasta el final de la sesión.

#### 4ª Sesión

En esta sesión se hará una revisión de todos los conceptos y explicaciones dadas en las sesiones anteriores. Se resolverá posibles dudas que hayan quedado y se animará a que los participantes comenten su opinión sobre las explicaciones.

**Módulo de Psicoeducación del TLP: 4 sesiones de una hora y media.**

## 1ª Sesión

Al principio de la sesión se dirá a los pacientes que este módulo está comprendido por 4 sesiones de una hora y media de duración y que tendrán que acudir con una libreta y un bolígrafo, para que puedan tomar sobre las explicaciones.

En esta sesión se realizará en primer lugar una conceptualización del concepto de salud, acudiremos a la definición que da la OMS (2013) de salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Después se pedirá a los pacientes que comenten que piensan de esta definición, si ya la conocían, si creen que le faltaría añadir algo.... El objetivo es que comprendan que la salud engloba los aspectos físico, mental y social, y que la salud no solo implica una falta de enfermedad.

A continuación, se hará una explicación del concepto de enfermedad mental, volveremos a acudir a la OMS que la define como “presencia de un comportamiento o grupo de comportamientos, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”. Así pues, cuando se haya realizado la conceptualización de enfermedad mental se preguntará a los pacientes si tienen alguna duda; después se les pedirá que nos den ejemplos de enfermedades mentales que conozcan para que quede claro que es una enfermedad mental.

La última parte de esta sesión tratará sobre los factores beneficiosos y perjudiciales para la salud. En una pizarra dibujaremos dos columnas, una para los factores beneficiosos y otra para los perjudiciales. Pediremos a los pacientes que vayan saliendo uno por uno y que escriban un factor en las columnas, cuando hayan salido todos les pediremos que digan alguno más, si es que falta, y los escribiremos. Para finalizar la sesión se abrirá un debate sobre los factores que han escrito en la pizarra y comentaremos porque se han puesto y en que benefician o perjudican nuestra salud. Los principales factores serán los siguientes, pudiéndose ampliar si durante la sesión salen más:

- Beneficiosos: tener una correcta alimentación, realizar ejercicio de forma regular, tener un correcto descanso durante la noche, mantener un peso correcto, tener una buena higiene.
- Perjudiciales: consumir drogas, llevar una vida sedentaria, tener una mala alimentación, tener mucho estrés.

## 2ª Sesión

Esta sesión se centrará exclusivamente en la definición y conceptualización del TLP. En primer lugar, lo definiremos apoyándonos en los criterios diagnósticos del DSM 5, de forma que iremos explicando uno por uno todos los criterios. A continuación, se conceptualizará el TLP explicando que este trastorno afecta a las siguientes áreas:

- En el área cognitiva afecta a la forma de percibirse a uno mismo y a las demás personas
- En la afectividad para regular las emociones
- A la hora de relacionarse con el resto de personas
- En la conducta a la hora de regular las propias acciones.

Después de la explicación se abrirá un debate donde los pacientes puedan realizar cualquier pregunta, hablen sobre lo explicado y comenten experiencias personales.

## 3ª Sesión

La sesión comenzará preguntando a los pacientes cuales creen que son las emociones básicas del ser humano. Con ayuda del terapeuta se establecerá que las emociones básicas son: asco, miedo, tristeza, sorpresa, alegría e ira. Una vez establecidas se realizará un ejercicio de role playing; los pacientes se pondrán por parejas, tendrán entre 5-10 minutos para pensar una situación en la que se exprese una de las emociones básicas, cuando lo hayan decidido saldrán por parejas a realizar el role playing ante el resto de los compañeros. Esta actividad ocupará un total de 25-30 minutos. Después de realizar el ejercicio de role playing, se les preguntará a los pacientes que creen que es la inteligencia emocional en donde se abrirá un pequeño debate para que los pacientes de posibles definiciones. Posteriormente se dará una definición de la definición de inteligencia emocional, atendiendo al autor Daniel Goleman (2006) como la capacidad de la persona de reconocer los propios sentimientos, los sentimientos de los demás y ser capaz de manejar adecuadamente las relaciones que establecemos con los demás y con nosotros mismos. Después de explicar el concepto de inteligencia emocional se preguntará a los pacientes si creen que alguna vez han actuado con inteligencia emocional, apoyándose en experiencias personales.

## 4ª Sesión

Esta sesión se dedicará exclusivamente a hacer una revisión de los conceptos vistos en las sesiones anteriores, se aclararán dudas que hayan quedado sin resolver y se dejará que los pacientes compartan experiencias o pensamientos sobre lo visto.

## **Módulo de Detección de situaciones que propician el consumo: 4 sesiones de una hora.**

### 1ª Sesión

En esta sesión se empezará explicando los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias. Se dibujarán en una pizarra dos columnas para ambos factores y se pedirá a los pacientes que uno por uno poniendo algún factor que conozcan, con ayuda del terapeuta se irán explicando, de forma que principalmente se citen y expliquen los siguientes (Pedrosa, 2009):

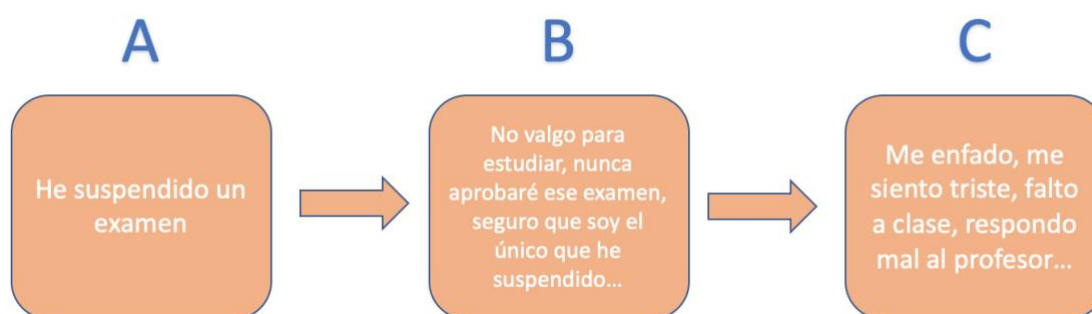
- Factores de riesgo:
  - Edad: entre los 13 y los 15 años se encuentra la edad de riesgo para el inicio de consumo de sustancias, debido a que es el inicio de la adolescencia, se incrementa la búsqueda de sensaciones...
  - Sexo: los varones tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias (aunque este dato empieza a cambiar en los últimos años).
  - Tener una fácil accesibilidad a las drogas
  - Autoestima: tener una baja autoestima favorece la vulnerabilidad al consumo de sustancias
  - Contexto: pertenecer a un contexto donde sea común el consumo (familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo...)
  
- Factores de protección:
  - Información: poseer información acerca del consumo de sustancias actúa como un factor de protección, al igual también se explicará que un desconocimiento también actúa como un factor de riesgo.
  - Contexto: al igual que como se explica anteriormente puede ser un factor de riesgo, pero también puede actuar como un factor de protección.

- Habilidades sociales: poseer habilidades sociales puede actuar como factor de protección a la hora de rechazar el consumo, al igual que un déficit de estas habilidades actuaría como factor de riesgo.

Cuando se acabe de clasificar y explicar estos factores se realizará un debate, en donde los pacientes compartirán en que factores se ven identificados con su consumo, apoyándose en experiencias personales. Cuando se finalice el debate se dará por concluida la sesión.

### 2ª, 3ª y 4ª Sesión

Se iniciará con una explicación del modelo ABC de Albert Ellis que se hará lo más clara y concisa posible. Se explicará que la A significa el acontecimiento que nos ocurre; la B significa el conjunto de pensamientos y creencias que nos despierta ese acontecimiento; la C significa las consecuencias emocionales y conductuales que nos provoca el acontecimiento. Cuando se finalice la explicación el terapeuta pondrá un ejemplo sencillo para clarificar la explicación. Ejemplo:



*Figura 1.* Ejemplo del modelo ABC de Ellis

Después de explicar el ejemplo, se les pedirá a los pacientes que hagan cada uno un ejemplo de forma que se compruebe que ha quedado clara la explicación. Cuando acaben de hacer el ejemplo se les pedirá que lo cuenten al grupo. El terapeuta solucionará o corregirá posibles dudas y errores que surjan durante los ejemplos de los pacientes.

A continuación de esta actividad se realizará otra que consistirá realizar otro modelo ABC, pero en este lugar tendrán que hacerlo en relación al consumo. Se dejará un tiempo suficiente para que puedan hacerlo de forma correcta. Posteriormente los pacientes irán exponiendo uno por uno sus modelos en relación al consumo de forma que sean capaces de

identificar los tres puntos, el terapeuta intervendrá para ayudar si los pacientes no identifican los puntos de forma correcta.

## **Fase 2:**

### **Módulo de Control de conductas impulsivas: 4 sesiones de una hora y media.**

#### 1ª Sesión

Esta sesión se utilizará para realizar un debate y tener un tiempo en donde los pacientes puedan compartir situaciones o contextos que les despierten conductas impulsivas, apoyándose en experiencias propias. Explicarán en que situaciones de su día a día pierden el control, que sensaciones corporales tienen y que tipo de conducta impulsiva realizan. El objetivo de esta sesión es que vayan ganando confianza a la hora de contar los síntomas del TLP, a la vez que escuchan como otras personas han realizado comportamientos similares. El terapeuta irá guiando la conversación de forma que vayan hablando uno por uno. Cuando nos refiramos a conductas impulsivas explicaremos que se trata de consumo de sustancias, conducción temeraria, comportamientos sociales no adecuados, autolesiones...

Como trabajo para hacer fuera de las sesiones de grupo, tendrán que elaborar un autorregistro de conductas impulsivas. El terapeuta explicará que tendrá que escribir que conducta impulsiva han realizado, en qué situación se dio, que consecuencias tuvo y que emociones y pensamientos tuvieron antes y después de la conducta.

#### 2ª y 3ª Sesión

La primera parte de las sesiones se dedicará a que los pacientes cuenten al resto del grupo el autorregistro de conductas impulsivas, de dedicará unos 20-30 minutos.

Después de la lectura de los autorregistro se realizará un aprendizaje por error en donde cada paciente describirá las consecuencias negativas que tuvo al actuar de forma impulsiva en algún momento de su vida, describirá las situaciones con el mayor nivel de concreción, explicando cómo actuó y los pensamientos y emociones que tuvo. Con ayuda del terapeuta principalmente y los demás pacientes se reflexionará sobre la situación, cómo se podría haber evitado la conducta impulsiva y que otras alternativas conductuales podría haber elegido.

#### 4ª Sesión

La primera parte de las sesiones se dedicará a que los pacientes cuenten al resto del grupo el autorregistro de conductas impulsivas, de dedicará unos 20-30 minutos.

A continuación, se explicará la técnica de parada de pensamiento, la cual explicará el terapeuta que consiste en que ante una situación que nos provoque actuar de manera impulsiva realizaremos los siguientes pasos:

- Utilizaremos una palabra corta y significativa (detente, stop...) y realizaremos una conducta recordatoria (tocarse la nariz, dar una palmada...)
- Después se realizará una actividad mental que suponga cierta concentración (decir las tablas de multiplicar, contras hacia atrás...)
- Por último, se llevará a cabo una actividad relajante que permita que la persona pueda reflexionar de forma calmada.

Esta técnica se practicará en las sesiones con situaciones imaginadas por los pacientes o con situaciones que hayan vivido. Se practicará por parejas de forma que primero uno va describiendo la situación que se está imaginando o que está recordando (preferentemente con los ojos cerrados) mientras su pareja le va recordando los pasos explicados previamente, cuando acabe lo hará el otro. Durante este ejercicio el terapeuta supervisará el ejercicio por su surtiese alguna complicación o se reviviesen situaciones complicadas.

## **Módulo de Habilidades sociales: 5 sesiones de hora y media**

### 1ª Sesión

Al inicio de la sesión se comentará que este módulo estará compuesto por 6 sesiones de hora y media y que los pacientes tendrán que acudir con una libreta y bolígrafo para poder tomar notas sobre los conceptos explicados. En primer lugar, se introducirá el concepto de habilidades sociales (HHSS), para que los pacientes puedan empezar a tener una idea sobre que son, para ello el terapeuta se apoyará en las siguientes definiciones:

- Según Linehan (1984) las HHSS son aquellas estrategias que permiten a la persona actuar de forma que se maximice la influencia interpersonal y se resista la influencia social no deseada, así mismo se mejoran las ganancias con las otras personas mientras se mantiene la integridad y opiniones propias.

- Según Caballo (1986) las HHSS comprenden aquellas conductas en donde la persona manifiesta sentimientos actitudes o derechos de una forma apropiada al contexto, que respeta los derechos de los demás y que soluciona la situación presente y las posibles situaciones futuras.

La siguiente parte de la sesión estará comprendida por los estilos de la comunicación y actividades de role playing. En primer lugar, se explicará el estilo de comunicación autoritario, el cual consiste en que la persona presiona para hacer las cosas y no tiene en cuenta las necesidades o deseos de la persona. Posteriormente se realizará un ejercicio de role playing, en donde los pacientes se pondrán por parejas y se inventarán una situación en donde una persona de la pareja adoptará un estilo de comunicación autoritaria.

Después del ejercicio se explicará el estilo de comunicación pasivo, el cual consiste en que la persona no expresa sus deseos ni opiniones y siempre se somete a los demás. Del mismo modo que con el estilo de comunicación se volverá a realizar un ejercicio de role playing, pero con el estilo de comunicación pasivo.

En último lugar se explicará el estilo de comunicación asertivo el cual consiste en expresar los pensamientos, ideas y opiniones propios mientras se respeta los de los demás sin entrar en conflicto, el terapeuta se detendrá más en este estilo de comunicación siendo este el más importante, indicando que esta es la manera correcta de actuar. Se realizará un ejercicio de role playing igual que en el resto de estilos de comunicación. Cuando todos los pacientes acaben realizar el último ejercicio de role playing se dará por concluida la sesión.

## 2ª Sesión

En esta sesión se trabajará en primer lugar la comunicación verbal y no verbal. El terapeuta realizará una explicación de que es la comunicación verbal y no verbal, solucionando posibles dudas que salgan de la diferenciación de ambas. Cuando a los pacientes hayan comprendido que son se realizará un ejercicio de role playing. Los pacientes se pondrán por parejas, tendrán que inventarse una situación en donde dialoguen, pero tendrán que actuar de forma que su comunicación verbal no coincida con su comunicación no verbal. Por ejemplo, tendrán que expresar con la comunicación verbal que están tristes, mientras que la no verbal indicará que se sienten enfadados. Los pacientes practicarán el ejercicio y luego lo harán delante de todo el grupo.

La siguiente parte de la sesión consistirá en trabajar como iniciar y mantener conversaciones. Para ello el terapeuta indicará diferentes técnicas para el inicio de las conversaciones (en este momento el terapeuta indicará a los pacientes que se las vayan anotando para que las tengan a mano para el ejercicio que se realizará después) como pueden ser las siguientes:

- Hacer cumplidos, decir algo positivo a la otra persona...
- Hacer un comentario sobre la situación en la que la persona se encuentra.
- Compartir tu opinión con la otra persona
- Hacer una pregunta sobre una situación actual

Posteriormente el terapeuta indicará otras técnicas para el mantenimiento de las conversaciones, como pueden ser las siguientes:

- Dar respuestas abiertas
- Mantener el contacto visual con la otra persona
- No cambiar de tema bruscamente
- Dar feedback cuando la otra persona hable, de forma que perciba que las estas escuchando
- No interrumpir a la otra persona.

Cuando se finalice la explicación se realizará un ejercicio de role playing. Consistirá en que los pacientes se pondrán por parejas y tendrán que recrear una situación en donde utilicen alguna de las técnicas vistas para iniciar y mantener conversaciones. Primero ensayarán la conversación y posteriormente la realizarán delante del grupo.

### 3ª Sesión

En esta sesión se trabajará exclusivamente la asertividad. En primer lugar, el terapeuta realizará una definición y conceptualización de lo que es la asertividad apoyándose en las siguientes definiciones:

- Según Alberti y Emmons (1978) definen la asertividad como aquella conducta en donde la persona defiende sus intereses y expresa sus sentimientos sin negar los derechos de los demás.

- McDonald (1978) define la conducta asertiva como aquella conducta en la que se expresan de forma abierta opiniones y preferencias de forma que el resto de personas las tienen en cuenta.
- Para Rimm y Master (1974) la asertividad incluiría la íntegra expresión de sentimientos sin una respuesta de ansiedad.

Cuando se finalice la explicación de la conducta asertiva se preguntará a los pacientes si tienen alguna duda y que digan con sus propias palabras lo que han comprendido de este concepto. Posteriormente se repartirá la hoja de derechos asertivos (M. Davis, M. McKay y E.R. Eshelam, 1982) (Anexo 3), se explicarán todos los derechos asertivos de forma que se formará un pequeño debate-charla en donde se comentará uno a uno, los pacientes dirán que piensan de cada uno, si creen que alguna vez los han llevado a cabo, si están en desacuerdo con alguno, contarán alguna situación en la llevaron a cabo algún derecho o si no lo llevaron a cabo y porque.... Cuando se concluya este debate-charla se dará por finalizada la sesión.

#### 4ª Sesión

Esta sesión guarda mucha relación con la sesión anterior, ya que se trabajará como hacer y rechazar peticiones de forma asertiva. Se comenzará preguntando a los pacientes que recuerdan de la sesión anterior, de forma que con la menor intervención posible del terapeuta resuman los aspectos importantes de la asertividad.

A continuación, se llevará a cabo un ejercicio de role playing, el cual consistirá en ponerse por parejas y realizar un diálogo delante del grupo en donde uno de los pacientes haga una petición y el otro la rechace, posteriormente se invertirán los roles. Para ello el terapeuta dirá a cada pareja una situación como, por ejemplo: un amigo te intenta convencer para salir esa noche de fiesta, alguien de tu familia te pide dinero prestado, un amigo te pide que le lleves en coche, tu jefe te pide que te quedes haciendo horas extra sin remunerarlas, un amigo te pide algo prestado... Se dejará tiempo para que practiquen el diálogo y luego lo representarán delante del grupo, después se realizará el mismo proceso, pero invirtiendo los roles. Cuando se finalice el ejercicio se concluirá la sesión.

#### 5ª Sesión

En esta última sesión se hará un repaso de todo lo explicado en las sesiones anteriores y se resolverán posibles dudas que hayan quedado. Después del repaso se formará un pequeño debate-charla guiado por el terapeuta en donde los pacientes dirán su opinión al

respecto de los conocimientos aprendidos, si les parece útil y también describirán si han utilizado en su vida algo de lo visto en las sesiones.

### **Fase 3:**

#### **Módulo de Regulación emocional: 6 sesiones de dos horas.**

##### 1ª Sesión

Al inicio de la sesión se explicará a los pacientes que este módulo estará compuesto de 6 sesiones de dos horas de duración.

En primer lugar, se hará una revisión de las emociones atendiendo a los conceptos explicados en el módulo de psicoeducación del TLP, el objetivo es que se haga una revisión guiada por el terapeuta pero que la mayoría de los conceptos los digan los pacientes. Posteriormente el terapeuta explicará que las personas con TLP muchas veces tapan las emociones negativas con emociones secundarias. Estas emociones secundarias suelen ser culpa, vergüenza, miedo.... Debido a esto se obligan a no sentir ciertas emociones o a confundirlas, haciendo así que no sepan identificar ciertas emociones que sienten. Tras realizar la explicación el terapeuta pedirá a los pacientes que cuenten uno por uno experiencias personales en referencia a esto.

##### 2ª Sesión

Esta sesión empezará con una explicación del terapeuta sobre que las emociones muchas veces vienen de las interpretaciones que las personas damos a eventos o situaciones. Se incidirá en que cada persona piensa de una manera determinada por lo que cada persona hará una interpretación que suscitará una emoción. Después de la explicación se resolverán posibles dudas se hará un ejercicio.

El ejercicio consistirá en que un paciente describirá un evento o una situación, otro dirá que interpreta de esa situación y otro dirá que emoción o emociones le suscita esa interpretación. El ejercicio estará guiado por el terapeuta y se realizará varias veces de forma que todos los pacientes hagan los tres pasos. El objetivo del ejercicio es que los pacientes se den cuenta de que en una misma situación cada persona puede sentir emociones diferentes.

### 3ª Sesión

En esta sesión el terapeuta explicará que las emociones negativas y/o desagradables forman parte de la vida de todos los seres humano. Debido a esto no nos podemos eximir de este tipo de emociones ya que forman parte de la vida. Según la TDC una parte clave del tratamiento es el hecho de aprender a aceptar esas emociones para que no produzcan tanto sufrimiento emocional. A través de la aceptación emocional, el sufrimiento se elimina dejando solo espacio para el dolor. El terapeuta también explicará que luchando contras las emociones no hace que nos liberemos de ellas, sino que por el contrario hace que sean más fuertes.

Posteriormente a la explicación se repartirá la ficha sobre cómo tener conciencia de la emoción actual (Anexo 4), en donde el terapeuta explicará los siguientes puntos:

1. La importancia de observar las emociones y no dejarse llevar por ellas
2. Dejarse fluir por la emoción, notas la emociones como una ola que viene y va
3. Aprender que uno no es la emoción que siente
4. Amar las propias emociones, aceptarlas de forma incondicional

A continuación, se llevará a cabo un debate en donde los pacientes hablarán sobre lo explicado y del papel que juega la aceptación y el sufrimiento emocional en sus vidas.

Después del debate el terapeuta repartirá la ficha de “observa y describe tus emociones” (Anexo 5), explicará cómo se tiene que hacer y los pacientes lo harán como deberes para fuera de sesión.

### 4ª y 5ª Sesión

La primera parte de la sesión consistirá en que los pacientes expliquen su ficha de “observa y describe tus emociones” al terapeuta y al resto del grupo.

A continuación, el terapeuta explicará que uno de los aspectos más importantes para trabajar con las emociones negativas que es aprender a actuar de forma opuesta a la emoción. Para ello el terapeuta repartirá la hoja de “cambiar las emociones” (Anexo 6) y hará una explicación sobre cómo actuar ante cada una de las emociones de la ficha. También se les pedirá a los pacientes que trabajen lo que pone en la ficha en el tiempo entre la sesión 4 y 5, de forma que en la sesión 5 pondrán en común como les ha influido y como han actuado ante esas emociones negativas.

## 6ª Sesión

Durante esta sesión el terapeuta explicará la importancia que tiene la realización de actividades placenteras, de forma que así se sientan competentes. Para ello el terapeuta repartirá la hoja de actividades agradables para el adulto (Anexo 7) y se formará un pequeño debate-charla en donde los pacientes compartirán que actividades podrían realizar para sentirse más competentes, como las llevarían a cabo o si les gustaría empezar a realizar alguna de la lista y por qué. Posteriormente el terapeuta hará una explicación sobre la importancia de reducir la vulnerabilidad ante las emociones negativas, para ello incidirá en los siguientes puntos:

- Tratar enfermedades físicas
- Comer de forma equilibrada
- No consumir drogas
- Dormir de forma equilibrada
- Hacer ejercicio
- Aumentar la competencia personal mediante actividades agradables

### **Módulo de Habilidades de tolerancia al malestar: 6 sesiones de dos horas**

#### 1ª Sesión

En esta primera sesión el terapeuta empezará haciendo una explicación de lo que son las habilidades de tolerancia al malestar, refiriéndose a estas como aquellas habilidades que nos ayudan a vivir la vida cuando no es posible realizar aquellos cambios que deseamos. Al mismo tiempo también son habilidades para cuando no podemos distinguir nuestros sentimientos y para poder manejarnos ante las crisis.

Después de la explicación se dedicará un breve espacio de tiempo para que los pacientes hablen de en qué momentos o situaciones, los cuales les generan sentimientos dolorosos, les puede venir bien hacer uso de este tipo de habilidades y porque creen que es importante aprenderlas. El objetivo es que se den cuenta de que a veces las soluciones a corto plazo son las correctas.

La última parte de la sesión el terapeuta repartirá la ficha de “estrategias para sobrellevar las crisis” (Anexo 8). El terapeuta explicará en qué consisten estas estrategias, mientras los pacientes las comentan y preguntan dudas.

### 2ª, 3ª y 4ª Sesión

En la primera sesión el terapeuta explicará que la realización de diferentes ejercicios de conciencia podemos superar las crisis y que mediante su realización continua podemos desarrollar un estado mental de aceptación. El terapeuta explicará diferentes ejercicios de conciencia para llevar a cabo, se les dirá a los pacientes que, aunque estos ejercicios resulten un tanto simples, durante una crisis pueden aportarnos mucho para poder enfrentarnos a ella. Durante la explicación los pacientes comentarán sus opiniones al respecto y como creen que les podrían ayudar estos ejercicios a superar momentos complicados. Los ejercicios explicados por el terapeuta será los siguientes:

- Tener conciencia de las posiciones del cuerpo
- Tener conciencia mientras nos preparamos una bebida caliente
- Tener conciencia mientras lavamos los platos, la ropa, limpiamos la casa
- Tener conciencia mientras nos damos un baño

Se pedirá a los pacientes que realicen algunos de los ejercicios que expuestos anteriormente y que realicen un autorregistro sobre ellos. En las sesiones 3 y 4 los pacientes comentarán un autorregistros de forma que dirán si les fueron útiles, si les costó llevar a cabo este tipo de ejercicios, si no supieron bien como realizarlos. Así mismo en caso de que algún paciente no haya realizado bien algún ejercicio el terapeuta le indicará como tendrá que llevarlo a cabo o solucionará las dificultades que le surgieron al paciente.

### 5ª y 6ª Sesión

Durante estas dos sesiones el terapeuta explicará en profundidad los principios básicos para aceptar la realidad, estos principios son los siguientes:

- Cambiar la mente: este es el primer paso para aceptar la realidad, consiste en tomar la decisión y mantenerse firme en el compromiso de la aceptación.
- Aceptación radical: basándose en la aceptación del dolor que nos crea para poder liberar el sufrimiento. De esta forma se ganará tolerancia frente al sufrimiento.

- Buena disposición: se basa en responder con consonancia a la situación, de forma que hagamos lo que se necesita en cada situación para así poder actuar con efectividad.

La explicación de cada principio se apoyará con debates guiados por el terapeuta en donde los pacientes expondrán sus puntos de vista frente a estos principios.

### **Módulo de Habilidades de efectividad interpersonal: 6 sesiones de dos horas.**

#### 1ª Sesión

Durante esta sesión en primer lugar, se trabajará con la ficha de “situaciones en las que se requiere de efectividad interpersonal” (Anexo 9). El terapeuta la explicará con el objetivo de que los pacientes aprendan a darse cuenta de cuáles son las situaciones o contextos donde puede resultar más útiles llevar a cabo las habilidades que se tratarán en este módulo. Posteriormente se trabajarán los objetivos de la efectividad interpersonal, en donde el terapeuta explicará los siguientes puntos:

- Conseguir objetivos en una situación dada: que nuestros derechos se respeten a la par que ofrecemos nuestro punto de vista
- Construir y/o mantener una buena relación: encontrar el equilibrio entre nuestros objetivos presentes y el bien de la relación a largo plazo
- Mantener y/o mejorar las buenas sensaciones con respecto a uno mismo: actuar de forma que nuestras actuaciones encajen con nuestra moralidad

La explicación se apoyará con debates guiados por el terapeuta, así mismo antes de finalizar la sesión se preguntará a los pacientes si tienen alguna duda de la sesión para resolverlas, cuando se resuelvan las dudas se dará por finalizada la sesión.

#### 2ª Sesión

En esta sesión trabajaremos en primer lugar sobre los mitos de la efectividad interpersonal. El terapeuta repartirá la ficha de “mitos acerca de la efectividad interpersonal” (Anexo 10). En esta ficha aparecen diferentes mitos, los pacientes tendrán que contrarrestar los mitos con argumentos lógicos mientras el terapeuta intenta rebatírse los.

La siguiente actividad de la sesión consistirá en trabajar las afirmaciones de ánimo para la efectividad interpersonal. Estas afirmaciones de ánimo consistirán en los argumentos que han utilizado en el ejercicio anterior para refutar los mitos. El terapeuta indicará a los pacientes que cierren los ojos y que se imaginen una situación de conflicto interpersonal que decidan los pacientes. Se tendrán que imaginar la situación de forma que se encuentren en ella, no que meramente la observen. Durante el ejercicio de imaginación los pacientes tienen que verse diciéndose a sí mismos la frase que han escogido. Tras realizar este ejercicio se dará por finalizada la sesión.

### 3ª Sesión

En esta sesión se continuará trabajando con las afirmaciones de ánimo para la efectividad interpersonal. Se realizará un ejercicio de role playing en donde los pacientes se pondrán por parejas. Describirán una situación de conflicto interpersonal y durante el role playing dirán la afirmación positiva, que eligieron en la sesión anterior, en voz alta. Se harán varios role playing de forma que todos los pacientes digan en voz alta su afirmación positiva en una situación de conflicto interpersonal.

### 4ª y 5ª Sesión

Durante estas dos sesiones se trabajará la efectividad interpersonal en la consecución de objetivos. El terapeuta explicará una guía para la consecución de objetivos para obtener lo que se desea, conjuntamente a la explicación se solucionará cualquier duda que pueda surgir. Los objetivos que explicará el terapeuta serán los siguientes:

- Describir la situación en la que nos encontramos
- Expresar cuales son nuestras opiniones y sentimientos
- Comunicar lo que sentimos o pensamos y pedir lo que necesitamos
- Reforzar positivamente a las personas cuando conseguimos lo que deseamos
- Mantener la posición en nuestros objetivos
- Aparentar seguridad ganando confianza en nosotros mismos.

A continuación, se realizarán ejercicios por parejas de role playing, con situaciones dichas por el terapeuta o de la propia vida de los pacientes, en donde haya un conflicto con la efectividad interpersonal como por ejemplo realizar o rechazar peticiones.

En el lapso de tiempo entre estas dos sesiones los pacientes realizarán un autorregistro con situaciones que les hayan surgido, en donde necesitaron de habilidades de efectividad interpersonal. En este autorregistro explicarán cómo fue la situación, que sentimientos o emociones tuvieron, como se comunicaron con la otra persona, qué posición mantuvieron durante la conversación...

### 6ª Sesión

Esta sesión se dividirá en dos partes. La primera parte consistirá en trabajar la efectividad interpersonal a la hora de mantener una relación. Para ello el terapeuta explicará una guía para la efectividad interpersonal a la hora de mantener las relaciones, se apoyará con debates guiados por el terapeuta y posibles preguntas de los pacientes; los puntos a explicar serán los siguientes:

- Ser agradable: durante las conversaciones tener un enfoque cortés y sosegado. Hacer uso del humor, sonreír, mantener una actitud tranquila...
- Interesarse por la gente: mantener una posición de escucha activa mostrándonos interesados por la otra persona
- Validar los sentimientos de la otra persona: reconocer los sentimientos, opiniones y deseos de los demás. No juzgar al resto de personas.

La segunda parte de la sesión, consistirá en una charla distendida en donde los pacientes hablarán sobre sus opiniones y percepciones a cerca del tratamiento, que aspectos en su vida han cambiado... el objetivo es que se produzca un momento en donde los pacientes puedan sentirse libres de poder opinar y decir lo que sientan, creando así una despedida del grupo en el tratamiento.

### **6. Calendario de actividades**

La propuesta de tratamiento se llevará a cabo a lo largo de 11 semanas, en donde la primera fase tendrá una duración de 2 semanas, la segunda fase abarcará 3 semanas y la última fase se llevará a cabo durante las últimas 6 semanas. Los módulos de la primera fase (Psicoeducación en drogodependencias, Psicoeducación en TLP y Detección de situaciones que propician el consumo) se llevarán a cabo durante 4 sesiones por cada módulo, con dos sesiones semanales de una hora y media cada sesión. Los módulos de la segunda fase (Control de conductas impulsivas y habilidades sociales) se trabajarán

durante 5 sesiones por cada módulo, con dos sesiones por semana con una duración de hora y media por sesión. Los módulos de la tercera fase (Regulación emocional, Habilidades de tolerancia al malestar y Habilidades de efectividad interpersonal) se llevarán a cabo durante 6 sesiones por cada módulo, con una sesión semanal en donde cada sesión tendrá una duración de dos horas. A continuación, se muestra un cronograma de la propuesta de tratamiento.

	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9	SEMANA 10	SEMANA 11
<b>MÓDULOS</b>											
<b>FASE 1</b>											
Psicoeducación en drogodependencias											
Psicoeducación en TLP											
Detección de situaciones que propician el consumo											
<b>FASE 2</b>											
Control de conductas impulsivas											
Habilidades sociales											
<b>FASE 3</b>											
Regulación emocional											
Habilidades de tolerancia al malestar											
Habilidades de efectividad interpersonal											

Figura 2. Cronograma de las fases de la propuesta de tratamiento.

## 7. Delimitación de recursos

Recursos personales: para llevar a cabo la presente propuesta de tratamiento se necesitará un perfil profesional de psicólogo especializado en el tratamiento de las adicciones y en el TLP, requiriéndose un mínimo de 2 profesionales, para poder repartirse los 8 módulos totales de los que se compone el tratamiento.

Recursos materiales: será necesario de un espacio habilitado con sillas, el cual sea lo suficientemente grande para poder realizar las sesiones en grupo con capacidad para albergar a los 10 pacientes y el terapeuta. También se utilizarán las siguientes pruebas para poder realizar una evaluación de los pacientes en referente al tratamiento. Las pruebas utilizadas serán: el cuestionario de salud SF-36, el cuestionario de personalidad TCI-R y la Escala de Ideación Suicida (SSI). También será necesario hojas e impresora, para poder imprimir las fichas en las que se trabaja durante el tratamiento.

## **8. Análisis de su viabilidad**

El análisis de la viabilidad de la presente propuesta de programa de tratamiento abarcaría cualquier CT o centro con régimen de estancia de día donde se realice un tratamiento para la adicción al alcohol, ya que este programa está orientado al tratamiento del TLP y del TCA. Dado que el tratamiento se puede llevar a cabo en CT y centro se abre un amplio abanico de lugares donde se podría implementar. Respecto al centro donde se llevaría a cabo tendría que tener el número de pacientes requeridos para realizar el tratamiento.

En referencia al personal profesional la propuesta de programa está establecida para que haya un mínimo de dos terapeutas encargados de llevar el programa a cabo, debido al amplio número de módulos presentes. De esta forma se requiere de un trabajo cooperativo entre los profesionales encargados para llevar a cabo la estructura que se sigue a lo largo de las tres fases de tratamiento.

## **9. Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final**

Al inicio y al final del tratamiento se les administrará a los pacientes el cuestionario de salud SF-36, para poder sacar conclusiones de su calidad de vida habiendo pasado por el tratamiento. Este cuestionario se llevará a cabo para tener una estimación del impacto de la enfermedad al inicio del tratamiento. También se administrará al final del tratamiento para ver los beneficios que el programa ha tenido.

El cuestionario de salud SF-36 valora los estados positivos y negativos de la salud. A partir de 36 ítems se cubren las siguientes 8 escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. De forma adicional se influye un ítem en donde se le pregunta al paciente por el estado de salud general en relación a la de hace un año.

Del mismo modo que la prueba anterior también se administrará al inicio y al final del tratamiento el cuestionario TCI-R, dado que es la herramienta más reciente para la evaluación de la personalidad. Esta prueba está formada por 240 ítems que miden las siguientes escalas: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa, persistencia, autodirección, cooperación, auto trascendencia. También la prueba incluye 5 ítems de validez. La forma de contestar a la prueba es mediante una escala Likert de 5 opciones (1:

muy en desacuerdo; 2: moderadamente en desacuerdo; 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: moderadamente de acuerdo; 5: muy de acuerdo).

También se administrará la Escala de Ideación Suicida (SSI) propuesta por Beck (1979), la cual nos ofrece información acerca de la intención/pensamientos del paciente en referencia al suicidio. La escala será cumplimentada por el terapeuta en una entrevista semi-estructurada con el paciente. Este instrumento está compuesto por 19 ítems, en donde cada ítem se puntúa de 0-2.

### **Conclusiones**

Después de una exhaustiva búsqueda bibliográfica para la realización de una propuesta de tratamiento, resulta sorprendente como a día de hoy no se encuentra un tratamiento bien establecido o de tipo 1 para la PD. Debido a esto, la presente propuesta de tratamiento se basa en los tratamientos, hasta la fecha, con mayor eficacia para el TLP y para el TCA. Respecto al TLP, se persigue un aprendizaje de habilidades por parte del paciente para que adquiera un mejor manejo y control de los principales síntomas. Entre estos tratamientos, destaca la DBT de Marsha Linehan (1993), de donde se han adaptado módulos de gran importancia. Así mismo, debido a que la propuesta de tratamiento se centra en pacientes que presenten una comorbilidad con TCA, el CRA tiene un gran impacto en el presente trabajo, ya que busca que el paciente aprenda una serie de conductas adaptativas en ámbitos tanto sociales como familiares, desarrollando así habilidades efectivas de comunicación.

Así mismo, esta propuesta de tratamiento se centra en dos aspectos, el primero es dotar al paciente de conocimiento sobre su patología, de forma que conozca en toda su extensión las implicaciones de poseer dicha patología, es decir, se pretende que el paciente se convierta en un “experto”, siendo así un primer paso para los abordajes terapéuticos que se llevarán a cabo. El segundo aspecto en que cual se centra la propuesta es dotar al paciente de las habilidades necesarias para el correcto manejo en diferentes ámbitos, de esta forma se explican y se lleva a cabo, de forma práctica, diferentes técnicas para que el paciente las entienda, las practique y sea capaz de ponerlas en práctica en su día a día.

Con esta propuesta se pretende dar a conocer una nueva visión, en donde los ejercicios prácticos tengan un gran peso. Se pretende ofrecer al paciente un lugar y un tiempo en donde poder practicar y adquirir diferentes técnicas y habilidades que se puedan

incorporar en su vida, siendo el hecho de ofrecer al paciente información útil para el manejo de su enfermedad en su vida cotidiana la piedra angular de la propuesta. Teniendo en cuenta que una de las mayores limitaciones con este tipo de pacientes es el establecimiento y mantenimiento de relaciones, se pretende que los pacientes adquieran la suficiente autonomía para poder mantener relaciones sociales sanas y duraderas.



## Referencias

- Abram, K. M., & Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, 46(10), 1036.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Your Perfect ROI: A Guide to Assertive Behavior*.
- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad. *Anales de Psiquiatría*, 17, 53-60.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Apud, I., & Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción: Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 16(2), 115–125.
- Arif, A., & Westermeyer, J. (Eds.). (2012). *Manual of drug and alcohol abuse: Guidelines for teaching in medical and health institutions*. Springer Science & Business Media.
- Beck, A.T., Butler, A.C, Brown, G.K, Dahlsgaard, K.K., Newman, C.F. y Beck, J.S. (2001). Disfuncional beliefs discriminate personality disorders. *Behavior research and Therapy*. 39, 1213-1225.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*
- Bustos, O. E. A., Meléndez, M. Á. M., Gonzales, G. R. V., Brambila, M. Á. L., & Solís, R. C. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Rev Esp Méd Quir Volumen*, 17(2), 120.
- Bustos, O. E. A., Meléndez, M. Á. M., Gonzales, G. R. V., Brambila, M. Á. L., & Solís, R. C. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Rev Esp Méd Quir Volumen*, 17(2), 120.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. *Evaluación conductual. Pirámide, Madrid*, 553-595.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. y Valenzuela, J. (2001). Evaluación de los trastornos de personalidad por medio de un instrumento de autoinforme: el CEPER. *Psicología Conductual*, 9, 551-564.
- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129–138.

- Casas Brugué, M. (1997): La Psiquiatrización de las Drogodependencias. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 1, (4).
- Cuffel, B. J., Shumway, M., Chouljian, T. L., & Macdonald, T. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(12), 704-70.
- Davidson, K. M. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for therapists* Hodder Arnold.
- Dimeff, L. A., y Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *addiction science and clinical practice*, 4(2), 39-47.
- Drummond, D. C., & Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(4), 809.
- Engel GL. The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129–36
- Espinosa, J. J., Grynberg, B. B., & Mendoza, M. P. R. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32(4), 317–325.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14(SUPPL. 1), 43–61.
- Friedman, D. P., & Rusche, S. (1999). *False Messengers*. Routledge.
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- Goleman, D. (2006). *Emotional intelligence*. Bantam.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hien, D., Zimberg, S., Weisman, S., First, M., & Ackerman, S. (1997). Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics. *Psychiatric Services*.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Ichise, M., Vines, D. C., Gura, T., Anderson, G. M., Suomi, S. J., Higley, J. D., et al. (2006). Effects of early life stress on [11C] DASB positron emission tomography imaging of serotonin transporters in adolescent peer- and mother-reared rhesus monkeys. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 26(17), 4638-4643.

- Jose Maria Osuna Fuentes. (2005). Drogas: ¿Un fenómeno en evolución? *Carel*, 3, 1-24.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., & Brooner, R. K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: Changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 19(4), 65-83.
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.
- Lalucat Jo, L., Casañas Sánchez, R., Estrada Sabadell, M., Mas Expósito, L. y Teixidó Casas, M. (Eds.). (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [*Clinical practice guideline about borderline personality disorder*]. Barcelona, España: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (Vol. 29). New York: Guilford Press.
- Luciano, M. C., & Valdivia, S. (2006). Avances Desde La Terapia De Aceptación Y Compromiso (Act) Advances From the Acceptance and Commitment Therapy (Act). 5(2), 173–201.
- Luciano, M., & Wilson, K. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. un tratamiento conductual orientado a los valores. *Madrid.Editorial: Pirámide*.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 181-205.
- MacDonald, M. L. (1978). Measuring assertion: A model and method. *Behavior Therapy*, 9(5), 889-899.
- Maisto, S. A., McKay, J. R., & O'farrell, T. J. (1995). Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors*, 20(3), 383-393.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.
- Millon, T., y Escovar, L. (1996). La personalidad y los trastornos de la personalidad: una perspectiva ecológica. En V. Caballo, E. Buela-Casal y J. A. Carrobes, *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 3-33). Madrid: Siglo XXI.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Hand - book of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.

- Mosquera, D. (2004a). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Pléyades, S.A.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., & Cutter, H. S. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(4), 357-370.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Page, J. B., & Singer, M. (2010). *Comprehending Drug Use. Ethnographic Research at the social margins*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Pedrero Pérez, E. J. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18(2), 135-148.
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 12-23.
- Pedrero, E. J., Ruiz, J. M., Olivar, A., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2011). Diferencia de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23, 100-106.
- Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. New York: Lexington Book
- Peláez, J. C., Reyes-Molón, L., & Teijeira-Levet, C. (2013). ¿Necesitamos el tratamiento farmacológico en el trastorno de personalidad? *Acción Psicológica*, 10(1), 97-108.
- Polaino-Lorente, A., Truffino, J. C., & del Pozo Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Ediciones Rialp.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 147-171.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. (1974). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. Academic Press.
- Rivera, G. (2010). *Consortio Hospitalario Provincial De Castellón Memoria Científica Formación En Patología Dual Grave*. Recuperado de <http://www.apalweb.org/docs/jofre4.pdf>

- Romero, E. Q., & Pérez, J. M. E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. In *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 405-428). Pirámide.
- Rubio Larrosa, V. (2001). Los trastornos de personalidad. sus tipos. *Seva Díaz A, Editor. Tratado De Psiquiatría. 1a Ed. Zaragoza: INO Reproducciones SA, 579- 615.*
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.
- Strosahl, K. D., Linehan, M. M., & Chiles, J. A. (1984). Will the real social desirability please stand up? Hopelessness, depression, social desirability, and the prediction of suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 449.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Alonso, J. (2005). [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860162>
- Waldinger, R. y Gunderson, J. (1987). *Effective psychotherapy with borderline patients*. American Psychiatric Press.
- World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.

## Anexos

### Anexo 1: Reglas de las sesiones de grupo.

#### REGLAS DE LAS SESIONES DE GRUPO.

1. ACUDIR A LAS SESIONES Y SER PUNTUAL
2. NO SE PUEDE ACUDIR A LAS SESIONES BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL U OTRAS DROGAS
3. EL NOMBRE DE LOS PACIENTES Y LA INFORMACION REVELADA EN LAS SESIONES ES CONFIDENCIAL
4. ESTA TERMINANTEMENTE PROHIBIDO UTILIZAR LA VIOLENCIA TANTO FISICA COMO VERBAL
5. LIBERTAD DE EXPRESIÓN
6. TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN SEGUIR UNA TERAPIA INDIVIDUAL
7. NO SE PUDE HABLAR FUERA DE LAS SESIONES CON LOS COMPAÑEROS DE CONDUCTAS PARASUICIDAS
8. NO SE PUEDEN ENTABLAR RELACIONES AMOROSAS ENTRE MIEMBROS DEL GRUPO

### Anexo 2: Etapas de cambio del modelo transteorico de cambio de Prochaska y Diclemente.



**Anexo 3:** Ficha de los derechos asertivos.

## **DERECHOS ASERTIVOS**

1. Derecho a tener opiniones propios
2. Derecho que nuestras necesidades sean tan importantes como las de los demás
3. Derecho a cambiar de opinión
4. Derecho a cambiar lo que deseemos
5. Derecho a sentir y expresar los propios sentimientos
6. Derecho a pedir ayuda cuando consideremos necesario
7. Derecho a no responsabilizarte de los problemas de los demás
8. Derecho a poder elegir entre responder o no
9. Derecho a hacer un favor o no
10. Derecho a justificarte ante los demás

**Anexo 4:** Ficha para trabajar la conciencia sobre la emoción actual.

### **Ganar conciencia de la emoción actual**

#### **Observar la emoción**

- Notar su presencia
- Dar un paso atrás (situarse a cierta distancia de la emoción)
- No dejarse atrapar por la emoción
- No juzgar la emoción y aceptarla tal y como es

#### **Experimenta la emoción**

- Notar como la emoción no inunda y poco a poco se va
- No SUPRIMIR ni DISTANCIARSE de la emoción

#### **Recordar que no somos las emociones que sentimos**

- Las emociones no tienen que guiar nuestra conducta.
- Recordar ocasiones en las que nos hemos sentido de diferente forma

**Anexo 5:** Autorregistra para lo pacientes para observar y describir sus emociones.

### **Observa y describe tus emociones**

Nombres de la emoción: ..... Intensidad: .....

---

Situación en donde se produce la emoción:

---

¿Que interpreto de la situación?:

---

¿Qué comunicación no verbal realizo? (postura, gestos...):

---

¿Que me apetece hacer o decir en esta situación?

---

¿Que dije o hice en esa situación?:

---

¿Que produjo esta emoción en mí?:

**Anexo 6:** Ficha para trabajar el cambio de emociones.

**Como cambiar las emociones**

**Tristeza**

- Hay que activarse, nunca dejar de hacer cosas
- Realizar un acercamiento a lo que nos causa tristeza
- Realizar actividades que nos hagan ganar confianza y seguridad

**Ira**

- Realizar una actividad que nos resulte agradable
- Evitar atacar a la persona con la que estamos enfadados
- Imaginar que tenemos empatía y comprensión hacia la persona o la situación que nos produce la ira.

**Miedo**

- Acercarse a la situación, persona u objeto que nos de miedo, así ganaremos control y competencia

**Culpa**

- Cuando la culpa tenga una justificación:
  - Pedir disculpas para mejorar la situación
  - Aceptar las consecuencias de nuestro error y comprometerse para mejorar en el futuro.
- Cuando la culpa no tenga una justificación:
  - aproximarnos a la culpa, no tratemos de evitarla

**Anexo 7:** Ficha de guía para realizar actividades agradables.

## **ACTIVIDADES AGRADABLES**

- Practicar un deporte
- Escuchar música
- Salir a comer con un amigo o familiar
- Leer un libro
- Ir al cine
- Arreglar la casa
- Ir a la playa
- Reparar algo de la casa
- Tener un debate con los amigos
- Ir de excursión a la montaña
- Viajar
- Conducir
- Cocinar
- Irse de compras
- Ir a un museo
- Tocar un instrumento
- Ir a la peluquería
- Comprar un regalo para un ser querido
- Escribir un diario
- Meditar

**Anexo 8:** Ficha de estrategias para sobrellevar las crisis.

## **Estrategias para sobrellevar las crisis**

### **DISTRAERSE**

- Realizar actividades que sean placenteras
- Ayudar a los demás
- Generar pensamientos que nos distraigan
- Crear emociones opuestas

### **RELAJAR LOS SENTIDOS**

- Oído
- Vista
- Olfato
- Tacto
- Gusto

### **MEJORAR EL MOMENTO PRESENTE**

- Hacer uso de la imaginación
- Darse ánimos
- Practicar la relajación
- Darle un significado a la situación actual

**Anexo 9:** Ficha de situaciones en las que se requiere de efectividad interpersonal.

### **Situaciones en las que se requiere de efectividad interpersonal**

#### **Equilibrar prioridades/demandas**

- Cuando sintamos que no podemos más, hay que reducir las demandas que no son realmente importante
- Pedir ayuda cuando sea necesario
- Decir “no” cuando sea necesario
- Hacer que nuestra opinión se tenga en cuenta

#### **Ocuparse de las relaciones**

- Tratar los problemas antes de que se hagan más grandes
- Finalizar las relaciones que no tienen solución
- Usar habilidades interpersonales para solucionar conflictos

#### **Ganar competencia y respeto**

- Tener interacciones que nos hagan sentir competentes y eficaces
- Que nuestros derechos, opiniones y valores se hagan valer

**Anexo 10:** Ficha para trabajar los mitos acerca de la efectividad interpersonal.

### **Mitos acerca de la efectividad interpersonal**

- Si pido ayuda demostraré que soy una persona débil
  
  - No merezco lo que necesito o deseo
  
  - Si pensase de otra manera no molestaría a todo el mundo
  
  - Decir “no” a una petición es de ser una persona muy mal educada
  
  - Tendría que estar siempre dispuesto a sacrificarme por los demás
  
  - Tengo que saber que una persona me va a decir “sí” antes de pedirle algo.
  
  - Debo ser un inepto/a si no puedo arreglármelas yo solo
-