



El equilibrio emocional como proceso en la recuperación de los trastornos de personalidad y adicciones

Emotional balance as a process of the recovery from personality disorders and addictions

Araceli García Pardo

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

En este trabajo se aborda el efecto de un programa didáctico emocional intensivo en una muestra de 21 pacientes con adicciones y trastorno mental grave en un centro de rehabilitación. Al comienzo de la intervención se reflejaba un bajo nivel de reconocimiento emocional y empatía. Tras el tratamiento, los participantes lograron disminuir los perfiles de personalidad alterados, concretamente, las escalas de índice modificador: deseabilidad social ($p = ,042$) y autodescalificación ($p = ,004$); patrones clínicos: esquizoide ($p = ,009$), evitativo ($p = ,001$) y autodestructivo ($p = ,014$); patología grave de personalidad: esquizotípico ($p = ,001$) y límite ($p = ,021$); y síndromes clínicos graves: pensamiento psicótico ($p = ,005$) y trastorno delirante ($p = ,005$), excepto síndromes clínicos. Además, se mostró una efectividad terapéutica a los 6 meses en la abstinencia y el logro de metas. Los resultados muestran que los tratamientos intensivos son posibles en el campo de la salud mental.

Palabras clave: **Equilibrio; Emociones; Trastornos de la personalidad; Adicciones**

Abstract

This article addresses the effect of an intensive emotional education program on a sample of 21 patients with addictions and serious mental disorders in a rehabilitation center. At the beginning of the intervention, it was reflected a low level of emotional recognition and empathy. After treatment, the participants managed to reduce altered personality profiles, specifically, the index of modification of scales: social desirability ($p = ,042$) and self-disqualification ($p = ,004$); clinical patterns: schizoid ($p = ,009$); avoidant ($p = ,001$) and self-destructive ($p = ,014$); severe personality pathology: schizotypal ($p = ,001$) and borderline ($p = ,021$); and several clinical syndromes: psychotic thinking ($p = ,005$) and delusional disorder ($p = ,005$), except clinical syndromes. In addition, it shows a therapeutic effectiveness at 6 months in abstinence, and achievement of objectives. The results show that intensive treatments are possible in the field of mental health.

Keywords: **Balance; Emotions; Personality disorders; Addictions**

INTRODUCCIÓN

Los problemas de personalidad y salud mental son comunes entre las poblaciones que consumen drogas. Cuando en un mismo individuo concurre al menos un trastorno por consumo y otro psiquiátrico se denomina Patología Dual (PD), aunque no se ha logrado dar una explicación clara y precisa (Torrens, 2008). Tampoco se ha contemplado ni se valora la PD como una enfermedad mental, ya que no existe un criterio unificado para analizar la presencia de esta patología en las actuales clasificaciones de las enfermedades mentales, DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría y CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (Torrijos y Palomino, 2017).

Hoy por hoy, algunos autores señalan que la adicción a las drogas es una enfermedad cerebral en la que intervienen factores individuales, genéticos, neurobiológicos y de personalidad, además de influir en los ambientales, familiares, sociales y psicológicos (Szerman et al., 2016). Otros autores señalan que las personas con trastornos mentales, que sufren alteraciones químicas en el cerebro y en los circuitos cerebrales, son significativamente más crónicas en cuanto a la recuperación que las causas psicosociales (Castro-de Diego y Vicente-Colomina, 2019).

De hecho, la PD se plantea como una compleja combinación de factores biopsicosociales, mecanismos neuroconductuales distintivos y endofenotipos que predisponen a los individuos al uso compulsivo de drogas y otros trastornos mentales. Incluso la misma sustancia puede tener distintos efectos, sensoriales, afectivos, cognitivos y comportamentales en diferentes personas (Szerman y Peris, 2018).

Desde un enfoque epidemiológico de la PD, se confirma la elevada existencia de prevalencia en personas con altos niveles de deterioro biopsicosocial y un mayor riesgo de vulnerabilidad de discapacidad y marginación social (Marín y Szerman, 2015), Provocando así dificultades con graves complicaciones a nivel individual, familiar, laboral y social, produciendo elevados costes socio sanitarios (Arias et al., 2013).

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2013) manifiesta que cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, constituyen trastornos que provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

A nivel psicológico, Amparo Belloch y Héctor Fernández-Álvarez (2010) proponen la personalidad como una característica del individuo. Es decir, una forma de ser propia en la que se identifica como tal a través del tiempo en las diferentes situaciones y relaciones que establece. Si bien los rasgos alterados se mantienen en el tiempo, puede llegar a producir trastornos “patrón de conduc-

tas y de experiencias internas que está generalizado, es estable y se mantiene al menos desde la adolescencia” (Esbec y Echeburúa, 2011, p. 1).

En este trabajo, la personalidad se evalúa desde el modelo integrador de la teoría de Theodore Millon con base evolucionista. Violeta Cardenal et al. (2007b) señalan la personalidad dentro de un continuo que discurre desde lo normal —estilos eficaces, flexibles y adaptables— hasta lo patológico —estilos rígidos y poco adaptativos debido a deficiencias, desequilibrios o conflictos—. James Choca y Seth Grossman (2015) reflejan que el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) se considera una gran contribución al estudio de los trastornos de la personalidad, como se refleja en el DSM-III, cuya estructura continúa en el DSM-V.

Sobre la evaluación de los trastornos de personalidad, en un primer momento, se pensó con el modelo alternativo propuesto en el DSM-V, sección III, como diagnóstico dimensional (para su uso en investigación). Gustavo Figueroa (2019) propone que el DSM-V es clínicamente útil y que se puede aplicar en diferentes áreas culturales. Así, permite favorecer la investigación con la incorporación de nuevos hallazgos empíricos. Además, también permite ser homogenizado terminológicamente con el futuro CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, desde el modelo integrador de la teoría de Theodore Millón, solo se encontraban agrupadas seis categorías (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico). Las restantes cuatro categorías clásicas (paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente) estaban eliminadas en el nuevo modelo debido a su falta de validez. Además se remplazaba el trastorno de personalidad no especificado (APA, 2013).

De esta manera, se optó la evaluación del estudio, mediante el DSM-IV-R modelo multiaxial, que permanece en el DSM-V, en la sección II, basado en los síntomas para su uso en la práctica clínica, de los cuales se identifican los tres grupos que incluyen los diez trastornos de personalidad específicos que se muestra en este trabajo: La A (extraña o excéntrica), la B (teatral, emocional o errática), y la C (ansiosa o temerosa). Aunque algunos autores consideran que puede establecerse mayor comorbilidad entre los trastornos, determinar con más frecuencia trastornos de personalidad no especificados y que la misma persona pueda tener múltiples trastornos de personalidad (Esbec y Echeburúa, 2011).

Para la adquisición del equilibrio emocional en este trabajo, se requiere gestionar y regular las emociones. Kateri McRae y James Gross (2020) proponen la regulación emocional como intentos de influir en las emociones en nosotros mismos y en los demás, siendo un proceso por el cual la persona influye sobre

las emociones que tiene, cuándo las tiene, cómo las experimenta y las expresa (Gross, 2013). Además, tiene como función esencial modular la respuesta emocional con el fin de lograr un objetivo relevante para el individuo (Gross, 2015).

De hecho, cuando los procesos emocionales se tornan disfuncionales, pueden generar problemas en su regulación y, eventualmente, trastornos clínicos (Hervás, 2011). Un ejemplo de prototipo de perfil que puede tener mayores problemas en la gestión emocional son personas con adicciones (Jauregui et al., 2016).

El proceso ligado a la percepción y acción forma la base de nuestra experiencia diaria e interacción con el mundo (Campbell et al., 2018). Desde esta perspectiva, la intervención de este trabajo de investigación se aborda desde el enfoque teórico emocional-cognitivo-conductual en formato grupal. Concretamente, desde la Teoría Racional Emotiva Conductual TREC de Albert Ellis (1998). Según este autor, esta terapia se puede utilizar con gran variedad de pacientes, y permite al individuo tanto alcanzar una mayor comprensión de sí mismo y de los demás como cambiar algunos patrones de personalidad. Es decir, el individuo es responsable de las percepciones y concepciones erróneas que le causen malestar.

En la TREC, los problemas se estructuran en términos ABC. A = situación; B = pensamientos irracionales, y C = consecuencias emocionales y conductuales. Este planteamiento se suele realizar mediante cuestionarios o registros, aunque en este trabajo se efectúa directamente a través de la expresión verbal, por ser un método más acorde al perfil de estudio. Es decir, para algunos participantes les supone un gran esfuerzo registrar por escrito lo que piensan porque tienen dificultades en cómo expresar lo que sienten. Sin embargo, al hablarlo como una conversación natural no lo perciben como un esfuerzo añadido.

Según Ellis (2018), las creencias irracionales del momento son consideradas el principal determinante de los problemas. Para ello, el autoaceptarse y comprender permite tomar conciencia de que no existen pruebas que apoyen las ideas irracionales y, en cambio, sí existe evidencia de que mantenerlas les perjudica, por lo que, este proceso facilita modificar las creencias limitantes. Para ello, se requiere dedicación y esfuerzo, así como consolidar pensamientos realistas-adaptativos “D” y mantener nuevas actitudes racionales en la forma deseada “E”.

El proceso de equilibrio emocional se ha llevado a cabo mediante el programa piloto de Tratamiento Emocional Conciso Integral (TECI), que facilita desarrollar la estabilidad emocional en pacientes de PD (García-Pardo, 2018), con una

metodología teórico-práctica, basada en una exposición mínima de contenidos básicos, claros y concisos. En concreto, el programa refleja una postura integradora basada en cinco supuestos. En primer lugar, la teoría del Aprendizaje por Descubrimiento de Jerome Seymour Bruner (1960/1977), en segundo, el enfoque de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC, Ellis, 1998), en tercer lugar, el modelo Humanista de Carl Rogers (1977), en cuarto, la Teoría del Cambio de la Terapia Breve Estratégica (TBE) de Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1999) y, por último, en quinto lugar, de la Psicología Positiva de Martin Seligman (1998).

El programa TECI permite que los individuos dirijan sus emociones a través de las propias experiencias, creencias y valores, modificando las percepciones erróneas. Así, los sujetos de PD con puntuaciones graves en los perfiles de personalidad tienen oportunidad de disminuir las puntuaciones alteradas, incluso llegar a normalizarlas.

Por tanto, el objetivo del presente estudio es analizar el efecto de una metodología didáctica emocional intensiva en la recuperación de los perfiles de personalidad afectados. Se expone como hipótesis: “si los participantes del estudio consiguen disminuir los valores elevados de los rasgos de personalidad alterados hasta normalizarlos, adquirirán equilibrio emocional”. Es decir, obtener una gran mejora en su salud general que les permitirá hacer frente a sus grandes desafíos y responsabilidades cotidianas que se les presenten.

MÉTODO

Participantes

La muestra representativa de este estudio, con más de una adicción (cocaína más alcohol, etc.) y más de un trastorno de personalidad, estuvo formada por 21 usuarios, casi todos varones, excepto tres mujeres del centro de día que se encontraban al inicio del tratamiento de rehabilitación por adicción derivados de los servicios de la zona (unidad de conductas adictivas y de alcohol). Según las características demográficas de la muestra, la mayoría son solteros con nivel educativo de primaria y desempleados. Se seleccionaron los grupos de forma intencional por su accesibilidad y actividades al centro, entre los años 2014 y 2015. El criterio de inclusión era participar de forma voluntaria, tener más de dieciocho años, estar abstinentes dos semanas antes del tratamiento y cumplimentar hoja de consentimiento informado. Como exclusión, se tomó en cuenta la falta de entendimiento del lenguaje hablado y escrito.

Instrumentos

Para indagar las cuestiones relacionadas con los problemas que hacían que se mantuvieran con sus patologías, se utilizó la *Entrevista motivacional por objetivos* (EOSP; *Brief Focused Solving Problems*) de Steve Shazer (1975), adaptada por Jacobo Reyes (2006), y que se adaptó a los participantes. En su versión original presenta cuatro apartados: I. datos biográficos (personales); II. determinación del problema (necesidades de intervención detectadas); III. formulación de metas; y IV. soluciones previas (intentadas) y desarrollo de nuevas propuestas, que favorece una disposición al cambio.

El resultado de la entrevista se evalúa mediante tres etapas: la primera, de exploración inicial, pretende generar una relación personal caracterizada por el contacto, la confianza y la sugestión positiva. La estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente. La segunda, consiste en la investigación diagnóstica a través de la cual realizar la anamnesis del sujeto. Y la tercera, por último, consiste en la determinación de objetivos terapéuticos.

Para la presente investigación, se adaptó esta entrevista (EOPS), abreviando y modificando algunos términos para facilitar su entendimiento y cumplimentación. Se exponen los problemas, los intentos previos fallidos, las nuevas propuestas de solución y las metas realistas que deseaban alcanzar, reflejando finalmente cómo se percibirían si lo lograran.

En cuanto a evaluar los rasgos de personalidad y psicopatología se aplicó el *Inventario clínico multiaxial de Millon* (MCMI-III, Millon et al., 1997), cuya adaptación española corrió a cargo de Violeta Cardenal et al. (2007a). Respecto a nivel psicométrico, la fiabilidad en la muestra original y la de la población española son similares, con coeficientes de alfa de Cronbach de las escalas clínicas que oscilan desde ,66 para la escala 7 (“compulsivo”), hasta ,90 para la escala CC (“depresión mayor”). Además, los valores de los coeficientes alfa superan el ,80 en 20 escalas. Los 175 elementos que la integran se estructuran en 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 de rasgos patológicos, 7 de síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. Todas las escalas se evalúan a partir de cierto número de elementos que tienen un carácter dicotómico, en todos los casos, entre “verdaderos” y “falsos”. Se exploran tanto los aspectos estables (rasgos) como las características más transitorias (estados).

El MCMI-III se vertebra en torno a dos ejes. El eje I, se refiere a los síndromes clínicos (SC). En concreto, evalúa los trastornos de ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia de alcohol y dependencia de Sustancias. Este mismo eje I, como síndromes clínicos graves (SCG), incorpora los trastornos de

pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante. En cuanto al eje II, evalúa los patrones clínicos de personalidad (PCP) tales como el esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, pasivo-agresivo y autodestructivo. Dentro de este eje II se evalúan también patologías graves de personalidad (PGP) como el esquizotípico, límite y paranoide, además de un Índice modificador (IM) que engloba la deseabilidad social y la autodescalificación.

Para conocer la capacidad de reconocimiento emocional se utilizó el *Test de los ojos* (Baron-Cohen et al., 2001; *Test revised version*). Se exponen, mediante un Power Point, 36 fotografías en blanco y negro (región de los ojos de hombres y mujeres) que expresan sentimientos o pensamientos que surgen de la interacción social y del grado de empatía. El sujeto debe leer la mirada y elegir entre cuatro palabras que represente el estado mental de la imagen y marcarlo en una hoja de registro. El número de aciertos se hallarían entre 1 a 36 puntuaciones.

Finalmente, se empleó una *Encuesta final* (ad hoc) que refleja la opinión de los sujetos acerca de la salud física y de la salud mental, así como de corroborar si se llegan a alcanzar las metas planteadas en la entrevista.

Procedimiento

La información sociodemográfica y el historial terapéutico de los participantes con PD se obtuvo consultando las historias clínicas. A pesar de llevar tratamiento terapéutico (individual, grupal, familiar y farmacológico), se hallaban emocionalmente inestables, es decir, continuaban sin solucionar sus problemas. Para ello, se comprobó que los participantes previamente a la intervención tenían elevadas puntuaciones en los rasgos de perfiles de personalidad, mostrándose con gran afectación en la mayoría de los contextos, sin mantener el equilibrio de sus anhelos y su realidad.

La elaboración, el desarrollo del programa, la intervención grupal y su evaluación, lo llevó a cabo el mismo profesional psicólogo clínico educativo. Así mismo, la investigación se efectuó mediante previa autorización del coordinador de la institución y la colaboración de aquellos profesionales que podían estar implicados en el estudio. La comprobación del mantenimiento de la abstinencia se verificó a través de controles de micción (prueba habitual diariamente realizada).

Debido a las limitaciones de tiempo para implementar el programa TECI, se organizaron nueve sesiones intensivas (aplicando un protocolo de confidencialidad y anonimato) para evaluar e investigar si el proceso pudiera ser satisfacto-

rio en un período tan breve de tiempo. Cada sesión duró aproximadamente 60 minutos y el tratamiento se llevó a cabo de la siguiente manera:

La primera sesión fue una entrevista motivadora que facilitó la adhesión al programa, reflejando que el esfuerzo y la perseverancia afectarían los resultados y que esta era una oportunidad para lograr las metas. Además, se aplicó el cuestionario Millon-III para evaluar los rasgos de personalidad y confirmar las patologías. La segunda, se inició con definiciones y nociones básicas sobre el desarrollo emocional. En la tercera, se evaluó el reconocimiento emocional con la aplicación de la prueba ocular. El manejo emocional fue presentado en la cuarta sesión, donde se exponían los conflictos y las habilidades requeridas para su afrontamiento, a través de supuestos reales que ellos mismos habían experimentado. El control de las emociones se expuso en la quinta sesión, en la que se mostró el término de descontrol y sus causas, además de gestionar las emociones, mediante instrucciones de cómo actuar con las técnicas de autocontrol presentadas con ejemplos que exponían los propios participantes. En la sexta, se revisaron las sesiones anteriores y se mostró el abordaje de la falta de control emocional. La séptima sesión trató los aspectos relacionados con las repercusiones emocionales. En la octava sesión se trabajó la resolución de problemas. Es decir, ser consciente de la existencia del problema, definiendo los pasos necesarios a seguir, junto a estrategias de cómo abordarse mediante la toma de decisiones, comprobando las soluciones. En esta ocasión, se solicitó a los participantes que trajeran un problema que consideraban grave y que desearan compartir para trabajar lo aprendido y conseguir la mejor solución. En la sesión final (novena) se volvió administrar la prueba Millon-III para evaluar el efecto del tratamiento y terminó con el pase de una encuesta.

Respecto a la corrección de los protocolos del Millon-III, se realizó de manera informatizada, de forma que, a partir de la introducción de las respuestas que el sujeto ha proporcionado, se obtienen automáticamente las tasas base de todas las escalas y el perfil gráfico del sujeto. El nivel de diagnóstico interpretativo (puntos) determina en qué escalas las puntuaciones se pueden considerar elevadas y qué diagnóstico, consecuentemente, debe realizarse. En el eje II, en cualquiera de las escalas que lo integran, una puntuación “prev” de 75, puede considerarse indicio de la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos. A partir de un “prev” de 85 o superior, se trataría de una patología suficientemente predominante como para denominarse propiamente trastorno de personalidad. Sin embargo, en el eje I, según refiere la prueba, una “prev” de 75 muestra presencia de un síndrome, y una de 85 o más indica su prominencia.

Análisis de datos

El estudio se realizó con un diseño cuasi-experimental transversal y longitudinal. El tratamiento de los datos fue realizado mediante el programa SPSS-20. Se comprueba la fiabilidad del instrumento en las relaciones del Millon-III entre el pre y pos-test (α de Cronbach). Se verifica si el tratamiento ha sido efectivo mediante Wilcoxon, donde se fija a priori que la existencia de diferencias estadísticamente significativas es de un nivel de significación $p < ,05$ y muy significativos cuando $p < ,01$, además de tener en cuenta el tamaño del efecto de la muestra (d de Cohen).

RESULTADOS

A través de la entrevista se pone de manifiesto que los problemas que se plantean con más frecuencia son los de la dependencia, el trastorno mental y los judiciales. Respecto a las personas de su entorno afectadas, siempre se menciona a los familiares más próximos. El objetivo a corto plazo más recurrente es independizarse, controlar la adicción y solucionar problemas. En cuanto a las soluciones intentadas, destaca la búsqueda de apoyo en diferentes instituciones, así como el control y fortalecimiento del carácter. Entre las nuevas propuestas de solución se encuentran el cambio de actitud en la modificación de los hábitos, utilizar estrategias personales (voluntad, esfuerzo...), recuperar la familia, expresar los sentimientos y mantenerse ocupado. Finalmente, los participantes se ven, en un futuro próximo y en caso de alcanzar sus objetivos, con mayor fortaleza, tranquilidad, bienestar y calidad de vida.

Con relación a los resultados de los perfiles del Millon-III, se analizó de manera específica la personalidad de los participantes comparados entre el pre y post tratamiento y se observó una gran mejoría en determinadas escalas de personalidad, mostrado en la tabla 1.

Entre los datos más destacados (ver tabla 1) se encuentran ciertas escalas de personalidad que muestran diferencias estadísticamente significativas en las mismas. Concretamente, en deseabilidad social, autodescalificación, esquizoide, evitativo, autodestructivo, esquizotípico, límite, pensamiento psicótico y trastorno delirante.

Previamente a la realización de los análisis diferenciales se llevó a cabo la valoración de la fiabilidad de todos los perfiles a través del coeficiente α de Cronbach de consistencia interna, obteniendo fiabilidad muy satisfactoria (un total de 17 muestran α de Cronbach superior a ,70 y en muchos casos a ,80). El resto, presentan una fiabilidad moderada (entre ,50 y ,66) y tres con fiabilidad

des bajas (integrada sólo por tres ítems: validez ,45, compulsivo ,30 y bipolar ,43).

| | Media Pre-test | SD Pre-test | Media Post-test | SD Post-test | Z _w | p |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|--------------------|-----------------|----------------|---------|
| Índice Modificador | | | | | | |
| Deseabilidad Social | 50,10 | 21,171 | 43,38 | 23,442 | -2,037 | *,042 |
| Autodescalificación | 68,81 | 18,530 | 65,52 | 13,359 | -2,897 | *,004 |
| Patrones Clínicos | | | | | | |
| Esquizoide | 73,81 | 11,426 | 66,90 | 8,227 | -2,599 | *,009 |
| Evitativo | 91,00 | 14,680 | 78,10 | 12,798 | -3,291 | ** ,001 |
| Dependiente | 63,67 | 22,615 | 55,05 | 27,467 | -1,755 | ,079 |
| Histriónico | 69,48 | 11,847 | 66,14 | 20,011 | -1,270 | ,204 |
| Narcisista | 78,57 | 19,798 | 73,52 | 17,662 | -,904 | ,366 |
| Antisocial | 82,86 | 19,709 | 75,71 | 15,232 | -1,652 | ,098 |
| Agresivo-Sádico | 77,76 | 15,649 | 73,38 | 16,222 | -1,370 | ,171 |
| Compulsivo | 48,81 | 17,537 | 47,05 | 16,966 | -,635 | ,525 |
| Pasivo-Agresivo | 67,38 | 27,602 | 59,57 | 26,064 | -1,564 | ,118 |
| Autodestructivo | 80,95 | 12,627 | 69,57 | 17,792 | -2,470 | *,014 |
| Patología severa Personalidad | | | | | | |
| Esquizotípico | 85,29 | 23,305 | 72,00 | 19,807 | -3,403 | ** ,001 |
| Límite | 72,81 | 22,292 | 65,81 | 17,851 | -2,317 | *,021 |
| Paranoide | 72,29 | 18,868 | 65,52 | 17,209 | -,830 | ,407 |
| Síndromes Clínicos | | | | | | |
| Ansiedad | 67,24 | 18,926 | 61,95 | 18,459 | -1,289 | ,198 |
| Somatomorfo | 58,52 | 8,976 | 59,84 | 12,640 | -,037 | ,970 |
| Bipolar | 57,48 | 14,925 | 54,81 | 14,306 | -,805 | ,421 |
| Distimia | 60,90 | 22,676 | 53,19 | 21,780 | -,175 | ,079 |
| Dependencia Alcohol | 57,48 | 23,746 | 52,29 | 17,667 | -1,270 | ,204 |
| Dependencia Drogas | 00,62 | ,498 | 1,38 | 2,459 | -,794 | ,427 |
| Síndromes Severos | | | | | | |
| Pensamiento Psicótico | 78,00 | 19,877 | 65,24 | 15,492 | -2,780 | *,005 |
| Depresión Mayor | 61,24 | 9,241 | 60,14 | 6,498 | -,808 | ,419 |
| Trastorno Delirante | 68,15 | 13,847 | 57,86 | 16,650 | -2,799 | *,005 |

Nota: (*). * p < ,05. **p < ,001.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y pruebas de Wilcoxon de las escalas de los perfiles del Millon-III entre el pre y el post (n = 21)

A nivel individual, la mayoría de los participantes, en el primer pase del Millon-III, mostraron presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos (> 75) y trastornos de personalidad (> 85) en el eje II, incluso, llegando a puntuaciones máximas (115) con presencia de síndromes (> 75) y prominencia (> 85) en el eje I. Sin embargo, después del tratamiento, se comprueba la restauración de valores normales en el segundo pase, a excepción de tres participantes que se mantuvieron con algunas puntuaciones alteradas.

Para confirmar los efectos de las escalas evaluadas se realizaron una serie de comparaciones entre las medias obtenidas por los sujetos y su correspondiente tamaño del efecto, entre el pre y el pos-test en los cinco perfiles que integran el instrumento de personalidad, observándose una disminución sobre la media general de los participantes en todos los perfiles. Los estadísticos básicos se reflejan en la tabla 2.

| Promedio | Grupo | Media | DT | Mínimo | Máximo | ZW | p | d |
|----------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|------|-------|
| ÍM | Pre | 59,45 | 19,08 | 20,00 | 95,50 | -2,43 | ,015 | 0.379 |
| | Post | 52,45 | 19,82 | 25,00 | 100,00 | | | |
| PCP | Pre | 73,67 | 14,57 | 49,40 | 103,50 | -2,576 | ,010 | 0.485 |
| | Post | 66,50 | 14,96 | 35,80 | 105,80 | | | |
| PGP | Pre | 76,72 | 19,06 | 49,00 | 113,00 | -2,816 | ,005 | 0.511 |
| | Post | 67,78 | 15,88 | 36,67 | 115,00 | | | |
| SC | Pre | 53,38 | 14,83 | 24,40 | 90,60 | -1,899 | ,058 | 0.199 |
| | Post | 55,46 | 14,48 | 22,00 | 98,20 | | | |
| SCG | Pre | 69,12 | 12,80 | 44,33 | 94,00 | -3,007 | ,003 | 0.666 |
| | Post | 61,07 | 11,35 | 36,67 | 93,00 | | | |

Nota: IM = Índice Modificador. PCP = Patrones clínicos de personalidad.

PGP = Patología grave de personalidad. SC = Síndromes clínicos. SCG = Síndromes clínicos graves.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y Pruebas de Wilcoxon de los perfiles del Millon-III entre el pre y el post (n = 21)

Los resultados corroboran los datos obtenidos a nivel individual de las escalas que señalan diferencias significativas en cuatro de los cinco perfiles del Millon-III (ver Tabla 2). En concreto, el perfil en el que no se detectan diferencias estadísticamente significativas es en “síndromes clínicos” que pertenecen a las escalas de trastornos de ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia de alcohol y dependencia de sustancias, considerándose éstas últimas solo a nivel descriptivo, porque uno de los criterios del programa era mantenerse en abstinencia los primeros quince días de tratamiento. Por ello, los valores alcanzados fueron muy bajos en todos los casos.

El perfil índice modificador del Millon-III contiene las escalas de validez y sinceridad que se analizaron aparte para no afectar los resultados. Sobre la validez en el pre-test, los resultados fueron inválidos, excepto en un participante. En el pos-test, unos cuantos pasaron a ser válidos, aunque menos de la mitad de los evaluados. Todos reflejaron sinceridad salvo un cuestionario.

Por tanto, en el resto de los perfiles se han reducido significativamente las puntuaciones mostradas por los sujetos en el post frente al pre. Igualmente, se ha de resaltar el efecto del tamaño de la muestra con puntuaciones bajas a

moderadas, siendo estas relevantes en las variables de este estudio por la importancia en términos prácticos (e. g., restablecimiento de los trastornos por el tratamiento).

En cuanto a la capacidad de reconocer emociones, la aplicación del *test de los ojos* permitió valorar la situación que presentaban los participantes y cómo podía afectar a su recuperación. Concretamente, el número de aciertos alcanzados se encontró entre una puntuación mínima de 14 y una máxima de 31 sobre 36 puntos, dando como resultado una disminución ($M = 20.14$, $DT = 4.87$) sobre la media general del instrumento (≥ 23).

Respecto a la *encuesta*, físicamente se encontraron bien y la mayoría no manifestaban problemas de salud mental. En la fase previa de la entrevista las relaciones sociales no eran buenas. Sin embargo, al final del tratamiento la mayor parte de los sujetos las mejoraron, además de confirmarse la abstinencia, recuperación y el logro de sus metas.

DISCUSIÓN

En este trabajo se ha demostrado que las deficiencias en las habilidades de regulación de las emociones son parte integral del desarrollo y mantenimiento de una amplia gama de trastornos mentales (Berking et al., 2008). Ser capaz de regular las emociones de forma flexible es fundamental para el funcionamiento adaptativo a lo largo de la vida (Helion, et al., 2019).

Javier Sánchez (2021) plantea la regulación emocional como factor clave tanto para la prevención como la intervención en la adicción. En esta misma línea, Mercedes Pedreira (2021) propone que la sustancia toma la función de estabilizar y regular ante el dolor emocional. Otros autores demostraron que la conciencia, expresión y regulación de las emociones son particularmente difíciles para las personas con TUS y esto puede mantener su consumo de sustancias (Dingle et al., 2018). De modo que regular emociones puede mediar la relación de bienestar-recaída (Clarke et al., 2020).

Es importante destacar la necesidad de una formulación psicológica (en lugar de o además del diagnóstico psiquiátrico) junto a evaluaciones y tratamientos individualizados basados en la evidencia (Echeburúa et al., 2010). Este trabajo puede ser tomado como ejemplo de ello. También la TREC de Ellis (1998), donde las creencias modificadas permiten lograr un estado de equilibrio emocional que facilita el logro de los objetivos, si bien no está exento de complicaciones ni limitaciones.

La aportación del modelo de la teoría de Theodore Millon sobre los rasgos y perfiles de personalidad también pone de relieve dicha necesidad de formula-

ción psicológica. Además, no menos importante, la aplicación del programa novedoso TECI que interviene en los sujetos para gestionar y regular las emociones, sobre todo, en el contexto de intervención grupal, puesto que genera la oportunidad de integrar los estados afectivos (Romero, 2008).

Todas estas herramientas mencionadas han sido imprescindibles para llevar a cabo el trabajo de campo, en el cual se plantearon algunos desafíos en esta investigación. Por un lado, se tuvo que adaptar la metodología de la TREC al perfil del estudio. Es decir, no realizarse por registro, sino a través de la experiencia personal expresada directamente de forma verbal al grupo. Se optó por este método de intervención porque favorecía una mayor eficacia en el tratamiento, dado que la mayoría de los participantes presentaban ciertas alteraciones neuropsicológicas y neurobiológicas por un consumo de sustancias en edades tempranas y abuso a largo plazo (Yücel et al., 2007).

Por otro, la obtención de la muestra no fue tarea fácil, puesto que se requería que fueran pacientes graves con doble patología. Es decir, conforme se incorporaban a la institución se iban generando los grupos, por lo que podían tardar en constituirse. Y esta situación podía llevar a la impaciencia, a la falta de perseverancia y producirse negatividad al no poder disponer de los grupos como se pretendía.

También se encontraron algunos participantes que desafiaban, pero se dieron cuenta de que era una oportunidad de aprender a mejorar y crecer como personas. Posteriormente no ocurrieron problemas en ese sentido, aunque si hubo una circunstancia personal entre dos personas conflictivas que se conocían de antemano y no deseaban compartir grupo. Era algo esperable que podía suceder y se hallaba contemplado en la intervención, por lo que es de gran relevancia que la actitud del profesional evite realizar juicios de valor, y que se contemple como un guía facilitador en la escucha reflexiva, que es clave del entendimiento, reflejando con claridad que para modificar creencias se requiere previamente una crisis necesaria para promover los cambios y pasar a la acción.

Es destacable la insuficiente bibliografía sobre equilibrio emocional en PD, tanto para disponer de información para plantear la introducción, como para después compararla con los resultados. Pese algunas dificultades, los conocimientos aportados revelan una gran información que aporta una mejora en la calidad de vida de las personas. Esta contribución, a pesar de considerarse un reto, ha sido viable.

CONCLUSIONES

Lo expuesto en este trabajo permite obtener las siguientes conclusiones:

- 1) La afectación de los trastornos mentales en la PD pasa por una serie de alteraciones en las diferentes escalas de personalidad. Sin embargo, los participantes PD llegan al desbloqueo y al encuentro de respuestas que les permite ser capaces de afrontar los problemas. Mediante la comprensión de lo que les sucede, se empoderan (recursos y habilidades) para realizar el cambio, con miras a conseguir los objetivos. Es lo que Giannino Ulivi (2000) considera como “estrategias de enganche” que permiten al paciente hacer propias sus metas, estimulando además su cooperación para fomentar los aspectos positivos, centrando la atención sobre modelos ligados a la solución más que al problema.
- 2) La entrevista motivacional por objetivos refleja las necesidades a cubrir por los participantes, facilitando así su ejecución y, a través de la encuesta, se confirma lo que ellos auto-proponen.
- 3) Según los resultados encontrados, al inicio del tratamiento se comprobó, mediante el test de los ojos de Simon Baron-Cohen (2001), que los participantes tenían un poco disminuida la capacidad empática y de reconocimiento de emociones. Al no hallar investigaciones con pacientes similares, no se pudo comparar dichos resultados.
- 4) En cuanto a la evaluación de personalidad, se hallaron algunos cuestionarios inválidos. En esta línea, Theodore Millon et al. (1997) planteaban que algunos cuestionarios podían resultar inválidos y que la interpretación debía realizarse con cautela.
- 5) Los participantes mejoraron en deseabilidad social y en la evaluación de sí mismos, aunque al inicio reflejaban problemas que los podía llevar a manifestar un nivel de angustia y agitación emocional.
- 6) Respecto a los *Patrones Clínicos* hubo una excelente mejora del trastorno evitativo, favoreciendo que los participantes se mostraran más confiados sin estar en un estado de alerta latente, a expresar y no negar los sentimientos y a aproximarse e interactuar de manera interpersonal. Además, fue muy significativo, en el trastorno esquizoide, el aumento del deseo y la capacidad para experimentar placer, teniendo en cuenta sus necesidades y siendo observadores más activos de las demandas de los demás. También hubo cambios sustanciales en el “trastorno autodestructivo”, suprimido en el DSM-IV —y que se corresponde al DSM-III-R con personalidad

masoquista— donde, finalmente, se muestran menos serviciales y auto sacrificados, evitando que se aprovechen de ellos.

- 7) Cuando se hace referencia a la *Patología Grave de personalidad*, se verifica el transcendental cambio en el trastorno esquizotípico, adquiriendo una adecuada orientación cognitiva e interpersonal, con un contacto social afectivo que les permite ser más proactivos emocionalmente. Igualmente, en el trastorno límite hubo una gran mejoría en los defectos estructurales graves de los diversos estados de ánimo endógenos como depresión, rachas de ira o ansiedad, excluyendo pensamientos de suicidio y de ambivalencia, así como mejorando el sentido claro de identidad.
- 8) Por último, los datos recogidos sobre los *Síndromes Clínicos Graves* se manifestaron reveladores en pensamiento psicótico—clasificado de forma habitual como esquizofrénica, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes—según la extensión y curso del problema. Aparece gran mejoría con un comportamiento congruente, organizado, sin confusión y orientado, con afectos apropiados, sin alucinaciones dispersas y delirios. Asimismo, hubo un gran progreso del trastorno delirante —con frecuencia considerado paranoide agudo— en el que reflejó la falta de delirios irracionales (celotipia, persecutoria, etc.), trastornos de pensamiento e ideas de referencia. De hecho, los participantes se manifestaban con buen estado de ánimo, sin tensión, ni expectación.

Por consiguiente, los resultados corroboran que el tratamiento redujo la severidad de los perfiles graves de personalidad, con excepción de los síndromes clínicos. En esta misma dirección, y aunque la intervención fuera con diferente programa, Esperanza Vergara et al. (2013) encontraron, en comunidades terapéuticas, una reducción de la severidad media de las puntuaciones en la mayoría de las dimensiones de personalidad, después de tres meses de tratamiento.

En otro estudio relacionado con tratamientos por conductas adictivas —que fueron evaluadas, junto los patrones graves de personalidad, mediante el inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II)— una tercera parte resultaron con trastorno esquizotípico, límite, antisocial y evitativo, si bien algo menos de la mitad no presentaba ningún patrón problemático (Pedrero-Pérez, 2018). Los resultados del estudio anterior solo coinciden con esta investigación en los trastornos anteriores expuestos. Sin embargo, cuando existe PD, suele darse afectación en la mayoría de los patrones de personalidad.

Otro trabajo interesante mostró que los individuos con rasgos de personalidad patológicos poseen conocimientos de niveles reales de su deterioro asociado (Sleep et al., 2019). Esta afirmación, dada por estos autores, ha sido de gran

ayuda en este trabajo a la hora de intervenir y realizar el programa de tratamiento.

Con todo lo expuesto, se confirma la hipótesis planteada de lograr disminuir los valores elevados de los rasgos de personalidad alterados hasta normalizarlos en la mayoría de los participantes del estudio. Aunque alcanzar un estado de equilibrio emocional puede considerarse un desafío, es posible cuando se consigue modificar creencias limitantes y lograr las metas.

En conclusión, los datos obtenidos revelan que un tratamiento emocional intensivo es viable como propuesta en la recuperación de las escalas de los trastornos de personalidad logrando el mantenimiento de la abstinencia junto a una eficacia terapéutica considerable a los 6 meses, si bien dichas interpretaciones deben realizarse con moderación. Para futuras investigaciones, se recomienda hacer estudios longitudinales con un mayor tamaño muestral y aleatorio, para poder evaluar el equilibrio emocional mantenido en el tiempo, además, de la puesta en práctica para corroborar y replicar su utilidad terapéutica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
https://doi.org/10.1007/springerreference_179660
- Arias, Francisco; Szerman, Nestor; Vega, Pablo; Mesias, Beatriz; Basurte, Ignacio; Morant, Consuelo; Ochoa, Enriqueta; Poyo, Félix & Babín, Francisco (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127. <https://doi.org/10.20882/adicciones.59>
- Baron-Cohen, Simon; Wheelwright, Sally; Hill, Jacqueline; Raste, Yogini & Plumb, Ian (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>
- Belloch, Amparo & Fernández-Álvarez, Héctor (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. Síntesis. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3937>
- Berking, Matthias; Wupperman, Peggilee; Reichardt, Alexander; Pejic, Tanja; Dippel, Alexandra & Znoj, Hansjörg (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Bruner, Jerome Seymour (1960/1977). *The process of education*. Harvard UP.
- Campbell, Megan E. J.; Mehrkanoon, Steve & Cunnington, Ross (2018). Intentionally not imitating: Insula cortex engaged for topdown control of action mirroring. *Neuropsychologia*, 111, 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.01.037>

- Cardenal, Violeta; Sánchez, María & Ortiz-Tallo, Margarita (2007a). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. TEA Ediciones. http://web.teaediciones.com/Ejemplos/Informe_MCMI-III_Caso_Ilustrativo.pdf
- Cardenal, Violeta; Sánchez, María Pilar & Ortiz-Tallo, Margarita (2007b). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivo/2007/18/3>
- Castro-de Diego, Soraya E. & de Vicente-Colomina, Aida (2019). Atribución causal y creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio. *Clínica y Salud*, 30, 81-90. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a13>
- Choca, James P. & Grossman, Seth D. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of personality assessment*, 97(6), 541-549. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055753>
- Clarke, Philip B.; Lewis, Todd F.; Myers, Jane E.; Henson, Robert A. & Hill, Brent (2020). Wellness, Emotion Regulation, and Relapse During Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Counseling & Development*, 98(1), 17-28. <https://doi.org/10.1002/jcad.12296>
- Dingle, Genevieve A.; Neves, Diana Da Costa; Alhadad, Sakinah S. & Hides, Leanne (2018). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 186-202. <https://doi.org/10.1111/bjc.12168>
- Echeburúa, Enrique; Salaberría, Karmele; de Corral, Paz & Polo-López, Rocío (2010) Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- Ellis, Albert (1998). La terapia sin excusas. *RET: Revista de Toxicomanías*, 17, 22-27. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET17_5.pdf
- Esbec, Enrique & Echeburúa, Enrique (2011) La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas españolas de Psiquiatría* 39(1), 1-11. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082014000300008>
- Figuroa, Gustavo (2019). The definitive inclusion of psychiatry in medicine? *Revista médica de Chile*, 147(4), 475-479. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000400475>.
- García-Pardo, Araceli (2018). El Desarrollo de la estabilidad emocional en patología dual: una propuesta de intervención breve. *Clínica y Salud*, 29(3), 133-137. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a19>.
- Gross, James J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Gross, James J. (2015) Regulación de la emoción: estado actual y perspectivas futuras. *Investigación psicológica*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Helion, Chelsea; Krueger, Sydney M. & Ochsner, Kevin N. (2019). Regulación de las emociones a lo largo de la vida. *Manual de neurología clínica*, 163, 257-280. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804281-6.00014-8>

- Hervás, Gonzalo. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347-372. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Herv%C3%A1s_19-2r.pdf
- Jauregui, Paula; Estévez, Ana & Urbiola, Irache (2016). Pathological Gambling and Associated Drug and Alcohol Abuse, Emotion Regulation, and Anxious-Depressive Symptomatology. *Journal of behavioral addictions*, 5(2), 251-60. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.038>
- Marín Navarrete, Rodrigo & Szerman, Nestor (2015). Rethinking the addictions concept: steps towards the dual pathology. *Salud Mental*, 38(6), 395-396. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.060>
- McRae, Kateri & Gross, James J. (2020). Emotion regulation. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Millon, Theodore; Davis, Rogers & Millon, Carrie M. (1997). *MCMI-III: Inventario clínico multiaxial de Millon-III: Manual*. TEA Ediciones.
- Nardone, Giorgio & Watzlawick, Paul (1999). *Arte del Cambio*. Herder.
- Pedreira Quiroga, Mercedes (2021). Desenredando el ovillo: De la dependencia a las sustancias a la confianza en la relación. *Revista De Psicoterapia*, 32(118), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.488>
- Pedrero-Pérez, Eduardo J. (2018). Trastornos de la personalidad en personas con adicción: conglomerados diagnósticos y variables psicológicas asociadas. *Psicología Conductual*, 26(3), 473-494. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/12/05.Pedrero_26-3r.pdf
- Reyes, Jacobo (2006). Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 533-547. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/11.Reyes_14-3oa.pdf
- Rogers, Carl R. (1977). *Carl Rogers on personal power*. Delacorte.
- Romero, Juan Carlos (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *LÍMITE Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 3(17), 77-97. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83601704.pdf>
- Sánchez Alonso, Javier (2021). Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática. *MLS Psychology Research* 4(1), 59-78. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.597>
- Seligman, Martin (2012). *Positive psychology in practice*. John Wiley & Sons.
- Shazer, Steve (1975). Brief therapy: Two's company. *Family Process*, 14(1), 79-93. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1975.00079.x>
- Sleep, Chelsea E.; Lamkin, Joanna; Lynam, Donald R.; Campbell, W. Keith & Miller, Joshua D. (2019). Personality disorder traits: Testing insight regarding presence of traits, impairment, and desire for change. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(2), 123-131. <https://doi.org/10.1037/per0000305>
- Szerman, Nestor & Peris, Lola (2018). Precision Psychiatry and Dual Disorders. *Journal of dual diagnosis*, 14(4), 237-246. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1512727>

- Szerman, Nestor; Roncero, Carlos & Casas, Miguel (2016). *Protocolos de intervención en patología Dual*. Edikamed. <https://aulaepoc.com/cursos/22/pdf/1-Intro-PDUAL-Dr-Szerman.pdf>
- Torrens Mèlich, Marta (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319. <https://doi.org/10.20882/adicciones.255>
- Torrijos, Mar & Palomino, Ana (2017). Patología dual y enfermería: una revisión bibliográfica. *Revista de Patología Dual*, 4(1), 3. <https://doi.org/10.17579/RevPatDual.04.3>
- Ulivi, Giannino (2000). Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. *Adicciones*, 12(3), 425-430. <https://doi.org/10.20882/adicciones.652>
- Vergara-Moragues, Esperanza; González-Saiz, Francisco; Lozano, Oscar M. & García, Antonio V. (2013). Psychopathological stability of personality disorders in substance abuse patients treated in a therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 32(4), 343-353. <https://doi.org/10.1080/10550887.2013.854154>
- Yücel, Murat; Lubman, Dan I.; Solowij, Nadia & Brewer, Warrick J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(12), 957-968. <https://doi.org/10.1080/00048670701689444>



ARACELI GARCÍA PARDO

Psicóloga con estudios de doctorado, especializada con másteres en Investigación de Psicología, Clínica y Salud, Infantil y Técnico Superior de Riesgos Laborales. Ha participado en Congresos Nacionales e Internacionales de Patología Dual, Psicología del Trabajo y RRHH, y Psicología y Educación. Ha tenido experiencia profesional Psicóloga General Sanitaria en tratamiento de Intervención Breve.

celi.go2@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6995-9242>

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración prestada por los responsables y usuarios de la institución que han participado en la investigación.

FORMATO DE CITACIÓN

García-Pardo, Araceli (2022). El equilibrio emocional como proceso en la recuperación de los trastornos de personalidad y adicciones. *Quaderns de Psicologia*, 24(1), e1591. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1591>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 29-11-2019

1ª revisión: 11-05-2021

2ª revisión: 12-07-2021

Aceptado: 02-09-2021

Publicado: 26-04-2022