



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA DE LA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

T E S I N A

QUE PARA OPTAR POR EL DIPLOMA DE

“FUNDAMENTOS DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL”
GENERACIÓN III (2023)

PRESENTAN

Torres Domínguez Miriam

García Fernández Patricia Guadalupe

Cedillo Duran Dulce Erandy

Lima Zárate Guillermo Antonio

Torres Tavera María Bárbara

Cruz Velazquez Rafael

Rodríguez Pérez Daymi

Pérez Zavala Mariana

Isidro Cerón Juan Eduardo

Facultad de Medicina



Intervención desde la Terapia Dialéctica Conductual Informada para un consultante con TDAH y Trastorno por Consumo de Sustancias en remisión total

Elaborado por: García Fernández Patricia Guadalupe

Supervisor: Reyes Ortega Michel André

Resumen

La Terapia Dialéctica Conductual [DBT por sus siglas en inglés] ha demostrado ser eficaz para atender distintos padecimientos en los que hay una dificultad para regular las emociones. Este estudio de caso da a conocer una intervención con DBT-Informada para un adulto con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH], con Trastorno por Consumo de Sustancias [TCS] en remisión total y con Desregulación Emocional [DE], cuya principal conducta problema son los estallamientos de ira. Se da a conocer la conceptualización del caso y la jerarquización de los objetivos terapéuticos derivados de los dilemas dialécticos que muestra el consultante. Asimismo, se presenta el diseño de la tarjeta diario y el desarrollo de los análisis de cadena y solución, que revelan sus patrones conductuales. A partir de estos, se plantean y se entrenan las habilidades de atención plena, de tolerancia al malestar, de regulación emocional y de eficacia interpersonal necesarias para que el consultante reduzca su conducta problema. Los avances obtenidos después de once sesiones de terapia son alentadores ya que se ha reducido la frecuencia, duración e intensidad de los estallamientos de ira, y se ha incrementado la tolerancia al malestar y la autovalidación. Se propone ampliar las líneas de investigación sobre DBT para generar más evidencia científica acerca de sus posibles alcances y aplicaciones, con el propósito de que más personas tengan acceso a dicha terapia y consigan una vida que valga la pena ser vivida.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual, desregulación emocional, TDAH, abuso de sustancias

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH] es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de déficit de atención, y/o impulsividad e hiperactividad que es desadaptativo para el paciente y se presenta antes de los 12 años. Los síntomas impactan sobre el funcionamiento social, académico o laboral y reducen la calidad de vida. La prevalencia a nivel mundial es de un 5% en población infantil y de un 2.5% en adultos (American Psychiatric Association, 2014).

Dado que la impulsividad se manifiesta no solo de manera verbal, motora y cognitiva, sino también emocionalmente, existe una discusión acerca de si la desregulación emocional [DE] debería agregarse como síntoma del TDAH, al menos en pacientes adultos (Alpízar-Velázquez, 2019; Retz, 2012).

Diversos estudios sugieren que pacientes con TDAH viven con una autorregulación emocional deficiente que dificulta la inhibición y el autocontrol de la frustración, la impaciencia y la ira (Barkley, 2015; Surman et al. 2011), que disminuye la demora en la gratificación de impulsos, que lleva a la toma de decisiones precipitadas, y que impacta en las relaciones interpersonales (Alpízar-Velázquez, 2019). También se ha encontrado que los adultos con TDAH con mayor frecuencia utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional, sus síntomas son de mayor gravedad, su funcionamiento ejecutivo es más ineficiente, cuentan con más comorbilidades psiquiátricas y más condenas penales, en comparación con las personas sin síntomas de TDAH (Soler-Gutiérrez et al. 2023). Igualmente, se ha reportado que la DE en adultos con TDAH explican la presencia de síntomas depresivos, el deterioro en las relaciones románticas, el aumento en síntomas de ansiedad, la pobre calidad en las relaciones de amistad, el deterioro funcional y el uso de conductas de evitación (Bodalski, 2019).

Es decir, cada vez hay más pruebas de que la DE podría reconocerse como una característica central del TDAH (Retz, 2012) y que la ausencia de ella en los criterios diagnósticos del DSM 5, denota una limitante que deberá ser resuelta (Alpízar-Velázquez, 2019).

Además, el TDAH es un factor de riesgo para el abuso de sustancias (Wilens, 2004). Se ha reportado que uno de cada seis pacientes adultos con trastorno por consumo de sustancias [TCS] que buscan tratamiento también tienen TDAH. Dichos pacientes, en comparación con personas con TCS sin TDAH, informan mayor exposición a eventos traumáticos durante la infancia, desarrollo neuropsicológico más lento, más problemas para controlar su temperamento, menor nivel educativo, comportamientos de mayor riesgo, y más comorbilidades psiquiátricas (Van de Glind, et al. 2020).

Estabilizar o abordar el abuso de sustancias debe ser la prioridad al tratar a un adulto con abuso en el consumo de sustancias y TDAH (Wilens, 2004). La primera opción de tratamiento son los medicamentos estimulantes, aunque se ha reportado que algunas de las deficiencias funcionales persisten; mientras que el tratamiento combinado con psicoterapia se asocia con mejores resultados (Arnold et al., 2015, citado en Moritz, et al., 2021; Wilens, 2004).

Con respecto al tratamiento del TDAH con Terapia Dialéctica Conductual [DBT por sus siglas en inglés], los hallazgos son variables: en una población de adultos internados por abuso de sustancias potencialmente mortal, los síntomas psiquiátricos disminuyeron según la autoevaluación de los pacientes, pero no según la evaluación del personal hospitalario (Bihlar Muld et al., 2016); asimismo, el estudio de Moritz et al. (2021) que midió el efecto de un Entrenamiento de Habilidades de la DBT de 12 sesiones grupales, llevado a cabo en una muestra de 54 adultos, no encontró una reducción significativa en los síntomas en comparación con el tratamiento habitual. Mientras que, por otro lado, un estudio realizado con universitarios con diagnóstico de TDAH que recibieron un Entrenamiento en Habilidades DBT durante ocho semanas, reportó una reducción de síntomas y una mejoría en la calidad de vida (Fleming et al., 2015).

La DBT también ha mostrado ser eficaz para el TCS. En un grupo de mujeres, se encontró que la mejoría en la regulación de las emociones explicó la disminución en la frecuencia del uso de sustancias (Axelrod et al., 2011). Asimismo, un estudio reportó que el 73% de los pacientes atendidos con DBT se mantuvieron sobrios al finalizar el programa debido a una relación parcial pero estadísticamente

significativa entre una mejor regulación emocional y el no consumo de alcohol (Maffei et al., 2018). Además, un ensayo clínico, también con mujeres que estuvieron un año en tratamiento, y que comparó a la DBT con el tratamiento habitual, reflejó una reducción significativa mayor en el abuso de drogas, una mayor adherencia al tratamiento, y un mejor ajuste global y social, incluso después de una evaluación de seguimiento 16 meses después de terminada la terapia (Linehan et al., 1999).

Dimeff y Linehan (2008) incorporaron a la BDT clásica algunos conceptos y modalidades diseñados para los TCS con el objetivo de promover la abstinencia y reducir la duración y el impacto adverso de las recaídas. Entre ellas se encuentran la abstinencia dialéctica, la "mente clara" y estrategias de apego que incluyen asesoramiento externo, así como intentos activos de encontrar pacientes que faltan a las sesiones. A través de varios ensayos clínicos probaron la eficacia de este modelo y así fue como desarrollaron la DBT-SUD [Substance Use Disorder].

En relación con la DE, la DBT sustenta evidencia científica acerca de su efectividad (McMain et al., 2001). En una investigación experimental se evaluó un programa de entrenamiento DBT-M [Mindfulness o Atención Plena] que duró 10 semanas. Los pacientes del grupo DBT-M mostraron una mejoría significativa en los síntomas clínicos, así como una menor reactividad emocional auto informada, en comparación con el grupo que solamente tuvo manejo psiquiátrico (Feliu-Soler et al, 2014). Igualmente, en un estudio con población latina en el que se comparó a un grupo que recibió un tratamiento placebo y a un grupo que recibió DBT en línea, se encontró que esta última es un tratamiento factible y eficaz para cambiar los procesos de regulación emocional, pero que no aborda tan eficazmente la ansiedad (Muñoz-Martínez, 2023). Incluso en otra investigación llevada a cabo en adultos ansiosos, deprimidos y con alta DE que fueron asignados al azar a 16 semanas de Entrenamiento de Habilidades DBT o un grupo de apoyo, se demostró que el grupo de DBT fue mejor que el grupo de apoyo en disminuir la desregulación emocional y la ansiedad (Neacsiu, 2014).

¿Qué son la DBT-Comprensiva y la DBT-Informada?

La Terapia Dialéctico Conductual es un tratamiento cognitivo conductual, desarrollado en 1993 por Marsha Linehan, para personas con intención suicida, problemas de regulación emocional o con características del trastorno límite de la personalidad. Comparte principios de los enfoques psicodinámicos y humanistas, pero lo que la distingue es la incorporación de la terapia cognitivo conductual, de la atención plena del zen y de la filosofía dialéctica que se centra en encontrar un balance entre la aceptación de la realidad y el cambio conductual, implicando además que es natural y esperable que ambas perspectivas sean parciales y radicalmente opuestas (Koerner y Dimeff, 2012; Linehan et al., 2007; McMain et al., 2001).

El principal objetivo de la DBT es que el consultante logre una vida que valga la pena vivirse, sin dejar de enfocarse en la reducción de sus conductas problema y en la regulación de sus emociones (Linehan, 2020). Éstas se explican a partir del modelo biosocial como resultado de la interacción entre una alta vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante. Cuando durante su desarrollo, la persona experimenta una alta sensibilidad (bajo umbral sensorial), una alta reactividad (reacciones extremas) y un lento retorno a la calma, dentro de un ambiente que lo descalifica indiscriminadamente, refuerza intermitentemente la escalada de emociones y simplifica la solución de problemas, la persona no aprende a reconocer, a comunicar ni a modular sus respuestas emocionales (Crowell et al., 2009). La DBT a partir de estrategias de psicoeducación, de un entrenamiento de habilidades y de modificación conductual, le ayuda a desarrollar estrategias para afrontar los retos que le imponen los déficits en sus habilidades, de acuerdo con el siguiente modelo:

MODELO DE DÉFICIT DE HABILIDADES

DÉFICIT DE HABILIDAD:	SE AFRONTA CON ENTRENAMIENTO DE:
Inhabilidad del repertorio emocional motivacional	Habilidades de regulación emocional
Inhabilidad del repertorio social relacional	Habilidades de efectividad interpersonal
Inestabilidad de la experiencia del yo	Habilidades de atención plena
Inestabilidad del repertorio conductual motor	Habilidades de tolerancia al malestar

(Koerner y Dimeff, 2012)

El tratamiento de la DBT se organiza en cinco etapas: el pretratamiento, donde se evalúan las necesidades del consultante, se definen los objetivos y se obtiene un compromiso con la terapia, y las etapas uno a cuatro. En la etapa I se busca reducir las conductas que amenazan la vida y las que interfieren con el curso de la terapia. La etapa II se ocupa de la experimentación plena y consciente de las emociones dolorosas sin que la persona llegue a crisis que atenten contra su vida, lo cual permite atender los problemas derivados de trastornos residuales. La etapa III se centra en la resolución de problemas de la vida cotidiana y en mejorar la calidad de vida. Finalmente, la etapa IV se encarga de incrementar la consciencia de sí mismo para experimentar plenitud espiritual y conseguir una vida que valga la pena vivirse (Rivzi et al., 2013).

La DBT-Comprensiva tiene cinco modalidades de tratamiento: a) Terapia individual semanal, cuya función es aumentar la motivación del consultante para mantenerse con vida y comprometido con la terapia para hacer cambios; b) Grupo semanal de entrenamiento de habilidades, para proveerle de estrategias de afrontamiento ante situaciones que le generan reacciones emocionales intensas. En este se le enseñan habilidades de atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal; c) Asesoría telefónica entre sesiones para generalizar el uso de habilidades en su ambiente natural, cuando sea necesario ante situaciones de crisis o cuando no sepan cuál ocupar; d) Reuniones semanales del equipo de consulta para mejorar la motivación y capacidades del terapeuta, así como para evitar el *burnout*; e) Asesoría a familiares para enseñarles habilidades y estrategias, solamente cuando se requiera estructurar el ambiente del consultante (McMain et al., 2001; Rivzi et al., 2013).

Por otro lado, la DBT-Informada incorpora los principios y fundamentos de la DBT-Comprensiva pero no hace uso de todas sus modalidades de tratamiento si, en el pretratamiento, se evalúa que el consultante no requiere de algunas de ellas. De esta forma, los consultantes sin tendencias suicidas y cuya salud mental no está gravemente comprometida, han probado beneficiarse de este abordaje flexible que utiliza solo las herramientas necesarias para ayudarles a regular sus emociones, a disminuir sus conductas problemáticas, a aumentar sus habilidades conductuales, y a construir una vida que merezca la pena vivirse (Mochrie et al., 2020).

Tomando en consideración lo mencionado con anterioridad y con base en la evidencia científica de las investigaciones reportadas, para el presente estudio de caso, se diseñó una intervención con DBT-Informada para un adulto con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con Trastorno por Consumo de Sustancias en remisión total y con Desregulación Emocional.

Presentación del caso

Identificación del paciente

“Diego”¹ es un hombre soltero de 40 años, con estudios de posgrado, que se dedica profesionalmente a la música y tiene una situación económica estable. Vive solo y tiene un hijo de 6 años que vive la mayor parte del tiempo con su madre, con excepción de un día entre semana, en que papá e hijo pasan la tarde juntos y se queda a dormir con él para llevarlo a la escuela al día siguiente, y también los fines de semana completos, cada quince días.

Tiene una novia que vive fuera del país a quien visita aproximadamente tres veces al año, por periodos de dos semanas.

El consultante busca terapia porque tiene fuertes dificultades con “Emma”, la madre del niño, sobre todo para ponerse de acuerdo con las reglas de crianza. En casa de ella hay pocas reglas que con frecuencia se ignoran, y mucho tiempo para

¹ Por razones de confidencialidad, se cambiaron los nombres y los datos que pudieran identificar al consultante y a sus allegados.

jugar con pantallas, además de que ella pasa poco tiempo con sus hijos: uno de 9 años de una relación anterior, y “Pablo” el hijo de ambos. En contraste, en casa de Diego, hay más estructura y reglas, el tiempo con pantallas es limitado y se privilegia la lectura, las tareas escolares, los juegos y la actividad física. Los conflictos son frecuentes e intensos, y si bien nunca ha golpeado a Emma, se han llegado a gritar, empujar y jalonear. Su meta terapéutica al respecto es lograr comunicarse con ella sin enfurecerse y hacerle entender que las reglas deben respetarse y que cuando está a cargo ella, debe dedicarse a su hijo sin delegar su cuidado a otros.

De igual manera, reporta que se desespera fácilmente con su hijo y siente mucho enojo hacia él cuando prefiere a la madre y lloriquea al separarse de ella para ir a pasar tiempo con el consultante; considera que es una conducta de manipulación ya que, estando juntos, pasan tiempo de calidad y disfrute. Expresa tener la “mecha cortita” [sic] cuando Pablo le desobedece, pero quisiera no perder el control con él, porque no le gusta provocar que se asuste cuando le grita o lo aprieta con fuerza para reprimirlo, o le da una nalgada. Su tolerancia a la frustración es baja y tiene una rápida escalada hacia la actuación del enojo. Comprende que “me desquito con él porque transfiero lo que me da coraje de su mama” [sic], pero no quiere tratarlo con amenazas, gritos y golpes, como él mismo fue educado.

No refiere problemas de alimentación o sueño, ni en las relaciones interpersonales que no son íntimas. Tampoco refiere ideas o intentos suicidas, ni conductas de autolesión sin intención suicida. Sin embargo, hace 6 años cuando nació su hijo, estuvo internado en una clínica de rehabilitación por un TCS. El consumo de marihuana comenzó desde los 14 años, pero con los años derivó en el abuso de la misma, de la cocaína y del alcohol, y con menor frecuencia, de MDMA, éxtasis, ketamina, ácidos y otras drogas recreativas. Desde su egreso de la clínica se mantiene sobrio, aunque sigue considerándose una persona adicta. Fue en su época de mayor consumo cuando conoció a Emma, quien a la fecha sigue abusando del alcohol. Sin mayor compromiso de pareja, y compartiendo solamente el gusto por la fiesta, ella queda embarazada y deciden tener al bebé. Unas semanas antes del nacimiento de Pablo, Emma informa a los padres de Diego sobre

su consumo diario de cocaína y deciden hacer una intervención para internarlo. Al salir de la clínica, “por darle un hogar a mi hijo, por miedo a regresar a vivir solo a mi casa y darme en la madre teniendo una recaída, la invité a vivir a mi casa con su hijo” [sic]. Dos días después nació Pablo y “aunque nunca tuve el plan de formar una familia con ella, de la nada la tuve, modifiqué mi casa y hasta hice un cuarto para la nana” [sic]. Es decir, de vivir solo, llegaron cuatro personas más a vivir con él.

Además de que Emma manifestaba celos y revisaba el celular de Diego molestándose porque no subía fotos con ella, tuvieron fuertes diferencias en cuanto a la crianza de los niños, y la relación entre Diego y el hijo mayor de Emma era “muy tóxica” [sic]. Expresa quererlo mucho, pero “como ella se entrometía entre el niño y yo, me desesperaba mucho”. En una ocasión llegó a las nalgadas y sintió mucha culpa ya que eso “no va conmigo”. Después de cuatro años de vivir juntos se separaron porque los conflictos iban en escalada.

Siendo niño, el consultante fue diagnosticado con TDAH e inició terapia a los 8 años por problemas de impulsividad e hiperactividad; de adolescente probó “muchas” [sic] terapias, pero en ninguna estuvo a gusto y nunca habló del abuso de la marihuana que ya tenía desde entonces. Luego estuvo en desintoxicación en la clínica de adicciones hace seis años y al principio asistía a grupo de AA. Ahora vuelve a buscar el apoyo psicológico para resolver los conflictos con la madre de su hijo y para no repetir el patrón de crianza de golpes y amenazas que ejerció su padre.

Diego creció con un hermano un año y medio menor y con ambos padres, intelectuales académicos, que migraron a México. El padre es un hombre frío y rígido. La madre es cálida y controladora. Ambos tenían altas expectativas sobre el desarrollo y el desempeño de sus hijos a nivel intelectual y conductual. En casa se vivía un ambiente de violencia verbal y física por parte del padre; la madre intentaba compensar protegiendo, brindando cariño y flexibilizando las reglas, pero al mismo tiempo exigiendo un buen comportamiento a los niños para que el padre no se frustrara y pudieran evitar un evento violento.

Su alta inteligencia le permitió aprobar satisfactoriamente la escuela, aunque su comportamiento e inatención lo metían en problemas con maestros y compañeros. En preparatoria comenzó a consumir alcohol y marihuana de manera regular sin que sus papás lo notaran, mintiendo con éxito y manteniendo una vida oculta. Encontró su pasión en la música y sus padres lo apoyaron para que la estudiara. El ambiente escolar, y más tarde el laboral, favorecieron el consumo de drogas duras, no obstante, desde muy pronto tuvo éxito en su trabajo y se independizó de su hogar.

La llegada de su hijo y su internamiento para la rehabilitación por el consumo de sustancias le ha permitido reparar la relación con sus padres, tanto porque los ve convertidos en abuelos cariñosos, como porque Diego dejó de mentir y de mantener su vida en secreto.

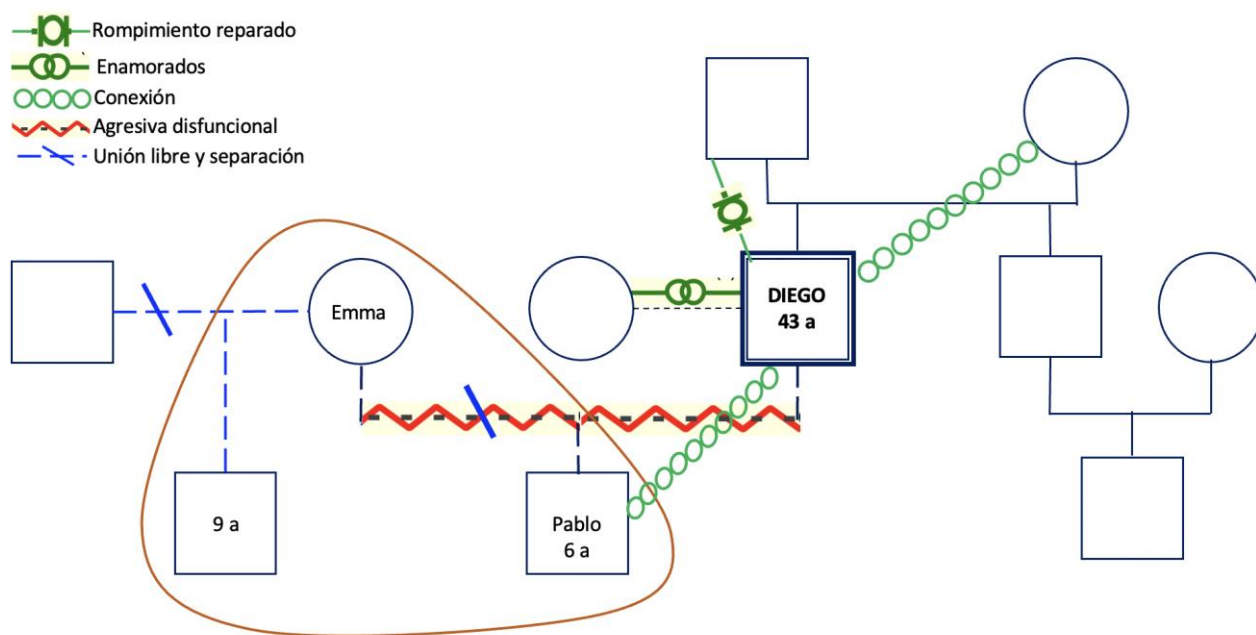


Figura 1. Genograma

Análisis del motivo de la consulta

El problema principal que Diego plantea es con la madre de su hijo debido a que no pueden llegar a acuerdos sobre la crianza. Al explorar este tema en colaboración

con él, se encontró que no pueden comunicarse asertivamente porque se encuentran en una lucha de poder sobre el cariño de su hijo. Si el niño prefiere a su madre, Diego se frustra mucho y se enoja tanto con Emma como con Pablo al punto de gritar, jalonear, ofender y decir cosas de las que se arrepiente.

Aun cuando reporta tener una relación linda con Pablo, también es frecuente que lo reprenda y amenace si le desobedece o si le reportan que se porta mal en la escuela, o si lo “manipula” [sic] diciéndole que con su mamá puede hacer cosas que Diego no le permite.

Las reacciones conductuales del consultante son desproporcionadas para el estímulo que las despierta; denotando una falta de autocontrol que se manifiesta como baja tolerancia a la frustración, poca paciencia y desregulación en sus emociones, principalmente de la ira que dirige tanto hacia la madre de su hijo como hacia el niño.

Diego expresa que no ha “saldado cuentas con su pasado” [sic]. Percibe como problemático el haber tenido una relación fría, distante, violenta y de gran desconfianza con su padre porque no quiere repetir ese patrón con su hijo. Le genera mucho dolor y gran frustración notar que reacciona de modo similar cuando siente impotencia por no saber cómo manejarlo y observar en Pablo actitudes propias de Emma.

Le gusta ser una persona “alegre, sensible e intensa” [sic], y no quiere dejar de serlo, pero reconoce que se llega a angustiar mucho por Pablo y cree que “si bajo la guardia, me vuelvo a sabotear o autodestruir” [sic]. Reconoce que estando en drogas “quería llenar un vacío y dejar de sentir una tristeza profunda, por eso me la pasaba anestesiado” [sic]. Durante esos años vivía mintiendo y ahora evita mentir porque considera que es el primer paso de una recaída. Quiere fortalecerse para hablar con la verdad con su hijo y poder decirle lo que le vivió con las drogas. Actualmente fuma *vape*, pero sabe que es una conducta autodestructiva y quisiera dejarla.

Ante mucho estrés tiene un fuerte deseo de coquetear a través de las aplicaciones; cuando lo hace, no llega a más porque desea serle fiel a su novia y

experimenta sentimientos de culpabilidad. Quisiera dejar de hacerlo, pero al mismo tiempo no siente “que sea algo tan malo” [sic].

Por último, desea dar seguimiento continuo a su medicación (ácido valproico). Tiene muchas dudas y miedo al respecto porque en la clínica de adicciones le dijeron que se tiene que mantener limpio, por lo que no necesita medicamentos. Además, al no percibir diferencia en su ánimo cuando lo toma y lo deja de tomar, su adherencia es intermitente.

Como fortalezas para afrontar sus problemas, el consultante cuenta con una alta motivación para trabajar en terapia. Expresa que su hijo es “el epicentro de mi vida y estoy dispuesto a hacer todo para ser un buen papá que le dé confianza” [sic]. Se exploraron los pros y contras de que modifique hábitos, actitudes y conductas, y se fortaleció su compromiso con las estrategias de Abogado del diablo y de Puerta en la cara.

Otros recursos de Diego son su capacidad intelectual, su sensibilidad y creatividad para buscar alternativas y soluciones, y su sobriedad de ya 6 años. Mantenerse sobrio, dejar de mentir y ver a sus padres convertidos en abuelos cariñosos y comprometidos con Pablo, le ha permitido reparar y reconstruir la relación con ellos, quienes figuran como una importante red de apoyo.

En conjunto con el consultante, se resignificaron los obstáculos con los que podría encontrarse durante la terapia como retos a vencer. El principal, es sentir muy grande el orgullo para ceder ante la madre de su hijo con respecto a acuerdos, por ejemplo, quisiera que Pablo pasara más tiempo con él para que tenga menor influencia de Emma. También se puso sobre la mesa la necesidad de vencer a la impulsividad que lo hace actuar “en piloto automático” [sic], y también mencionó que extraña el apoyo de su novia, ya que era más fácil distraer su atención y energía de los temas con Emma cuando su novia vivía en la misma ciudad.

Historia del problema

Para comprender la historia del problema, se conceptualiza el caso de acuerdo con la teoría biosocial que explica cómo la interacción entre una alta vulnerabilidad

biológica y un ambiente invalidante generaron, desarrollaron y mantienen la desregulación emocional del consultante (Crowell, et al., 2009).

Con respecto a la vulnerabilidad biológica, Diego describe haber tenido desde pequeño una alta sensibilidad, intensidad y un lento retorno a la calma. Se retrata como un niño muy sensible; era y es muy creativo, imaginativo, curioso, inteligente y “todo lo vivía con mucha intensidad; si estaba contento, estaba muy muy feliz, y si estaba enojado, me enfurecía” [sic]. Se recuerda ansioso, que le daba mucho miedo la oscuridad y las sombras, y cuando se pasaba a la cama de sus padres, el papá lo regresaba a gritos a su camita lo cual le daba aún más miedo. Le han comentado que cuando nació su hermano, Diego se puso a correr como “loquito, ansioso y desesperado, quería apachurrarlo, morderlo y hacerle cariños” [sic].

Desde siempre ha sido muy inquieto. Le han platicado que se zafaba de los amarres de la silla del auto y de la carriola, incluso cuando estaba en movimiento.

Le costaba mucho aceptar un no y pedía incansablemente los porqués; manipulaba, chantajeaba y siempre se salía con la suya. Era muy demandante, hacía berrinches incontrolables, lloraba mucho y era muy difícil calmarlo.

En la escuela lo reportaban “por testarudo y por problemas de conducta” [sic]. En preescolar, golpeaba a los niños ante cualquier frustración; aprendía todo muy rápido y se aburría, no seguía reglas y se salía del salón. Desde entonces, se distrae, se desespera, se frustra y abandona lo que le cuesta trabajo.

Socialmente él ponía las reglas y elegía los juegos; no soportaba perder, de modo que hacía trampas o se descontrolaba en enojo y ya no quería jugar.

El consultante también relata ejemplos de un ambiente familiar invalidante que reforzaba de modo intermitente la expresión de sus emociones, le daba atención cuando éstas escalaban, criticaba su manera de afrontar situaciones, y minimizaba sus experiencias emocionales. Expresa que sus padres no se ponían de acuerdo sobre las reglas y disciplina, y cuando coincidían, le daban poco seguimiento ya que lo castigaban y al poco tiempo se les olvidaba. Describe haberse sentido preocupado y culpable por las frecuentes discusiones entre sus padres, percibiéndose como el generador de los conflictos entre ellos. Evoca que su papá o

no le hacía caso, o lo hacía “rabiando de enojo” [sic] y con jalones. Su madre “rescataba con cariño y coqueteos, pero también pasaba del amor a darme una nalgada o a ya no hacerme caso cuando la agotaba” [sic]. Le decía que, para estarse quieto, necesitaba “un pernito en el culo para atornillarse a la silla” [sic].

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas problema del consultante representan sus intentos inefectivos para regular sus emociones y se expresan como inhabilidades en las siguientes áreas:

Emocional: Experimenta de manera intensa la ansiedad y la ira, y su tolerancia a la frustración es mínima. Cuando pierde el control, siente mucha tristeza, culpabilidad y decepción de sí mismo.

Conductual: Al perder el control de sus impulsos, Diego ofende verbalmente, grita, jala y empuja, lo cual en el plazo inmediato le genera placer y desahogo. Comenta que, estando muy enojado, se va “en piloto automático” [sic]. A su hijo lo aprieta con fuerza, le ha llegado a dar un golpe en la boca y nalgadas; en el corto plazo se siente arrepentido y no puede detenerse porque lo sigue reprendiendo verbalmente.

En el peor evento que reporta sobre un desacuerdo con Emma y que su hijo presencié, fue tal su enojo, gritos y descontrol, que los vecinos llamaron a una patrulla. Al día siguiente, amaneció con un derrame en el ojo que lo llevó alarmado a la sala de urgencias del hospital, donde le dijeron que tuvo un pico de hipertensión arterial. Explorando este evento, resaltó que, en el mediano y largo plazo, experimenta vergüenza, culpa y desesperanza.

Otras conductas problema, son el coqueteo que lleva a cabo en las aplicaciones digitales y que le genera culpabilidad porque quiere serle fiel a su novia, y el uso de vape que considera una “adicción autodestructiva” [sic] que quiere dejar.

Interpersonal: El consultante tiene muy buenas habilidades sociales cuando las relaciones son superficiales o laborales; sin embargo, en las relaciones más allegadas con su hijo y la madre de éste, su interacción es altamente problemática

debido a que sus expectativas sobre cómo deben de funcionar las cosas no se cumplen. Intenta controlar la conducta de ellos y al no lograrlo, explota en ira.

Experiencia del yo: Tiene mucha claridad en cuanto a sus gustos y su proyecto de vida. Siempre ha tenido clara su pasión por la música, que es a lo que se dedica, y se siente orgulloso de sus logros profesionales. No se imaginaba en el rol de padre, pero ahora cree que es lo mejor que le ha sucedido. Se siente orgulloso de llevar seis años sobrio, lo cual le da esperanza de poder seguir mejorando sus conductas; no obstante, tras los eventos de explosión irascible, se siente muy desilusionado de sí mismo y experimenta una fuerte sensación de tristeza y vacío.

Cognitiva: Su dificultad en la atención y concentración es un problema en el día a día: olvida y pierde cosas y citas. Sin embargo, con su hijo, no falla en cumplir sus obligaciones como padre. Presenta preocupación constante y rumia acerca de no querer repetir el patrón de relación que tuvo con su padre, de creer que no puede controlarse y de sentirse decepcionado de sí mismo cuando estalla y expresando: “me declaro incompetente” [sic].

Establecimiento de las metas del tratamiento

Diego considera que la llegada de Pablo a su vida ya hizo que su vida mereciera la pena vivirse, sin embargo, reconoce que sus problemas le impiden llegar a su meta que es tener una “vida tranquila y sin conflictos” [sic]. En colaboración con el consultante, se definieron los siguientes propósitos para alcanzar lo que él define como su meta personal:

- Mejorar su autocontrol para tener “una relación aún más linda” [sic] con Pablo.
- Aprender a negociar para llegar a acuerdos con Emma sin perder el control.
- “Saldar cuentas con mi pasado” [sic], a) para cultivar con su hijo lo que no tuvo con su padre, es decir, una relación de confianza y sin violencia, y b) para que cuando llegue el momento, pueda hablar con Pablo, “con toda la verdad” [sic], sobre su problema con las drogas.
- Perder el miedo a volverse adicto a su medicación para no interrumpirla

- Dejar el *vape*, que considera otra adicción autodestructiva.

Estudio de los objetivos terapéuticos

A partir de las sesiones de valoración y conceptualización del caso, se considera que Diego no presenta un riesgo inminente de atentar contra su vida, ni presenta conductas autolesivas sin intención suicida; tampoco reporta, ni se observa, ideación suicida pasiva. Adicional a esto, cuenta con una alta motivación para modificar hábitos, actitudes y conductas con ayuda de la terapia. Quiere sentirse orgulloso de sí mismo y quiere ser un padre cercano y no violento con su hijo. Sin duda, hay que seguir monitoreando dialécticamente cualquier obstáculo que lo aleje de su meta y que interfiera con el tratamiento, por ejemplo, olvidos y desatenciones para la puntualidad y asistencia, el llenado de la tarjeta-diario y la realización de tareas. No reporta discapacidad para adaptarse a la vida y mantiene un buen nivel de funcionalidad laboral, social y en sus responsabilidades como padre. Los síntomas asociados a su problema son medianamente severos, pero no se han generalizado a otras áreas diferentes de la relación con la madre de su hijo y ocasionalmente, con su hijo. La complejidad de su problemática es moderada y radica en la desregulación de la ira y la ansiedad, por lo que hay que atender el descontrol emocional y conductual, para que pueda experimentar sus emociones de manera no angustiante y sin llegar a crisis. Por lo mismo, el consultante puede iniciar el tratamiento en la etapa 2.

Como objetivo principal en esta etapa se tiene la atención a los trastornos residuales tanto del TDAH con su impulsividad, desatención y desregulación emocional, como del TCS en remisión para evitar recaídas. Igualmente, hay que encargarse de la intensa sensibilidad a la crítica y al rechazo que experimenta Diego, así como de los sentimientos de autocrítica, vergüenza y culpa que surgen cuando pierde el control de su conducta. Vale mencionar que el consumo de sustancias sirvió durante mucho tiempo como conducta de evitación de las sensaciones dolorosas de tristeza y vacío, que sigue sin poder afrontarlas y que tendrá que aprender a tolerar. Es decir, hay que hacerle notar el dilema dialéctico que lo ha llevado a fluctuar entre crisis implacables que se observan en los

estallamientos de ira, y el duelo inhibido que mantuvo anestesiándose con drogas durante años. Los objetivos secundarios han sido reducir la reactividad y aumentar la modulación de sus emociones mientras las experimenta sin evitarlas.

Otro dilema dialéctico que hay que traducir en un objetivo secundario es el trabajo de la vulnerabilidad emocional ante el rechazo y de la auto-invalidación que se manifiesta en su constante autocrítica. O sea, hay que aumentar la autovalidación.

Asimismo, hay que hacerle notar cómo pasa de la competencia aparente, evaluando equivocadamente que solo él puede formar y educar bien a su hijo, a la pasividad activa que lo lleva a rumiar la desesperanza de “siento que no puedo” y “me declaro incompetente” [sic], para que con un juicio realista consiga solucionar los problemas cotidianos.

En esta etapa, el enfoque se pone en la tolerancia al malestar y en la regulación de emociones, por lo que es necesario entrenarlo para que adquiera este tipo de habilidades. Se comienza con la práctica de la atención plena para que pueda mantenerse en el momento presente sin juicios, lo cual ayuda a tomar conciencia de la auto-invalidación y de los impulsos, sensaciones, emociones y pensamientos que lo desregulan.

Se considera indispensable que desde el inicio de la terapia se atienda la adherencia intermitente al medicamento. Por lo tanto, se le derivó con un psiquiatra especialista en adicciones quien le dio orientación y tranquilidad acerca de su miedo a volverse adicto; le retiró el ácido valproico y le prescribió atomoxetina de 60 mg. por las noches.

Una vez que el consultante pueda experimentar las emociones sin desregularse, se podrá pasar a la etapa 3 para atender su motivo de consulta que son los desacuerdos con la madre de su hijo. Para este momento, el énfasis se pondrá en las habilidades de efectividad interpersonal, sin que esto signifique que se desatenderán en la etapa previa, para que pueda afrontar lo cotidiano de esta complicada relación. De igual forma, se buscará generalizar todas las habilidades para que logre sus metas vitales: autocontrol para “una relación aún más linda” [sic]

con su hijo y para negociar con Emma, “saldar cuentas con mi pasado”, no interrumpir su medicina y dejar el *vape*.

Sería ideal llegar a la etapa 4 de la DBT, en donde Diego pueda conectar con sus valores fundamentales que lo lleven a tomar decisiones sabias para alcanzar una vida plena, y establecer vínculos profundos basados en una aceptación radical acerca de quién es él y quién es la otra persona.

Selección de los tratamientos más adecuados

Analizando la información desde el modelo biosocial, las vulnerabilidades biológicas y el ambiente invalidante del consultante lo llevan a manifestar estallamientos de ira en sus relaciones más cercanas (antes con sus padres, pero actualmente con su hijo y especialmente con la madre de éste), los cuales son inefectivos en el corto y largo plazo. Este comportamiento problema ocurre de manera muy intensa entre dos y cuatro veces al mes; su duración puede variar entre menos de media hora y hasta un par de horas. Sin embargo, por lo menos una vez a la semana, tiene un disgusto y arrebató fuerte con la madre de su hijo; adicionalmente, rumia el malestar y enojo que siente hacia ella casi en cada interacción que tienen, y estas emociones perduran a lo largo del día hasta que algo lo distrae.

Para abordar esto desde la perspectiva DBT, se elabora colaborativamente con el consultante la tarjeta-diario que aquí se muestra:

EVALUAR CADA DÍA DE LA SEMANA	ALTA NECESIDAD DE:				PUNTUACIÓN MAS ALTA DE CADA DÍA				ACCIONES		
	PELEAR CON LA MAMÁ	REPRENDER A MI HIJO	LIGAR EN APPS	USAR ALCOHOL/ DROGAS	MALESTAR EMOCIONAL	MALESTAR FÍSICO	ALEGRÍA	EMOCIÓN MÁS INTENSA	MENTIR	AUTO-DAÑO	USAR HABILIDADES DBT *
	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	¿Cuál?	#	SI / NO	0 - 7
LUNES:	5	0	0	0	3	0	5	Rabia (la mamá le puso TV al niño) y Felicidad (me reí mucho)	0	VAPE	3
MARTES:	3	0	1	0	2	3	4	Impotencia (Rappi)	0	VAPE	3
MIÉRCOLES:	2	3	1	0	3	0	5	Impotencia al recordar insuficiencias de Emma	0	VAPE	4
JUEVES:	1	0	0	0	1	0	5		0	VAPE	
VIERNES:	2	0	1	0	1	0	5	Enojo. Alegría por salir	0	VAPE	
SÁBADO:	0	2	1	0	2	0	4	Impotencia frustración	0	VAPE	3
DOMINGO:	2	2	0	0	2	0	5	alegría (salimos a la feria)	0	VAPE	4
* HABILIDADES DBT UTILIZADAS									MEDICACIÓN PREESCRITA EN ESTA SEMANA Y AJUSTES A MEDICAMENTOS		
HABILIDADES QUE USASTE:									Atomoxetina 60 mg/noches		
0 = No pensé en usarlas			3 = Traté de usarlas pero no pude hacerlo			6 = Las usé automáticamente, no ayudaron					
1 = Lo pensé, no las usé, no quise hacerlo			4 = Traté, pude usarlas, pero no ayudaron			7 = Las usé automáticamente, si ayudaron					
2 = Lo pensé, no las usé, si quise hacerlo			5 = Traté, pude usarlas, ayudaron								
TAREA ASIGNADA Y RESULTADOS DE LA SEMANA									URGENCIA DE: (0-5)		
									Dejar la terapia		
									Consumir drogas		
									CREER QUE PUEDO REGULAR (0-5)		
									Mis pensamientos		
									Mis emociones		
									Mis acciones		

ABC-CUIDA = si: gym, dormir bien, tomé vino sin alcohol. MENTE SABIA, OBSERVAR, DESCRIBIR, SIN JUICIOS = intento, se me olvida ante un problema. VERIFICAR HECHOS = si tengo razón en enojarme. ACCIÓN OPUESTA = lo hice pero muy tarde.

Figura 2. Tarjeta-diario

A partir de la revisión de la tarjeta-diario, se desarrolla el análisis de cadena de los hechos que derivan en la conducta problema. Se exploran los factores de vulnerabilidad, el evento instigador, los enlaces y las consecuencias.

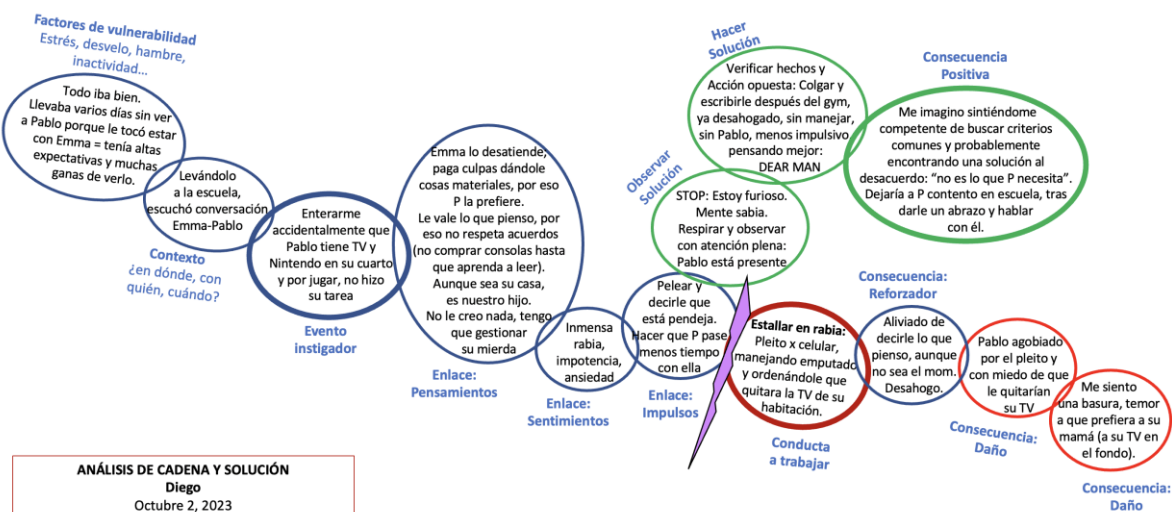


Figura 3. Análisis de cadena y solución

Posteriormente, se examinan los enlaces perdidos que impiden el uso efectivo de las habilidades aprendidas. Se encuentra que “ya tengo el vaso pre-lleno de enojo en contra de la mamá” [sic], y enumera todo lo que considera como insuficiente en ella; asimismo excusa sus acciones diciendo que es incapaz de controlarse “cuando estoy en piloto automático” [sic]. Haciendo uso de la dialéctica se validan sus emociones, lo difícil que es autorregularse y el empeño que pone en mejorar, y paralelamente se le confronta haciéndole ver cómo se justifica y que puede esforzarse aún más; se le explica que Emma no tiene la intención de hacer las cosas de manera diferente, de tal forma que le toca al consultante encargarse de mejorar la relación como padres de Pablo.

En seguida, se procede al análisis de soluciones. Para intervenir en los factores de vulnerabilidad hay que seguir insistiendo en practicar ABC-CUIDA (acumular experiencias positivas con Pablo y con su novia, y procurar su autocuidado), además de desarrollar habilidades de tolerancia al malestar, principalmente de aceptación radical a través de ejercicios de atención plena para que note en el momento presente cuando se esté resistiendo a aceptar que Emma es como es, y Diego que no es capaz de cambiarla. Se ha encontrado efectivo relacionar la aceptación radical con la oración de la serenidad que aprendió en los grupos de AA: ‘Dame serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que puedo, y sabiduría para reconocer la diferencia’.

Ante los enlaces, se puede intervenir con habilidades de atención plena, específicamente observando y describiendo con mente sabia y sin juicios, los pensamientos de competencia aparente que lo invaden (que se traducen en el mensaje de que la madre lo cría fatal y solo él es capaz de hacerlo bien), y de escenarios catastróficos (el hijo prefiere a la madre y rechazará al consultante como le pasó a él mismo con su padre). Las emociones desreguladas se pueden atender con habilidades de aceptación plena para reconocer las sensaciones corporales y permitirse sentir las con gentileza y asimismo, con habilidades de tolerancia al malestar tales como TIPP, ACEPTAS y tranquilizarse con los cinco sentidos.

Ante los impulsos hay que intervenir con STOP, para luego ir a la verificación de hechos y acción opuesta. Como eventualmente tendrá que negociar con Emma los desacuerdos, se plantea el uso de la habilidad de efectividad interpersonal DEAR-MAN.

Se estima que, con la práctica de dichas habilidades y un adecuado manejo de contingencias, el consultante conseguirá reducir su reactividad emocional, aumentar su autovalidación, lograr un juicio realista para solucionar sus problemas y conseguir una vida que merezca la pena vivirse.

Discusión

En el presente estudio de caso se conceptualiza un modelo efectivo de tratamiento de DBT para un consultante con TDAH, TCS en remisión total y DE. Si bien esta persona no tiene un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, de acuerdo con la teoría biosocial cuenta con importantes inhabilidades en los repertorios emocional, interpersonal, conductual y de experiencia del yo, por lo que resulta viable intervenir con DBT-Informada.

Las investigaciones publicadas reportan resultados exitosos de DBT para problemas de DE (Feliu-Soler et al, 2014; McMain et al., 2001; Muñoz-Martínez, 2023; Neacsiu, 2014), y para consultantes con TCS (Axelrod et al., 2011; Linehan et al., 1999; Maffei et al., 2018), sin embargo, no hay evidencia tan contundente con respecto a la eficacia de esta terapia en personas con TDAH (Bihlar Muld et al., 2016; Moritz et al., 2021). No obstante, debido a que varios estudios (Alpízar-Velázquez, 2019; Barkley, 2015; Bodalski, 2019; Surman et al. 2011; Retz, 2012) sugieren que los pacientes con TDAH tienen una autorregulación emocional deficiente que dificulta el control de sus impulsos, se decidió explorar las posibilidades de la DBT-Informada para el estudio de caso que aquí se presenta y precisar si se puede incidir en este tipo de conductas problema.

Este modelo de terapia ofrece herramientas precisas para que los consultantes aprendan a manejar sus emociones, a aceptar su realidad, a tolerar el malestar y a ser más efectivos en sus relaciones interpersonales, de tal forma que

ayuda a reducir sus comportamientos problemáticos. A través de una estructura de tratamiento flexible que se deriva de la conceptualización del caso, se jerarquizan los objetivos terapéuticos y se diseña una tarjeta-diario para que el consultante reporte de tarea dichas conductas problema; posteriormente, de manera colaborativa en la sesión, se hace un análisis de cadena y un análisis de solución, para encontrar patrones conductuales y determinar las habilidades que necesita desarrollar para manejar mejor sus conflictos.

Con esto en mente, se han llevado a cabo once sesiones con el consultante y hasta la redacción del presente trabajo, se han reducido la frecuencia, la duración y la intensidad de los estallamientos de ira, siendo consciente cuando estos inician y eventualmente logrando parar. Percibe cuando se autoinvalida, y reporta ser más efectivo para tolerar el malestar que le genera la separación de su hijo cuando se comporta con displicencia hacia Diego, puesto que ya experimenta tristeza sin evitarla. Continúa trabajando con motivación para observar y describir el momento presente, con atención plena y sin juicios, e intenta recurrir a su mente sabia cuando se siente en un aprieto. La desesperanza prácticamente ha cedido y mantiene apego a su tratamiento psiquiátrico aproximadamente en un 90% de las dosis.

Sin duda aún hay mucho por avanzar con respecto a modular sus emociones, a practicar actividades haciendo una cosa a la vez, a evitar el malestar y la ansiedad por medio de comportamientos como el coqueteo en aplicaciones y del uso de *vape*, y a desarrollar habilidades de eficacia interpersonal para negociar los acuerdos con la madre de su hijo.

Conclusión y recomendaciones

Los avances que el consultante ha obtenidos hasta este momento son alentadores, por lo que se piensa que la DBT puede ofrecer un enfoque efectivo para abordar las complejas necesidades de otros consultantes adultos con TDAH y desregulación emocional que se han recuperado exitosamente de la adicción a las drogas, debido a que dicha terapia aporta una estructura precisa y congruente para subsanar el déficit de habilidades con que cuentan y lograr una vida que merezca

la pena vivirse. A la vez, es necesario mencionar que los resultados de un estudio de caso aislado no pueden generalizarse para toda la población, por lo que sería recomendable ampliar las líneas de investigación de DBT a diferentes muestras representativas para generar evidencia científica sobre sus posibles aplicaciones.

Finalmente, cabe aclarar que para implementar un tratamiento con DBT-Comprensiva se requieren de sus cinco modalidades de tratamiento. Sin embargo, para este caso, la terapeuta no ha contado con equipo de consulta DBT, ni el consultante con un grupo de entrenamiento de habilidades, por lo que el aprendizaje de estas se practicó en las sesiones de terapia individual. Sería importante conocer el impacto que esto puede tener a largo plazo, e igualmente sería útil comparar los alcances de la DBT-Comprensiva y la DBT-Informada en futuras investigaciones.

Referencias

- Alpízar-Velázquez, Alejandra. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 17-36. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.02>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Axelrod, S., Perepletchikova, F., Holtzman, K. & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 37-42. DOI: 10.3109/00952990.2010.535582
- Barkley, R. A. (2015). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. pp. 81–115. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2014-57877-003>
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: A

- feasibility study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(3), 159–172. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0195-4>
- Bodalski, E.A., Knouse, L.E. & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, Emotion Dysregulation, and Functional Outcomes: Examining the Role of Emotion Regulation Strategies. *Journal of Psychopathological Behavior Assess*, 41, 81–92. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39–47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797106/>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J., Borràs, X., Portella, M., Martín-Blanco, A., Armario, A., Alvarez, E., Pérez, V. & Soler, J. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy- Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 363-370. <https://doi.org/10.1002/cpp.1837>
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260–271. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
- Koerner, K. & Dimeff, L. (2007). Overview of Dialectical Behavior Therapy. In Dimeff, L. & Koerner, K (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across Disorders and Settings* (Chapter 1, pp. 1-18). Guilford Press.
- Linehan, M. (2020). *Building a Life Worth Living: A Memoir*. Random House.
- Linehan, M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation. In Gross, J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (Chapter 29, pp. 581-605). Guilford Press.

- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J. & Comtois, K. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal on Addictions* 8, 279–292. DOI: [10.1080/105504999305686](https://doi.org/10.1080/105504999305686)
- Maffei, C., Cavicchioli, M., Movalli, M., Cavallaro, R. & Fossati, A. (2018). *Dialectical Behavior Therapy Skills Training in Alcohol Dependence Treatment: Findings Based on an Open Trial*, 53(14), 2368-2385. DOI: 10.1080/10826084.2018.1480035
- McMain, S., Korman, L. & Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation. *Journal of Clinical Psychology In Session* 57, 183-196.
- Mochrie, K. D., Lothes li, J., Guender, E., & St John, J. (2020). DBT-informed treatment in a partial hospital and intensive outpatient program: the role of step-down care. *Research in psychotherapy (Milano)*, 23(2), 461. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.461>
- Moritz, G., Pizzuti, L., Dillenburg, M., Lewgoy, L., Basso, P., Bau, C., Cancian, A., de Souza, L., Andreola, M., Victor, M., Philipsen, A., Teche, S., Rohde, L. & Grevet, E. (2021). Feasibility trial of the dialectical behavior therapy skills training group as add-on treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 516-524.
- Muñoz-Martínez, A. M., Gómez, Y., Naismith, I., & González-Rodríguez, D. (2023). Implementation of a brief online skills group of dialectical behaviour therapy for emotional dysregulation in Latinx: a withdrawal experimental single-case design. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 51(4), 286–301. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000085>
- Neacsiu, A., Eberle, J., Kramer, R., Wiesmann, T. & Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Retz, W., Stieglitz, R., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P. & Rösler, M. (2012) Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical

- evidence? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(10), 1241-1251.
<https://doi.org/10.1586/ern.12.109>
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73–80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Soler-Gutiérrez, A. M., Pérez-González, J. C., & Mayas, J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PloS ONE*, 18(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280131>
- Surman, C., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C., Petty, C. & Faraone, S. (2011). Deficient Emotional Self-Regulation and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Family Risk Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 168, 617-23. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10081172>
- Van de Glind, G., Brynte, C., Skutle, A., Kaye, S., Konstenius, M., Levin, F., Mathys, F., Demtrovics, Z., Moggi, F., Ramos-Quiroga, J., Schellekens, A., Crunelle, C., Dom, G., van den Brink, W. & Franck, J. (2020). The International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA): Mission, Results, and Future Activities. *European Addiction Research*, 26(4-5), 173–178. <https://doi.org/10.1159/000508870>
- Wilens, T. (2004). Impact of ADHD and Its Treatment on Substance Abuse in Adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 38–45.