

El Desarrollo de la Estabilidad Emocional en Patología Dual: una Propuesta de Intervención Breve

Araceli García-Pardo

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 18 de junio de 2017
Aceptado el 27 de septiembre de 2018

Palabras clave:
Estabilidad emocional
Intervención breve
Patología dual

RESUMEN

El objetivo del estudio fue conseguir la adquisición del equilibrio emocional mediante el aprendizaje de la gestión y regulación de las emociones en pacientes afectados de patología dual. La metodología fue mixta (cualitativa-cuantitativa). La muestra total fue de 27 participantes voluntarios, distribuidos en dos grupos: tratamiento ($n = 21$) y control ($n = 6$). Los datos cualitativos se obtuvieron mediante la entrevista por objetivos, el Test de los Ojos y una encuesta final ad hoc. Respecto a los resultados cualitativos, el grupo tratamiento mejoró en regulación emocional, alcanzando abstinencia y alta terapéutica. En lo cuantitativo se evaluó la desregulación emocional (DERS) a nivel transversal y longitudinal. Los resultados al comparar los grupos en el postest mostraron diferencias significativas a favor del grupo tratamiento en la dimensión desatención. A nivel longitudinal, se detectaron diferencias en el grupo tratamiento en el postest respecto al pretest en desatención y descontrol y no se encontró ninguna diferencia en el grupo control. La conclusión del estudio indica que hay una mejora de la comprensión de las emociones junto al afrontamiento adecuado de las experiencias negativas por parte de los participantes del grupo tratamiento.

Development of emotional stability in dual pathology: A proposal for brief intervention

ABSTRACT

The objective of the study was to achieve an emotional balance by learning the management and regulation of emotions in patients with dual pathology. The methodology was mixed (qualitative-quantitative). The total sample consisted of 27 voluntary participants divided into two groups: treatment ($n = 21$) and control ($n = 6$). Qualitative data were obtained through the Interview by Objectives, the Test of the Eyes and a final ad hoc survey. Regarding qualitative results, the treatment group improved in emotional regulation, achieving abstinence and therapeutic discharge. In quantitative terms, emotional deregulation (DERS) was evaluated at transversal and longitudinal levels. The results, when comparing the groups in the post-test, showed significant differences in favor of the treatment group in the dimension of inattention. At the longitudinal level, a difference was detected in the treatment group in the post-test with respect to the pre-test in the dimensions of inattention and uncontrol, and no difference was found in the control group. The conclusion of the study indicates the improvement of comprehension of emotions together with an adequate coping of negative experiences on the part of participants in the treatment group.

Keywords:
Emotional stability
Brief intervention
Dual pathology

La regulación emocional se refiere a aquellos procesos según los cuales las personas ejercen una influencia sobre sus emociones, el momento en que las perciben y sobre cómo las experimentan y las expresan (Gross, 1999). El principal problema abordado en este trabajo es el de la patología dual (PD), término cuyo origen tiene sus inicios en la psiquiatría (Esfors et al. 2014), en el que concurren el trastorno psiquiátrico junto al trastorno por uso de sustancias (TUS; Becoña y

Cortes, 2011; Casas y Roncero, 2016). No obstante, en opinión de Sáiz et al. (2014) el síndrome psiquiátrico puede haber sido inducido por sustancias o el TUS ser secundario a un trastorno psiquiátrico.

La muestra de estudio es un segmento de la población que suele mostrar dificultades económicas, escasos recursos personales e infrecuentes relaciones sociales, lo que acaba por producir gran inestabilidad. Se elaboró un programa (TECI - tratamiento emocional

Para citar este artículo: García-Pardo, A. (2018). El desarrollo de la estabilidad emocional en patología dual: una propuesta de intervención breve. *Clínica y Salud*, 29, 133-137. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a19>

Financiación. Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundación *Arzobispo Miguel Roca Proyecto Hombre* de Gandía-Valencia.
Correspondencia: celi.go2@hotmail.com (A. García Pardo).

ISSN: 1130-5274/© 2018 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

conciso-integral) que promueve un cambio rápido y produce una gran mejoría en los implicados desde una psicoterapia grupal, como fin al desarrollo de crecimiento personal, con un enfoque emocional-cognitivo-conductual. Se trata de un programa que, según las necesidades y disponibilidad de los pacientes, consta de nueve, siete, o cinco sesiones intensivas en las que se les enseña a que se permitan experimentar cómo se sintieron (pasado), como se sienten (presente) y como serían capaces de sentirse en un futuro. Dicho programa, utiliza como elementos clave “el entendimiento y el razonamiento”, a través de cuestiones que inducen a la reflexión. Además, se plantea la inexistencia de ciertas habilidades y/o capacidades como posible origen de dificultades y problemas e incluso de enfermedades y patologías grave (Ellis, 1988).

El objetivo general ha sido evaluar la mejora en regulación emocional en pacientes de PD a través del cambio y la consecución de metas personales a corto plazo. A nivel cualitativo se pretende que aprendan a detectar y gestionar actitudes, pensamientos, sentimientos y reconocer emociones como forma de mejorar la estabilidad emocional. A nivel cuantitativo el objetivo es valorar las dificultades en las diferentes dimensiones de la desregulación emocional y detectar la posible mejoría en las mismas gracias a la aplicación del programa. En relación a los resultados se espera que el participante en intervención (grupo tratamiento) alcance su propio control y encuentre en sí mismo capacidades y recursos para tomar decisiones que le permitan llegar a conseguir sus metas a corto plazo, la abstinencia, el alta terapéutica y la mejora de sus relaciones personales, familiares y sociales.

Método

El diseño del estudio es tanto transversal como longitudinal, de naturaleza descriptivo-observacional.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 27 usuarios del centro de día Proyecto Hombre, del área de la Safor de Gandía (Valencia). Se obtuvo, mediante muestreo intencional a lo largo de 18 meses (julio 2013 a diciembre 2015). No se realizó ningún tipo de gratificación más allá de los beneficios obtenidos a partir de la actividad. El ingreso en la institución se realizó mediante derivación por parte de los servicios de la zona implicados en la rehabilitación de adicciones (Unidad de Conductas Adictivas - UCA y Unidad de Alcohol - UA). Los criterios de inclusión fueron ser voluntario, tener más de 18 años, cumplimentar el consentimiento informado y estar abstinentes los quince días previos al inicio del tratamiento. Como exclusión, tener dificultades cognitivas o en la comprensión y/o expresión de información escrita. La muestra se dividió en dos grupos: tratamiento y control. Los grupos se fueron configurando en función del ritmo que imponía el trabajo y las actividades que los usuarios realizaban en la institución PH.

Instrumentos

Entrevista motivacional por objetivos (*Brief Focused Solving Problems* - EOSP, desarrollada por el equipo de Shazer, adaptada por Reyes, 2006), se adaptó al perfil de sujetos de este estudio. Se indaga el problema, los objetivos a corto plazo, las soluciones intentadas previamente, la proyección de propuestas de solución y cómo se verían si lo consiguieran.

Escala de Desregularización Emocional (*Difficulties Emotion Regulation Scale* - DERS; Gratz y Roemer, 2004; adaptación española realizada por Hervás y Jódar 2008). Se trata de un cuestionario de auto-informe creado que evalúa los diferentes aspectos de la regulación emocional desadaptativa: desatención, confusión, rechazo,

interferencia y descontrol. Con la presente muestra, la fiabilidad (α de Cronbach) de las cinco dimensiones mostró valores excelentes situados en un rango entre .727 y .910.

Test de los Ojos (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001; *Eyes Test revised version*). Consta de 36 fotografías, a través de las cuales el sujeto observa la región de los ojos que expresan un sentimiento o pensamiento de los aspectos emocionales que surgen de la interacción social y del grado de empatía. Según Fernández-Abascal, Cabello, Fernández-Berrocal y Baron-Cohen (2013) la fiabilidad test-retest para la puntuación total en la prueba de los ojos es .63 ($p < .01$) en muestra no clínica.

Encuesta final de evaluación (elaboración propia). Permite conocer la opinión y percepción de los sujetos acerca de su salud mental y sus relaciones sociales, su grado de afectación de la memoria, vida académica, laboral y salud general, además de si han alcanzado los objetivos a corto plazo planteados y/o si se han conseguido cambios positivos a nivel personal, familiar y social.

Procedimiento

En el proceso de recogida de datos, los protocolos correspondientes a cada usuario, se identificaron mediante un código numérico al objeto de mantener su confidencialidad y anonimato. Únicamente se trabajó con la historia clínica del participante al final del programa. En concreto, se recuperaron de los archivos de la institución (CD) los datos clínicos que podían ser relevantes de cara a la investigación para vincularlos, en su caso, a los obtenidos mediante los instrumentos implementados a lo largo del programa. Una vez seleccionada el área de intervención y obtenida la autorización previa del coordinador del Centro Valenciano de Solidaridad “Proyecto Hombre”, se realizaron contactos con aquellos profesionales del CD (Gandía), implicados en la investigación. La institución valoró como positiva la realización del programa con los usuarios del CD. Se mantuvo una entrevista para explicarles el objetivo del estudio. La duración total del proyecto, a partir de su aceptación, fue de dos años. La intervención fue aplicada por un profesional especializado.

Se realizaron pruebas iniciales previas al programa, que detectaron en los usuarios un alto índice de inestabilidad emocional. Se averiguó qué aspectos emocionales eran los más perjudicados en aras a conseguir la abstinencia y mantenerla a través del tiempo a medio y largo plazo. El objetivo fue conseguir que los participantes en el programa lograsen cambios a nivel personal, familiar y social que les permitieran llegar a un equilibrio emocional adecuado. Las sesiones de tratamiento (grupo tratamiento) se realizaron en la institución CD una tarde a la semana (sesiones de grupo, lunes 18 a 19 horas) y algún jueves para entrevistas individuales. En este caso, se realizaron en horarios compatibles con las actividades del centro para no solaparse con ellas y perjudicar su realización.

En la primera sesión se aplicó colectivamente, al total de la muestra, la *entrevista motivacional*, cuya finalidad es que los usuarios reflexionen acerca de sus problemas actuales y las personas de su entorno a las que afectan, el establecimiento de metas realistas a corto plazo, la búsqueda de soluciones alternativas más allá de las puestas en práctica previamente, que se habían mostrado ineficaces y la generación de otras nuevas, al objeto de proyectar en el futuro cuál sería la percepción de sí mismos en caso de alcanzarlas. Tras la entrevista, se aplicó el instrumento DERS para detectar el grado de afectación en desregulación emocional de los participantes. A continuación, se administró el Test de los Ojos (Baron-Cohen, 2001), el cual evalúa la capacidad de reconocer emociones y sentimientos a través de la mirada. Además, se aplicaron las siete unidades didácticas de que consta el programa a través de Power-Point sólo al grupo tratamiento, con una duración de dos meses. En concreto, se trabajaron los siguientes temas: desarrollo emocional, reconocimiento emocional, gestión emocional, regulación emocional, descontrol emocional, represión

emocional y resolución de problemas. Por último, transcurridas tres semanas, se aplicó al total de la muestra una encuesta, al objeto de descubrir posibles cambios en el funcionamiento en las áreas detectadas en la entrevista. En dicha encuesta se preguntó a los participantes si, a partir de su percepción, habían alcanzado los objetivos autoproponidos planteados en la entrevista inicial y el por qué, de dicha consecución o no. Por último, se planteó al grupo tratamiento si recomendarían el programa que habían realizado y por qué.

El tratamiento de los datos fue realizado mediante el programa SPSS-20. Se consideró como diferencias estadísticamente significativas si $p < .05$. Como se ha mencionado, se aplicó al grupo control el mismo tratamiento que al grupo experimental, si bien en el primero no se intervino con el programa educativo emocional (TECI).

Resultados

Respecto a la entrevista inicial, para cada pregunta abierta realizada se agruparon las respuestas dadas por los participantes en tres categorías (las más representadas), ya que las respuestas fueron muy variadas. Los resultados mostraron, que los “problemas” manifestados con más frecuencia eran su dependencia, el trastorno mental y los

judiciales. Respecto a las “personas de su entorno afectadas”, se menciona a los familiares más próximos. El “objetivo a corto plazo” más recurrente fue controlar la adicción, solucionar problemas y mejorar su salud mental. En cuanto a las “soluciones intentadas”, destacan la búsqueda de apoyo en diferentes instituciones, el control del consumo y el fortalecimiento del carácter. Entre las nuevas propuestas de solución se encuentra el cambio de actitud, utilizar estrategias personales (voluntad, esfuerzo...) e ingreso en instituciones. Los sujetos se ven a sí mismos, en un futuro próximo y en caso de alcanzar sus objetivos, con mayor fortaleza, tranquilidad, bienestar y calidad de vida.

En segundo lugar, se obtuvieron los resultados para el instrumento DERS en el pretest y el postest, a través de la valoración de la presencia o no de afectación en cada una de las dimensiones que lo integran. Dado el incumplimiento de la normalidad mediante Shapiro-Wilk, las comparaciones se realizaron mediante Mann-Whitney. Los resultados (ver [Tabla 1](#)) indicaron la ausencia de diferencias significativas para todas las dimensiones en el pretest entre ambos grupos, garantizando su equivalencia previa a la implementación del programa. Respecto al postest, el grupo tratamiento mostró diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de desatención ($Z_w = -2.02$, $p = .042$, $d > 1$) con una menor puntuación en el grupo tratamiento.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y pruebas *U* de Mann-Whitney entre grupo tratamiento ($n = 21$) y control ($n = 6$) para las dimensiones del DERS en el pre y el postest

| Medida | Dimensión (DERS) | Grupo | Media | DT | Mínimo | Máximo | Z_w | p | d |
|-----------|------------------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------------|-------|
| Pre-test | Desatención | T | 2.49 | 0.938 | 1.25 | 5.00 | -0.08 | .933 | 0.031 |
| | | C | 2.46 | 1.017 | 1.00 | 4.50 | | | |
| | Confusión | T | 2.13 | 0.937 | 1.00 | 4.25 | -0.96 | .336 | 0.201 |
| | | C | 2.30 | 0.744 | 1.25 | 4.25 | | | |
| | Rechazo | T | 2.35 | 0.710 | 1.14 | 3.85 | -1.34 | .182 | 0.451 |
| | | C | 2.79 | 1.182 | 1.00 | 5.00 | | | |
| | Interferencia | T | 2.63 | 0.964 | 1.25 | 4.50 | -1.55 | .121 | 0.446 |
| | | C | 3.10 | 1.137 | 1.00 | 5.00 | | | |
| | Descontrol | T | 2.32 | 0.984 | 1.00 | 5.00 | -0.56 | .578 | 0.130 |
| | | C | 2.19 | 1.010 | 1.00 | 4.55 | | | |
| Post-test | Desatención | T | 1.95 | 0.740 | 1.00 | 3.20 | -2.02 | .042 | 1.046 |
| | | C | 2.83 | 0.931 | 1.50 | 4.00 | | | |
| | Confusión | T | 1.93 | 0.937 | 1.00 | 4.20 | -1.49 | .140 | 0.578 |
| | | C | 2.45 | 0.860 | 1.50 | 4.00 | | | |
| | Rechazo | T | 2.25 | 1.126 | 1.00 | 5.00 | -0.09 | .932 | 0.219 |
| | | C | 2.03 | 0.870 | 1.14 | 3.50 | | | |
| | Interferencia | T | 2.41 | 0.992 | 1.00 | 4.50 | -0.47 | .670 | 0.038 |
| | | C | 2.38 | 0.518 | 1.50 | 3.00 | | | |
| | Descontrol | T | 1.10 | 0.890 | 1.00 | 4.10 | -0.41 | .712 | 0.111 |
| | | C | 1.99 | 0.700 | 1.22 | 2.88 | | | |

Nota. T = tratamiento; C = control.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y pruebas de Wilcoxon para las dimensiones del DERS entre el pre y el post (grupo tratamiento, $n = 21$, grupo control, $n = 6$)

| Grupo | Dimensión (DERS) | Grupo | Media | DT | Mínimo | Máximo | Z_w | p | d |
|-------|------------------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------------|-------|
| T | Desatención | Pre | 2.46 | 0.955 | 1.25 | 5.00 | -2.69 | .007 | 0.595 |
| | | Post | 1.95 | 0.740 | 1.00 | 3.20 | | | |
| | Confusión | Pre | 2.19 | 1.060 | 1.00 | 4.25 | -0.79 | .432 | 0.111 |
| | | Post | 1.93 | 0.937 | 1.00 | 4.20 | | | |
| | Rechazo | Pre | 2.42 | 0.768 | 1.14 | 3.85 | -0.89 | .375 | 0.176 |
| | | Post | 2.25 | 1.126 | 1.00 | 5.00 | | | |
| | Interferencia | Pre | 2.66 | 0.940 | 1.25 | 4.25 | -1.64 | .101 | 0.259 |
| | | Post | 2.41 | 0.992 | 1.00 | 4.50 | | | |
| | Descontrol | Pre | 2.36 | 0.989 | 1.00 | 5.00 | -2.11 | .035 | 0.414 |
| | | Post | 1.97 | 0.890 | 1.00 | 4.10 | | | |
| C | Desatención | Pre | 2.53 | 1.153 | 1.00 | 4.50 | -1.19 | .236 | 0.286 |
| | | Post | 2.83 | 0.931 | 1.50 | 4.00 | | | |
| | Confusión | Pre | 2.54 | 1.066 | 1.25 | 4.25 | -0.54 | .588 | 0.046 |
| | | Post | 2.45 | 0.860 | 1.50 | 4.00 | | | |
| | Rechazo | Pre | 2.76 | 1.312 | 1.00 | 4.44 | -1.47 | .141 | 0.656 |
| | | Post | 2.03 | 0.870 | 1.14 | 3.50 | | | |
| | Interferencia | Pre | 2.57 | 0.609 | 1.75 | 3.50 | -0.96 | .339 | 0.336 |
| | | Post | 2.38 | 0.518 | 1.50 | 3.00 | | | |
| | Descontrol | Pre | 2.20 | 0.938 | 1.11 | 3.77 | -1.05 | .293 | 0.254 |
| | | Post | 1.99 | 0.700 | 1.22 | 2.88 | | | |

Nota. T = tratamiento; C = control.

Se realizó un segundo análisis longitudinal para verificar las diferencias entre el pre y el post para cada uno de los dos grupos mediante Wilcoxon (ver [Tabla 2](#)). Respecto al grupo de tratamiento, se detectaron diferencias estadísticamente significativas para las dimensiones desatención ($Z_w = -2.69, p = .007, d = 0.595$) y descontrol ($Z_w = -2.11, p = .035, d = 0.414$); en ambas dimensiones los resultados mejoraron en el postest. Respecto al grupo de control, no se halló ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 3. Resultados de la encuesta, grupos tratamiento y control

| Grupo | Salud mental personal y/o familiar | n (%) |
|-------|------------------------------------|------------------------------|
| T | Sí | 10 (48) |
| | No | 11 (52) |
| C | Sí | 0 (0) |
| | No | 6 (100) |
| Grupo | Relaciones sociales | n (%) |
| T | Bien | 14 (67) |
| | Regular | 6 (28) |
| | Mal | 1 (5) |
| C | Bien | 3 (50) |
| | Regular | 2 (33) |
| C | Mal | 1 (17) |
| | Grupo | Afectación académica/laboral |
| T | Sí | 12 (57) |
| | No | 9 (43) |
| C | Sí | 4 (67) |
| | No | 2 (33) |
| Grupo | Dificultad-memoria | n (%) |
| T | Sí | 13 (62) |
| | No | 8 (38) |
| C | Sí | 4 (67) |
| | No | 2 (33) |
| Grupo | Salud general | n (%) |
| T | Sí | 10 (48) |
| | No | 11 (52) |
| C | Sí | 3 (50) |
| | No | 3 (50) |
| Grupo | Cambios personal-familiar-social | n (%) |
| T | Sí | 20 (95) |
| | No | 1 (5) |
| C | Sí | 4 (67) |
| | No | 2 (33) |
| Grupo | Objetivos corto plazo | n (%) |
| T | Sí | 20 (95) |
| | No | 1 (5) |
| C | Sí | 3 (50) |
| | No | 3 (50) |

Nota. T = tratamiento, n = 21; C = control, n = 6.

Los resultados del Test de los Ojos con el grupo tratamiento a nivel cuantitativo mostraron respecto del número de aciertos alcanzados una puntuación máxima de 31 y mínima de 14 (sobre una máxima obtenible de 36 puntos) con una media de 20.14 ($DT = 4.87$). Se recodificó en tres categorías el número de aciertos, mostrando que 7 participantes (33.34%) mostraron una puntuación “baja” (≤ 18), 9 (42.85%) una puntuación “media” (≤ 23) y 5 (23.80%) una puntuación “alta” (≥ 24). Se aplicó una prueba chi-cuadrado, mostrando que entre las dos variables del Test de los Ojos, número de aciertos y “cómo te sentías”, no existía asociación significativa ($\chi^2 = 1.26, p = .53$), resultado esperable, ya que se trata de momentos previos a la intervención. En tercer lugar, respecto a la pregunta acerca de “cómo se sentían” ante la emoción que la prueba planteaba, en una escala entre *bien*, *regular* o *mal*, los resultados señalaron que 15 sujetos (71.42 %) manifestaron sentirse “bien”, 6 (28.57%) “regular” y nadie declaró sentirse “mal”. Ante la pregunta abierta referente a cuál era la razón que les hacía sentirse de la manera que manifestaron previamente, más del 50% de participantes expusieron que los sentimientos experimentados se debían al “interés” y a la “posibilidad” que previamente desconocían de llegar a acceder al conocimiento de las emociones y los sentimientos del

“otro” mediante la mirada. También fueron recurrentes, aunque en menor medida, las respuestas que hacían referencia a la “reflexión”, la “relajación” y la “novedad”. Sólo en casos muy contados (un representante o dos por cada tipo de respuesta) los participantes se refirieron a la “dificultad” o la “confusión”. Únicamente uno señaló no saber o no poder contestar ante la pregunta. Por último, los resultados indicaron respecto al reconocimiento de las emociones, que algo más de la mitad de participantes se mostraron deficitarios, lo que indica una percepción disminuida a la hora de identificar, describir y reconocer las emociones.

Por último, los resultados de la encuesta (ver [Tabla 3](#)) señalaron que, a pesar de que todos recibían tratamiento de salud mental, más de la mitad refirieron no “percibir trastorno” (p. ej., ansiedad, depresión, etc.). La mayor parte de los sujetos de tratamiento pasaron a considerar sus relaciones (personales, familiares, etc.) como “buenas”, mientras en el grupo control sólo lo consideraron la mitad. En relación a los problemas de memoria, vida académica y/o laboral y salud general, se detectó, en contra de lo esperado, que los sujetos del grupo control se percibieron menos afectados en las variables mencionadas que el grupo tratamiento, siendo, según informaron, la adicción una de sus causas. La mayoría de los participantes tenían estudios primarios, se encontraban desempleados y sin mala salud en general (respuesta que invita a la reflexión, por la falta de percepción de trastorno). En relación a los “objetivos a corto plazo”, todos los participantes del grupo tratamiento, a excepción de uno, consideraron haber logrado los objetivos propuestos. En el grupo control, la mitad.

Discusión

El objetivo fundamental del estudio fue que los participantes de PD se desbloquearan y encontraran respuestas y soluciones para afrontar sus problemas. [Mayoral-Gontán y Triviño-Juárez \(2016\)](#) consideran el mantenimiento de la abstinencia un problema importante que puede originar reingresos derivados de las dificultades del paciente para analizar sus emociones complejas y regular su respuesta emocional ([López-Goñi, 2014](#)).

Al inicio de la intervención los participantes mostraron recelo, incertidumbre y gran inestabilidad. Durante el tratamiento, consiguieron cohesionar el grupo así como expresar y compartir experiencias. De esta forma, la psicoterapia grupal constituyó el espacio de relación donde el cambio se hizo posible, teniendo en cuenta los principios de cooperación y aceptación de la parte emocional de los otros ([Romero, 2015](#)).

Las conclusiones principales señalaron un estado de salud mental más bajo que físico, así como una carencia de autopercepción de la patología mental, lo que puede influir en la adherencia al tratamiento y derivar en una rehabilitación más costosa. En cuanto a la regulación emocional, resultaron significativas las dimensiones “atención” y “control”, que señalan la capacidad para la gestión de las emociones (grupo tratamiento). En esta dirección, otros estudios revelan que la existencia de déficits en el procesamiento y regulación de las emociones puede generar trastornos clínicos de personalidad, consumo de sustancias y baja autoestima ([Hervás, 2011](#)). En tercer lugar, las relaciones sociales, fueron consideradas problemáticas al inicio de la intervención, aunque posteriormente mejoraron sustancialmente (grupo tratamiento). En esta línea, [Miller, Bershady y de Wit \(2015\)](#) exponen que el consumo de drogas afecta el comportamiento social y altera la percepción de las emociones en los otros. En esta investigación, la gran mayoría de participantes con PD tienen dos o más trastornos mentales, que afectaban a su personalidad (evitativo, esquizotípico, paranoide, pensamiento psicótico, histriónico, narcisista, etc...) y habían consumido dos o más sustancias estupefacientes (alcohol, cocaína, cannabis, etc...). Con posterioridad a la intervención, se redujeron notablemente estas patologías e incluso casi

desaparecieron, los pacientes obtuvieron alta terapéutica, se mantuvieron en abstinencia (6 meses) y lograron sus objetivos a corto plazo.

Sin embargo, hay que considerar las limitaciones de este trabajo. Se requieren más estudios en los que se aplique el programa, con diferentes muestras de pacientes y en otros contextos, para corroborar y replicar su utilidad terapéutica. Otro aspecto es que la mayoría de los datos provienen de auto-informes, con los sesgos que pueden suponer (subjetividad y deseabilidad social, etc.).

Por último, insistir en la necesidad de seguir investigando en la realización de programas educativos a nivel emocional en pacientes con estos perfiles tan complejos de PD, sobre todo en eficiencia en términos de costes y beneficios, y de esta forma optimizar el éxito terapéutico.

Conflicto de Intereses

La autora de este artículo declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34(1), 74-183. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Simon_BaronCohen/publication/238603356_Theory_of_Mind_in_normal_development_and_autism/links/5475f2d10cf245eb43714199/Theory-of-Mind-in-normal-development-and-autism.pdf
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Recuperado de <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html>
- Casas, M. y Roncero, C. (2016). *Patología dual: fundamentos clínicos y terapéuticos*. Sabadell, España: Marge Books.
- Ellis, A. (1998). La terapia sin excusas. *RET: Revista de Toxicomanías*, 17, 22-27. Recuperado de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET17_5.pdf
- Esfors, H. J., Villar G. M., Rubio P. B., Juan P. M., Romero M. F. Rodríguez, M. N. y García Gómez, T. (2014). Unidad hospitalaria de patología dual grave: un año de experiencia. *Drogodependencias*, 39(1), 34-44. Recuperado de https://www.aesed.com/upload/files/vol-39/n-1/v39n1_2.pdf
- Fernández-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. y Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: a one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4(1), 33. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-33>
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed) (pp. 525-552). New York, NY: Guilford Press.
- Hervás, T. G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19, 347-372. Recuperado de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatolog
- Hervás, T. G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Cacho, R. y Arteaga, A. (2014). Profile of addicted patients who reenter treatment programs. *Substance Abuse*, 35, 176-183. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/0889707.2013.826614>
- Mayoral-Gontán, Y. y Triviño-Juárez, J. M. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Española de Psiquiatría*, 44, 72-78. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/100/ESP/18-100-ESP-72-8-699330.pdf>
- Miller, M. A., Bershad, A. K. y de Wit, H. (2015). Drug effects on responses to emotional facial expressions: recent findings. *Behavioural Pharmacology*, 26, 571-579. <https://doi.org/10.1097/FBP.0000000000000164>
- Reyes, J. (2006). Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14, 533-547.
- Romero, J. C. R. (2015). Psicoterapia grupal en adictos. *LÍMITE Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 3(17), 77-97. Recuperado de <http://limite.uta.cl/index.php/limite/article/view/71/127>
- Sáiz Martínez, P. A., Jiménez Treviño, L., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González M. P., Marina González, P., Al-Halabí, S., ... Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26, 254-274. <https://doi.org/10.20882/adicciones.7>