

Capítulo 7: Terapia dialéctica comportamental (DBT)

Autor: Azucena García Palacios

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

JAVIER VÁZQUEZ-BOURGON

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

JESÚS ARTAL SIMÓN

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EDITORES

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP), Santander.
Co-director del curso de especialista universitario en psicoterapia integrada de los trastornos de la personalidad, Universidad de Deusto.

JAVIER VÁZQUEZ BOURGON

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

JESÚS ARTAL SIMÓN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

7 TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL (DBT)

Azucena García Palacios

1. INTRODUCCIÓN

1.1. UNA APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA DISREGULACIÓN EMOCIONAL PERSISTENTE

La terapia dialéctica comportamental (Dialectical Behavior Therapy, DBT) (Linehan, 1993a, 1993b, 2014), desarrollada por la Dra. Marsha Linehan se asocia al trastorno límite de la personalidad (TLP), ya que la mayoría de ensayos clínicos controlados con la misma se han destinado a este trastorno.

La literatura científica describe las dimensiones psicopatológicas afectadas en este trastorno (p.ej., Gunderson 2010):

1. Disregulación emocional. Los pacientes con TLP presentan dificultades importantes en la regulación de sus emociones. Tienen una alta reactividad emocional y sufren episodios depresivos, de ira o de ansiedad frecuentemente. Asimismo, presentan muchas dificultades en la modulación de sus emociones. Reaccionan de forma intensa y les resulta muy difícil retornar a la línea de base emocional. Sus estados emocionales son intensos y cambiantes.
2. Disregulación comportamental. En esta área es importante destacar las dificultades en el control de los impulsos y las conductas suicidas. Los comportamientos suicidas en estos pacientes comprenden un amplio rango de manifestaciones que van desde autolesiones en las que no se pone en peligro la vida, hasta

intentos graves de suicidio en los que la vida se pone en serio peligro.

3. Hipersensibilidad interpersonal. Estos individuos suelen presentar dificultades en el área interpersonal. Las relaciones suelen ser intensas y cambiantes, pasando de la idealización al odio con relativa facilidad. Les resulta muy difícil dar por terminada una relación y realizan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.
4. Alteraciones de la identidad. Es éste uno de los aspectos más problemáticos en el TLP. Aquí se incluirían los sentimientos crónicos de vacío y la incertidumbre en relación a su autoconcepto, la identidad sexual, la imagen corporal u otros aspectos relacionados como las dificultades en la autodirección, es decir, el establecimiento y la consecución de metas vitales. También se incluyen en esta dimensión síntomas cognitivos graves que suelen estar asociados a crisis emocionales como los estados disociativos o la ideación paranoide.

De entre estas dimensiones, Linehan destaca la disregulación emocional. Esta se podría definir como la falta de capacidad para cambiar, regular la sensibilidad a señales emocionales y la respuesta emocional comportamental, cognitiva, experiencial o fisiológica. En el TLP, Linehan señala que nos encontramos ante una disregulación emocional persistente, es decir, la persona sufriría una alta vulnerabilidad a la intensidad emocional combinada con una incapacidad para regular las respuestas emocionales intensas (Linehan, 1993a)

Así, la disregulación emocional persistente se caracterizaría por una alta sensibilidad a los estímulos emociona-

les, una reacción emocional intensa y un lento retorno a la línea de base emocional.

Las consecuencias de esta disregulación emocional persistente serían (Linehan, et al., 2007):

- Tendencia a tener experiencias emocionales aversivas.
- Falta de habilidad para regular la activación fisiológica intensa.
- Problemas en desviar la atención de los estímulos emocionales.
- Distorsiones cognitivas y dificultades en el procesamiento de la información.
- Pobre control de impulsos relacionados con emociones positivas y negativas.
- Dificultades en organizar la conducta para realizar acciones no dependientes del estado de ánimo.
- Tendencia a bloquearse o disociarse bajo condiciones de estrés elevado.

1.2. TEORÍA DIALÉCTICA

El modelo y el programa de tratamiento de la DBT están sustentados en una perspectiva dialéctica. Linehan (1993a) se refiere al enfoque filosófico que subyace a la teoría socioeconómica de Marx y Engels (1970), la teoría de la evolución científica de Kuhn (1962), o las teorías evolucionistas (Levins y Lewontin, 1985), entre otras.

Linehan incluye esta perspectiva en su programa terapéutico tras la constatación de la utilidad de las técnicas paradójicas con los pacientes límite. Entre estas técnicas se incluían exagerar las conclusiones absolutistas hasta caer en el absurdo, un énfasis en la aceptación, combinado con la promoción del cambio y una alternancia entre un estilo terapéutico confortador y un estilo irreverente y confrontador.

Según la perspectiva dialéctica, la realidad está en continuo cambio. Se compone de opuestos (tesis y antítesis) que se integran llegando a la reconciliación de los opuestos o síntesis. La base de la terapia dialéctica comportamental es reconocer esa polaridad y adquirir la habilidad de que ambas posibilidades (tesis y antítesis) son posibles y se pueden integrar en la síntesis.

Así la perspectiva dialéctica tiene tres características principales:

1. Principio de interrelación y globalidad. La dialéctica asume una perspectiva sistémica de la realidad. El análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo.

2. Principio de polaridad. La realidad se compone de fuerzas opuestas, tesis y antítesis, de cuya integración o síntesis se origina un nuevo conjunto de fuerzas opuestas.
3. Principio de cambio continuo. La realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo.

Desde esta perspectiva el TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico en cada una de esas dimensiones:

Fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo: Las personas que sufren TLP suelen moverse entre tesis y antítesis, es decir, entre opuestos. Una de sus características es que mantienen posiciones rígidas y contradictorias y son incapaces de integrar distintas posiciones. Tienden a ver la realidad en categorías polarizadas y rígidas, sin admitir que es posible la integración. Esta dicotomía en sus cogniciones, en la afectividad, en la interacción con los demás, es inamovible, lo que podría ayudar a entender su malestar emocional intenso.

Fracaso en el principio de globalidad e interrelación. Otra característica de los pacientes límite son sus problemas de identidad. Experimentan sensaciones crónicas de vacío, se sienten separados del entorno y de los demás, teniendo una sensación de “no encajar”. Estas sensaciones a veces son tan intensas que pueden sufrir episodios disociativos. Es decir, los pacientes con TLP no se sienten parte del todo, ni son capaces de integrarse en los distintos sistemas que componen el funcionamiento cotidiano como la familia, los amigos, la pareja, etc. Asimismo, presentan una rigidez importante en su comportamiento en distintos subsistemas, siendo incapaces de funcionar de forma flexible en diferentes ámbitos. Por ejemplo, comportarse con la misma familiaridad con una persona que acabo de conocer que con un miembro de mi familia.

La perspectiva dialéctica ayuda al clínico a organizar los patrones de funcionamiento dicotómicos, tan comunes en el TLP y que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. La DBT tiene entre sus objetivos principales la resolución o integración de dichos patrones opuestos.

Algunos ejemplos de esos patrones dicotómicos son:

1. En un polo, los comportamientos de victimización en los que el paciente se siente indefenso, culpa de lo que lo que le pasa a los demás y demanda que sean los

demás quiénes solucionen sus problemas y tomen las riendas de su vida. Es lo que Linehan denomina “pasividad activa”. En el otro polo, denominado “competencia aparente”, el paciente aparece como capaz de afrontar sus problemas, como que puede “tomar las riendas” sin necesidad de los demás. Sin embargo, esta competencia usualmente está asociada a un estado de ánimo positivo también intenso que hace al paciente generar expectativas elevadas e irrealistas sobre sus propias capacidades y metas. Muchas veces esta competencia aparente acaba con sentimientos de frustración intensos por no poder lograr esas metas lo que le lleva al otro polo (la pasividad activa).

2. Otro de estos patrones característicos tiene que ver con la inestabilidad emocional. En un polo encontramos las “crisis extremas”, que consisten en la expresión de emociones intensas y en la dificultad para modularlas. En el otro extremo está la “inhibición del sufrimiento”, es decir, la evitación o inhibición de la experiencia y la expresión de emociones dolorosas e intensas.

El problema de los pacientes límite es que es que no son capaces de encontrar un término medio, se colocan en los extremos de esos polos, con lo que su funcionamiento cotidiano resulta caótico para ellos mismos y para los demás.

Linehan articula su modelo teórico a partir de esta perspectiva respecto al trastorno límite de la personalidad, centrándose sobre todo en la disregulación emocional persistente. El modelo original de Linehan asume que el trastorno límite de la personalidad constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre disfunciones biológicas y un ambiente invalidante (Linehan, 1993a). Así, existen dos componentes fundamentales en el desarrollo del TLP:

1. La **disfunción en la regulación emocional**, que se traduce en una alta vulnerabilidad emocional unida a dificultades importantes en la modulación de los afectos.

La vulnerabilidad emocional se traduce en tres elementos:

- Una *alta sensibilidad ante los estímulos emocionales o bajo umbral para reaccionar emocionalmente*. Un ejemplo podría ser la sensación que nos transmiten los familiares de estos pacientes de que siempre les hacen estar en alerta, porque no

saben cómo van a reaccionar, es decir, tener mucho cuidado con lo que hacen o dicen porque pueden provocar una reacción emocional intensa en el individuo.

- Una *tendencia a experimentar emociones intensas*. La experiencia emocional es intensa. Es decir, el miedo se convierte en pánico, la alegría en euforia, la vergüenza en humillación, la tristeza en depresión, etc.
- *Dificultades en la modulación afectiva*, es decir, una vez se encuentran en ese estado de intensa emoción, les resulta difícil volver a su línea de base emocional. Este hecho tendría que ver con las teorías cognitivas de la emoción (p.ej., Bower, 1981) que señalan que la emoción tiene un efecto sobre los procesos cognitivos. Por ejemplo, a mayor intensidad emocional, se estrecha el foco atencional, con lo que los estímulos que provocaron la emoción se vuelven más salientes, con lo que se hace más difícil no fijarse en ellos, lo que provoca una retroalimentación de la emoción.

En resumen, el TLP se caracteriza por una gran vulnerabilidad emocional que se traduce en un umbral emocional bajo, falta de habilidades en la modulación emocional, tendencia a sentir los afectos de forma intensa y dificultades en el regreso a la línea de base emocional.

2. El **ambiente invalidante**. Este concepto se refiere, fundamentalmente, a un ambiente que tiene sus efectos en el desarrollo de la personalidad. En el caso del desarrollo del TLP se refiere sobre todo a un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le dice que se controle, que no está bien la manera en que expresa sus afectos, que no sabe reaccionar ante los acontecimientos. Es decir, se le pide que cambie, pero

no se le enseña cómo. Linehan (1993a) lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales.

Las consecuencias de este ambiente es que el individuo no aprende a confiar en sus propias emociones ya que el ambiente le dice que se equivoca, y el individuo acaba invalidando sus propias emociones. En un niño con alta vulnerabilidad emocional este ambiente crea una competición continua entre lo que el ambiente dice y lo que él siente, lo que lleva a un estado de frustración y culpabilidad por no ser capaz de cumplir las expectativas del ambiente.

El modelo de Linehan se fundamenta en la relación entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante como mecanismo clave del desarrollo de un trastorno límite de la personalidad. Esta interacción produce inestabilidad emocional persistente, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, emocional y de identidad constituyen intentos por controlar la emoción o por conseguir el apoyo del ambiente. La inestabilidad emocional es el problema que el individuo quiere resolver y, los intentos de solución se convierten en la fuente de sus problemas. Las conductas límite, por ejemplo, las conductas autolesivas, son en muchas ocasiones, intentos desadaptativos de regular el afecto intenso.

El grupo de Linehan a reelaborado el modelo biosocial propuesto por ella en 1993 otorgando una mayor relevancia a la impulsividad, considerada en la actualidad como un rasgo primario e independiente de la emoción (Crowell et al., 2009). La impulsividad temprana sería un aspecto característico de aquellos que más tarde recibirán un diagnóstico de TLP, y se equipararía a la vulnerabilidad emocional como otro factor de predisposición biológica, que afectaría tanto a las dificultades presentes como a las futuras en la regulación de una determinada emoción.

Esta revisión del modelo pretende ser congruente con la investigación actual que indica la marcada heredabilidad del rasgo de impulsividad (Livesley y Jang, 2008; Skodol et al., 2002), así como con el solapamiento sintomatológico existente entre el TLP y otras patologías, como por ejemplo los trastornos por abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de

conducta, el comportamiento antisocial o el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

La vulnerabilidad biológica afectaría al desarrollo del temperamento del individuo, que a su vez afectará el contexto ambiental (Interacción de riesgo o ambiente invalidante en este caso). Por otro lado, un ambiente invalidante afectará al funcionamiento biológico del niño, especialmente en los sistemas encargados del funcionamiento del afecto y la emoción. La interacción entre ambos generaría la progresiva intensificación tanto de las características de vulnerabilidad del niño como del cuidador, que llevarán a la manifestación emocional extrema y al refuerzo de la labilidad emocional. Según el modelo, estas interacciones aumentarían el riesgo de disregulación emocional, específicamente la sensibilidad, intensidad y duración de la emoción. Las reacciones cognitivas y comportamentales a situaciones emocionales son problemáticas como consecuencia de la labilidad emocional, lo que daría lugar a un procesamiento de información distorsionado, dificultades en regular las acciones para adquirir objetivos no dependientes del estado de ánimo, problemas para controlar acciones ligadas a la emoción y evitación o bloqueo de la emoción. Cuando estas interacciones suceden repetidamente durante meses y años, la disregulación emocional actuaría como un rasgo y las consecuencias serían aislamiento, tristeza, vergüenza, rabia y reiterados comportamientos impulsivos que aumentarían su frecuencia al ser reforzadas como métodos de regulación y/o evitación emocional.

Así, el modelo se reafirma en que la vulnerabilidad temprana interactúa con la historia de aprendizaje para determinar y mantener la disregulación emocional, conductual, interpersonal, cognitiva y de aspectos del "sí mismo" que desembocan en un trastorno límite de la personalidad.

2. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

2.1. VISIÓN GENERAL DEL TRATAMIENTO

La terapia dialéctica comportamental (DBT) constituye un ejemplo de la evolución de la Terapia de Conducta. Incluye toda la tradición de la terapia de conducta con innovaciones que tienen como finalidad dar una respuesta

adecuada a un problema muy complejo, la disregulación emocional persistente de la que el trastorno límite de la personalidad es un claro ejemplo. La DBT incluye principios de la terapia de conducta, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. El objetivo principal es la validación de las capacidades del paciente y el entrenamiento de habilidades con el fin, por una parte, de que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y, por otra, que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y conductas. La finalidad de esta terapia es que la persona no sólo aprenda a sobrevivir, sino a tener una vida que valga la pena ser vivida (Lynch, et al, 2007).

Uno de los aspectos más innovadores de la terapia de Linehan para el tratamiento del TLP es un cambio de foco en terapia. La terapia cognitivo-comportamental clásica se centra en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí, conseguir el cambio. Así, desde la DBT se indica que se vean las conductas desadaptativas de los pacientes límite como intentos por regular las emociones que, aunque muy disfuncionales, son comprensibles dada la patología que presentan y cómo se ha ido desarrollando el trastorno. La terapia se centrará en moldear y reforzar conductas más adaptativas al mismo tiempo que se proporciona a los pacientes un ambiente validante.

Si recordamos el modelo biosocial, los individuos con este trastorno han sufrido la invalidación por parte del ambiente. Uno de los mensajes que han recibido se refiere a que su forma de comportarse, pensar y sentir es errónea y, por tanto, tienen que cambiar. Cuando se presenta un tratamiento cognitivo-comportamental a este tipo de pacientes se corre el riesgo de que interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente. Le transmitimos que algo funciona mal en ellos y que la terapia sirve para cambiarlo. Esto puede causar frustración, bajas expectativas de cambio y adoptar una actitud defensiva respecto a la terapia. Es lo que llevan intentando hacer todas sus vidas, cambiar, pero no les da resultado. Linehan se dio cuenta de esto al intentar tratar a estos individuos con técnicas cognitivo-comportamentales clásicas. Esto le llevó a enfatizar, como primer paso, la aceptación de los problemas

emocionales del paciente y de la validación de sus capacidades, para, a partir de ahí conseguir el cambio.

Se trata de crear un contexto de validación, es decir, reconocer y validar las capacidades, creencias, emociones y recursos que posee el paciente y, a partir de ahí, cambiar los aspectos desadaptativos.

Por otro lado, no hay que confundir la aceptación y la validación con una actitud paternalista hacia el paciente o una excesiva permisividad. Se trata de entender y transmitir al paciente que su patrón de funcionamiento obedece a un problema emocional importante y que las conductas límite constituyen intentos de solucionar el problema por parte del individuo. Sin embargo, esto no es suficiente. Ese patrón está causando dolor al individuo y a su entorno y hay que dar pasos para aprender a modular las emociones, controlar la impulsividad, utilizar habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales, etc. Esto sólo es posible con la colaboración activa del paciente.

2.2. ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO

La terapia dialéctica comportamental se estructura en cuatro fases con distintos objetivos como señalan Lynch et al. (2007).

La mayoría de los estudios empíricos de validación de la DBT se han realizado con la primera fase del programa. Es esta primera fase la que está más desarrollada. Actualmente se están haciendo esfuerzos por explicitar el trabajo clínico a realizar en las fases 2, 3 y 4.

En la primera fase se incluye un periodo de pretratamiento que está dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia, es decir, el establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos.

La primera fase del tratamiento tiene una duración de alrededor de un año y ahí se llevan a cabo las metas principales del tratamiento utilizando terapia individual, terapia de grupo y consultas entre sesiones (utilizando teléfono, email, etc.): Disminuir conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia y conductas que interfieran en la calidad de vida, y aumentar habilidades de atención plena o *mindfulness*, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales.

La segunda fase del tratamiento no tiene una duración determinada y está destinada a trabajar aspectos emocionales que se han evitado durante largo tiempo. Se trata de dejar de evitar emociones y experimentarlas para

procesar aspectos dolorosos. Una de las características de estos pacientes es la dificultad en la elaboración de acontecimientos como duelos o pérdidas sentimentales. Además, es frecuente encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes como abusos sexuales o maltrato sufrido en la infancia o en la edad adulta. Esas dificultades se traducen en muchas ocasiones en la aparición de cuadros de estrés postraumático. Por ello, la terapia dialéctica dedica una fase del programa al tratamiento de los traumas que presentan los pacientes. Las intervenciones que se utilizan para ello son técnicas cognitivo-comportamentales con las que se expone al paciente a los acontecimientos traumáticos mediante tácticas de exposición y se reelabora el significado del trauma, reduciendo los sentimientos de culpa e invalidación mediante técnicas cognitivas.

En esta fase se siguen consolidando las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes pueden asistir a grupos de autoayuda.

La tercera fase se dedica a la consolidación de todo lo aprendido y actúa como una prevención de recaídas. En esta fase un objetivo importante es que el paciente vaya consolidando el respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias, es decir, que confíe en sí mismo y en sus capacidades. En ese momento el paciente ya ha experimentado una mejoría considerable y es capaz de funcionar de una forma más adaptativa, controlando la modulación del afecto y la impulsividad y relacionándose de forma más adecuada con los demás. En esta fase se trabaja en hacer planes de una forma realista con respecto a sus vidas en el plano profesional, académico o familiar y llevarlos a cabo para acabar con una vida de metas cambiantes y de caos.

La cuarta fase tiene como objetivo consolidar estos aspectos con el fin de reducir la sensación de vacío existencial y potenciar sentimientos de plenitud por vivir de acuerdo a sus valores e ir consiguiendo metas vitales.

A continuación, nos centraremos en la fase 1 de la DBT y más concretamente en los modos más importantes de la misma, la terapia individual y el entrenamiento en habilidades.

2.3. LA TERAPIA INDIVIDUAL

El modo de terapia básico de la DBT es la terapia individual. La terapia individual no está manualizada. Como señalan Miller y Rathus (2000) la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una

intervención basada en un manual de tratamiento. Lo que guía la terapia es una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia.

La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente:

1. Disminuir conductas suicidas y parasuicidas.
2. Disminuir conductas que interfieran con la terapia.
3. Disminuir conductas que interfieran en la calidad de vida.
4. Aumentar habilidades comportamentales.

Los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades.

Si el paciente presenta conductas parasuicidas, tratar esas conductas será prioritario ya que pertenece al primer punto de la jerarquía (conductas suicidas y parasuicidas), y otras metas, como un problema de relación interpersonal se tratará más tarde ya que pertenece al punto 3 de la jerarquía (calidad de vida).

Del mismo modo, el listado de prioridades ayuda al terapeuta y al paciente a centrar los objetivos en cada sesión. Como en otros contextos vitales, los pacientes con TLP tienden a ser muy inestables con respecto a la terapia. Los objetivos que se establecen en una sesión y que al paciente le parecen fundamentales, pueden parecerle superfluos y sin importancia en la siguiente. La estructura de la DBT permite que exista un orden pre-establecido respecto a los temas a tratar en la sesión.

Por ejemplo, imaginemos un paciente con el que se está trabajando un problema familiar (que correspondería, en la jerarquía, a una conducta que interfiere en la calidad de vida) durante las últimas dos sesiones. En la siguiente sesión se determina que se ha producido un acto parasuicida. Entonces, en esa sesión ése será el aspecto a tratar porque corresponde al aspecto más prioritario en la jerarquía. Esta jerarquía debe quedar clara al paciente y al terapeuta en el pretratamiento de forma que sea explícita y que se entiendan los temas a tratar en las sesiones. A continuación, describiremos cómo se trabajan estos objetivos en terapia individual desde la DBT.

2.3.1. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN LA TERAPIA INDIVIDUAL

La DBT incluye diversas estrategias terapéuticas que se utilizan en la terapia individual. A continuación, describiremos las estrategias estructurales, de evaluación del proble-

ma, solución de problemas, manejo de contingencias, exposición, tácticas cognitivas, de validación, de comunicación recíproca, tácticas irreverentes y estrategias dialécticas.

Estrategias estructurales

La estructura de las sesiones constituye un aspecto fundamental en la DBT. Las sesiones se estructuran a partir de la información que el paciente recoge en una herramienta básica, el diario DBT.

Se trata de un diario en el que se establecen los objetivos específicos para cada paciente de acuerdo a la jerarquía de prioridades que ya hemos comentado. Idealmente el paciente rellena el diario en el periodo entre sesiones; sin embargo, dadas las características del paciente límite esto es algo difícil de conseguir, por lo que en muchas ocasiones el diario se rellena en consulta. Por tanto, lo primero que se hace en una sesión de terapia individual es revisar y dar importancia al progreso conseguido desde la última sesión mediante el uso del diario. Otro aspecto importante es organizar el tiempo de la sesión de acuerdo a la jerarquía de metas que establece la DBT. El terapeuta también comprueba y da importancia a otros modos de terapia que el paciente esté recibiendo como el tratamiento farmacológico o el desarrollo del grupo de habilidades.

Durante la sesión se considera muy relevante que el terapeuta se focalice en las emociones, atendiendo explícitamente a cualquier estado de ánimo del paciente que interfiera seriamente con la terapia.

Es necesario que el terapeuta utilice estrategias para dar por terminada la sesión como resumir lo trabajado en sesión, programar tareas para casa o contactos telefónicos entre sesiones si es el caso, y concertar la siguiente cita dando una sensación de continuidad de la terapia. Por último, una estrategia estructural de la DBT la constituyen las tácticas para dar por terminada una fase de la terapia. Por ejemplo, al llegar a las últimas sesiones de la primera fase del tratamiento se va revisando el progreso conseguido y los aspectos tratados, se planifica la siguiente fase de tratamiento o se analizan las posibles dificultades del paciente con respecto a terminar la terapia.

Estrategias de evaluación del problema

El objetivo de estas estrategias es evaluar el problema específico que el terapeuta y el paciente van a trabajar en terapia en un momento determinado. El primer paso es definir el problema en términos de sus distintos compo-

nentes: contexto, conductas, pensamientos, emociones, etc. con el fin de determinar cuál es lo esencial de ese problema. Como vemos, se trata de realizar un análisis funcional. Además de describir el problema de forma específica, se relaciona la conducta con patrones de comportamientos más generales y se describen esos patrones a lo largo del tiempo. El terapeuta genera y pone a prueba hipótesis sobre los factores que influyen en la conducta del paciente. La definición del problema se puede llevar a cabo por medio de un análisis conductual formal.

Entrenamiento en solución de problemas

La técnica básica de cambio en la DBT es la solución de problemas. Cada objetivo específico se plantea como un problema que hay que solucionar. Una vez definido el problema (por ejemplo, por medio de un análisis funcional) el terapeuta ayuda al paciente a generar y analizar posibles soluciones y orienta hacia la solución óptima.

Cuando es adecuado el terapeuta proporciona información didáctica que sea relevante, enseña o modela conductas o habilidades nuevas, instruye y utiliza información para corregir, moldear y delinear conductas e intenta conseguir un fuerte compromiso por parte del paciente para llevar a cabo la solución.

Asimismo, el terapeuta ayuda a que el paciente generalice las habilidades o conductas aprendidas en la consulta al ambiente natural, anticipando posibles dificultades, ensayando la solución a adoptar antes de llevarla a cabo en ese ambiente natural y proporcionando apoyo en el mismo ambiente natural para que pueda llevar a cabo la solución.

Estrategias de manejo de contingencias

La DBT es un programa de tratamiento que enfatiza el establecimiento de contingencias claras en el tratamiento del TLP. Si recordamos el modelo teórico de Linehan, uno de los factores que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno es un patrón de crianza que proporciona contingencias no adecuadas como respuesta a las expresiones emocionales de los pacientes. Por el contrario, la DBT establece contingencias adecuadas a las respuestas del paciente en el proceso terapéutico, lo que contribuye a crear un ambiente de validación. Así, el terapeuta refuerza conductas adaptativas, extingue conductas desadaptativas y utiliza los principios del moldeamiento para reforzar la conducta del paciente. Asimismo, desde el inicio de la te-

rapia el terapeuta establece y comunica sus propios límites al paciente (p.ej., el horario, duración y frecuencia de los contactos telefónicos).

Estrategias de exposición

Las estrategias de exposición se utilizan habitualmente en la DBT individual. Linehan (1993a) distingue entre exposición informal y formal. La exposición formal supone utilizar un programa de exposición basado en un protocolo estandarizado (por ejemplo, exposición en vivo ante un estímulo fóbico). La exposición informal suele utilizarse con más frecuencia que la formal para el tratamiento de emociones concretas. Se presentan estímulos que puedan elicitar la respuesta emocional y se bloquean las conductas de escape, de forma que el paciente se exponga a la emoción. Esto se hace de forma repetida hasta que la intensidad de las emociones disminuya y el paciente tenga una percepción de mayor control sobre sus emociones. La exposición emocional se lleva a cabo con sumo cuidado y se le proporciona al paciente todo el apoyo para que pueda exponerse a las emociones de forma gradual.

Estrategias cognitivas

La DBT incluye entre sus estrategias la terapia cognitiva. Del mismo modo que en la exposición, se puede utilizar protocolos formales de reestructuración cognitiva, pero lo más habitual es utilizar distintas tácticas cognitivas de manera informal. El terapeuta clarifica contingencias observadas en la conducta del paciente (antecedentes y consecuencias de sus conductas), ayuda al paciente a identificar y describir cogniciones, reta los pensamientos del paciente y ayuda al paciente en el cambio de pensamientos.

Estrategias de Validación

Como ya hemos comentado, una de las aportaciones de la DBT es la combinación de técnicas de aceptación y de cambio como estrategias necesarias para conseguir mejoras significativas en la sintomatología TLP. La técnica básica de aceptación es la Validación. Linehan (1993a) describe siete tipos de Validación:

- Validación 1: Manifestar interés por el paciente, adoptar una actitud de escucha ante su discurso.
- Validación 2: Reflejar los sentimientos, pensamientos y las conductas verbales y no verbales del paciente por medio de observaciones, resúmenes y repeticiones.
- Validación 3: Expresar los pensamientos, sentimientos, impulsos que no han sido expresados explícita-

mente por el paciente. Linehan llama a este tipo de validación *mindreading* (leer la mente).

- Validación 4: El terapeuta explica la conducta del paciente de acuerdo a factores biológicos o de aprendizaje en el pasado, es decir, utiliza el modelo teórico de la DBT para dar una explicación a los problemas del paciente;
- Validación 5: El terapeuta encuentra y articula la validez de las respuestas del paciente de acuerdo a acontecimientos presentes. Por ejemplo, mediante el análisis de una conducta desadaptativa como una conducta autolesiva en un determinado momento el terapeuta y el paciente encuentran mediante el análisis conductual, que la función de esa conducta es escapar de un sufrimiento emocional extremo.
- Validación 6: La interacción con el paciente es radicalmente genuina. Se trata de una actitud general hacia el paciente, más que una validación explícita y verbal. El terapeuta se muestra espontáneo, trata al paciente con respeto y como a una persona del mismo estatus, comunicando de forma implícita confianza en las capacidades del paciente para cambiar.
- Validación 7: El terapeuta comunica al paciente de forma explícita que cree en él/ella. Se trata de generar esperanza, dar ánimos, y expresar la creencia de que es posible superar los problemas y tener una vida que valga la pena ser vivida.

Estrategias de comunicación recíproca

La DBT incluye dos tipos principales de comunicación con el paciente, la comunicación recíproca y la irreverente.

La comunicación recíproca consiste en que el terapeuta se toma en serio las preocupaciones del paciente y se muestra vulnerable a la influencia del mismo, es colaborador y flexible. Asimismo, el terapeuta se muestra atento a las conductas del paciente durante la sesión y a los cambios que puedan producirse en esas conductas; expresa calidez en la comunicación con el paciente tanto en la comunicación no verbal como en la verbal y mantiene la actitud de no juzgar al paciente.

También entra dentro de la comunicación recíproca el uso de autorrevelaciones respecto a la terapia, aspectos autobiográficos, y modelado mediante la comunicación de experiencias propias. Otro aspecto es el hecho de dar y recibir contacto físico dentro de unos límites éticos adecuados.

Estrategias de comunicación irreverente

También es posible utilizar un estilo de comunicación irreverente en algunos casos.

Una forma de comunicación irreverente es por ejemplo, comentar las conductas disfuncionales del paciente de forma explícita, manteniendo una conversación sobre las mismas y confrontando esas conductas disfuncionales de forma directa.

Otra forma de irreverencia es la irreverencia no ortodoxa que consiste en utilizar respuestas inesperadas, irreverentes e incluso cómicas con el fin de llamar la atención del paciente, cambiar su respuesta emocional o mostrarle un punto de vista totalmente diferente.

El uso de estrategias irreverentes requiere un grado importante de formación y experiencia clínica y sólo se utilizan en momentos donde es necesario “descolocar” al paciente para captar su atención y poder trabajar en un problema determinado.

Estrategias dialécticas

Como ya comentamos, la perspectiva dialéctica asume que los pacientes límite presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar.

La DBT tiene entre sus objetivos la resolución o integración de dichos patrones opuestos. Un modo de conseguirlo es equilibrar el uso de estrategias de aceptación y estrategias de cambio en el curso de la terapia, fomentando el uso de soluciones que promuevan el término medio, equilibrando el uso de estrategias de aceptación y cambio en general y en situaciones específicas.

Una forma de hacerlo es magnificar la tensión entre los polos dialécticos, lo que facilita el movimiento y el cambio. Se trata de subrayar la contradicción entre dos polos utilizando estrategias como por ejemplo hacer de abogado del diablo. El terapeuta trabaja para conseguir síntesis y modela el pensamiento y comportamiento dialéctico. Es muy útil el uso de metáforas, historias y analogías como herramientas de la terapia.

2.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COMPORTAMENTALES

Los individuos que sufren TLP presentan un déficit importante en destrezas de modulación emocional, cognitiva y comportamental y en eficacia interpersonal. El

entrenamiento en habilidades comportamentales se lleva a cabo durante la primera fase del tratamiento y se realiza utilizando dos formatos: el grupo, en el que se entrena y se practican las habilidades, y el tratamiento individual en el que se practican las destrezas y se aplican a la vida de los pacientes (Linehan, 1993b; Linehan, 2014).

La **meta principal del entrenamiento en habilidades** consiste en aprender y aplicar en la vida diaria habilidades con el fin de cambiar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida de los pacientes límite.

Es importante señalar que una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas. Esto resulta comprensible debido a la inestabilidad emocional que sufren, que puede deteriorar el proceso de aprendizaje. Por esta razón, **es recomendable que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes** mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización de las destrezas adquiridas, meta de todo entrenamiento en habilidades.

El grupo de terapia se compone de entre 6 a 8 pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de unas 2 horas y media. Se recomienda que el entrenamiento en habilidades tenga una duración de 6 meses. Al mismo tiempo y posteriormente, el paciente practica con su terapeuta individual y aplica las destrezas que va aprendiendo a los acontecimientos de su vida cotidiana.

La primera sesión del entrenamiento, como es habitual en la psicoterapia de grupo de orientación cognitivo-comportamental, está destinada a la presentación de cada uno de los miembros del grupo y de sus problemas, a describir las estrategias que se van a aprender en el grupo, incluyendo la explicación de la base lógica de las mismas y a establecer las normas de funcionamiento del grupo.

Las **normas** hacen referencia por una parte, a aspectos generales de la terapia de grupo como la asistencia a las sesiones, la puntualidad o el mantenimiento de la confidencialidad de la información que los pacientes dan al grupo, y, por otra, a aspectos que son más específicos en el tratamiento de los pacientes límite, como no discutir con otros pacientes conductas suicidas fuera de las sesiones, no acudir a las sesiones bajo el efecto de alcohol o drogas

y no acudir al mismo grupo de terapia pacientes que mantengan una relación de pareja.

Las siguientes sesiones se dedican al aprendizaje y puesta en práctica de los distintos tipos de habilidades. Las habilidades de *mindfulness* y las tácticas de tolerancia del malestar son técnicas que favorecen la aceptación y la validación de los propios sentimientos, pensamientos y conductas. Las habilidades de eficacia interpersonal y las habilidades de regulación emocional son estrategias para lograr el cambio en dos áreas problemáticas importantes del TLP, las relaciones interpersonales y la regulación de las emociones. En los siguientes apartados describiremos estos cuatro tipos de estrategias.

2.4.1. HABILIDADES DE MINDFULNESS

Las habilidades de *mindfulness* o conciencia plena en la DBT provienen de la meditación oriental Zen. En la DBT se transmite a los pacientes la idea de que la meta fundamental es adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias en el momento presente, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas de forma impulsiva y dependiente del estado de ánimo. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, reemplazar los comportamientos disfuncionales por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más beneficiosas.

Estas destrezas se dividen en dos tipos de estrategias. Las técnicas “Qué” y las técnicas “Como”

Las técnicas “Qué” incluyen el aprendizaje de observar, describir y participar de nuestras experiencias. La meta es desarrollar una actitud de participar con conciencia.

La táctica “observar” hace referencia a atender a los acontecimientos, emociones, conductas u otras experiencias, aunque no sean agradables. Es decir, se trata de que el paciente se permita tomar conciencia de lo que está ocurriendo en un momento dado. Algunos ejercicios para practicar esta estrategia son: centrarse en sensaciones físicas como la respiración, notar el tacto de algo frío o caliente, fijarse en los dos primeros pensamientos/emociones o experiencias que acudan a la mente como si fueran en una cinta transportadora, sólo observándolos, sin describirlos y sin parar la cinta, dejándolos pasar.

La técnica “describir” consiste en poner palabras a lo que “observo”, de etiquetar mis experiencias. Por ejemplo,

diferenciar entre distintas experiencias y clasificarlas según su naturaleza en sentimientos, pensamientos, acontecimientos, etc. Siguiendo con el ejercicio de la cinta transportadora, dividir la cinta en distintas secciones y hacer que las experiencias similares sigan un camino distinto a las otras y se almacenen en cajas diferentes.

Por último, se enseña la táctica “participar”. Aquí la instrucción es adentrarse en la experiencia, no permanecer al margen, tomar conciencia de que yo soy el agente de mis pensamientos, de mis sentimientos, de mis acciones. Participo de mis experiencias y me reconozco como su agente.

Las técnicas “Cómo” se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias “Qué”. Observar, describir y participar, ¿cómo?: sin juzgar y experimentando los acontecimientos de uno en uno. Aquí se hace mucho hincapié en las diferencias entre lo que es un juicio y lo que es un hecho.

Otro aspecto a tratar es practicar el atender a las cosas de una en una, participando activamente primero de una y luego de la siguiente, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiar lo que nos traiga problemas.

Las estrategias de *mindfulness* se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias. Por ejemplo, para practicar tácticas de regulación emocional se empieza por la observación, descripción y participación en las emociones. Además, las habilidades de conciencia plena se pueden practicar al finalizar las sesiones de grupo, ya que tienen un efecto beneficioso sobre la activación emocional y producen un estado de bienestar, adecuado para finalizar la sesión de terapia.

2.4.2. HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR

Quizás las técnicas que reflejan mejor las estrategias de aceptación en el entrenamiento en habilidades son las tácticas de tolerancia del malestar. La DBT da mucha importancia a encontrar significado también en el sufrimiento. Las razones que esgrime para ello son, por una parte, que éste forma parte de nuestras vidas y no nos podemos deshacer de él; la incapacidad de aceptar este hecho lleva invariablemente a mayor sufrimiento. Por otra parte, y lo que es muy importante en el caso de los pacientes límite, tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que me permitan sufrir menos. Si niego el malestar, o lo inhibo, o lo evito, no puedo conocerlo, ni conocer los factores asociados a él, y, por tanto, no puedo cambiarlo.

Las técnicas para tolerar el malestar constituyen una progresión natural de las estrategias de *mindfulness* (Linehan 1993b). Tolerar el malestar es la habilidad de percibir lo que me rodea sin la pretensión de que sea diferente. Es decir, experimentar mis emociones sin intentar cambiarlas, observar mis pensamientos y acciones sin intentar controlarlos.

Sin embargo, es importante transmitir a los pacientes que tolerar no significa juzgar algo como bueno, “aceptar” la realidad no es igual que “aprobar” la realidad. Es decir, no se debe correr el riesgo de que el paciente crea que aprobamos sus conductas disfuncionales. La meta de estas técnicas es ser capaz de tolerar lo que está ocurriendo en aquellas ocasiones en las que es muy difícil que la situación cambie en ese momento. La idea básica es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor. Se trata de afrontar situaciones de crisis y poder sobreponerse a las emociones. Con estas tácticas no se consigue solucionar problemas vitales, pero nos permiten no empeorar una situación dada.

Las tácticas de tolerancia del malestar se agrupan en cuatro tipos de técnicas que describiremos a continuación:

1. Tácticas de distracción. Su finalidad es reducir el contacto con los estímulos emocionales para poder tolerar mejor la respuesta emocional. Se trata de técnicas de distracción que se utilizan en otros programas cognitivo-comportamentales, como realizar ejercicios mentales que impliquen esfuerzo cognitivo, realizar actividades distractoras, o hacer cosas por los demás para dejar de centrarse en uno mismo, entre otras.
2. Confortarse a uno mismo. Realizar acciones que impliquen el cuidado de uno mismo, utilizando los cinco sentidos. Darse un baño relajante, comer una comida especial, escuchar una canción que me guste, etc., pueden ser ejemplos de esta estrategia.
3. Mejorar el momento. Se trata de sustituir los acontecimientos negativos por aspectos más positivos. Aquí se pueden utilizar técnicas cognitivas para reestructurar el significado de lo que ha pasado, utilizando, si es posible, la desdramatización o buscando un significado al sufrimiento que en ese momento se está sintiendo. Otras técnicas pueden ser elicitación de escenas en imaginación, tácticas de relajación o entrenamiento en autoinstrucciones.
4. Analizar pros y contras sobre tolerar vs. no tolerar el malestar. El paciente puede realizar este análisis utilizando las razones que se han aprendido en terapia y

las ventajas que tiene tolerar el sufrimiento en ocasiones en las que es difícil que la situación mejore.

2.4.3. HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

El entrenamiento en regulación emocional es un objetivo primordial de la DBT.

Los objetivos de este módulo incluyen diversos aspectos:

1. Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir la situación, la interpretación, la emoción y sus consecuencias. El módulo incluye psicoeducación sobre qué son las emociones, se analizan los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se propone un modelo de las emociones que ayuda a discriminar lo que ocurre cuando se experimenta una emoción, y por tanto, a conocerlas. Los elementos que el paciente aprende a identificar son:
 - El acontecimiento que desencadena la emoción.
 - La interpretación del acontecimiento que desencadena la emoción.
 - La fenomenología de la emoción, es decir, sus correlatos fisiológicos, gestuales, mímicos, cognitivos y el impulso a actuar; el comportamiento asociado a la emoción.
 - Los efectos “secundarios” de la emoción que producen consecuencias en el funcionamiento del individuo.

Para trabajar este aspecto se utiliza un registro. El análisis detallado de los elementos que componen el proceso de experimentar una emoción y la práctica de esa habilidad proporciona al paciente un conocimiento sobre sus propias emociones y la forma de experimentarlas. Además, la psicoeducación revela al paciente conocimientos sobre un área sobre la que suele tener unos déficits considerables.

Se realizan ejercicios en los que se aprende sobre una emoción concreta. Se elige, por ejemplo, la tristeza y entre todos los miembros del grupo se intentan responder a cuestiones como: palabras que describen la tristeza, acontecimientos que la pueden provocar, interpretaciones que provocan tristeza, cómo se experimenta esa emoción físicamente, qué impulsos lleva asociados, cómo se expresa facial o gestualmente, qué comportamientos suelen acompañar a esa emoción y qué efectos o consecuencias puede tener esa emoción.

- Identificar obstáculos para el cambio emocional, analizando las contingencias que refuerzan ciertas emociones. En el conocimiento de las emociones también es importante el análisis de la función que cumplen y de los aspectos reforzantes que hacen que se mantengan emociones disfuncionales.

Las funciones de las emociones incluyen principalmente motivar las acciones del individuo y comunicarse con los demás. Entrando más en detalle, las emociones pueden servir para influenciar la conducta de los demás y para validar las percepciones e interpretaciones de la persona. Las emociones de los pacientes límite tienen a veces la función de llamar la atención de los demás para conseguir apoyo, pero de una forma muy disfuncional. Por lo que respecta a las interpretaciones de los acontecimientos, los pacientes límite suelen interpretar el mundo y a sí mismos en función de sus emociones. Como estas emociones son a menudo intensas y negativas, sus interpretaciones también lo son, con lo que es probable que esto dé lugar a una visión muy negativa de sí mismo y del mundo. Es muy importante dedicar tiempo a analizar estos aspectos para poder intervenir sobre ellos.

- Reducir la vulnerabilidad emocional. El TLP se caracteriza por su alta vulnerabilidad e inestabilidad emocional. Además, estos pacientes suelen estar sometidos a estrés físico y psicosocial que contribuye también a incrementar esa vulnerabilidad emocional. Por ello, en el tratamiento también se incluye la programación de hábitos saludables para reducir ese estrés, como tratar adecuadamente los problemas físicos, evitar la automedicación o el consumo de alcohol y otras sustancias, regular el sueño, la alimentación, hacer ejercicio y realizar actividades diarias que incrementen el sentimiento de autoeficacia.
- Incrementar la frecuencia de acontecimientos emocionales positivos. Una forma de incrementar la frecuencia de emociones positivas es incrementar la ocurrencia de acontecimientos positivos. Por ello el módulo de entrenamiento en habilidades de regulación emocional incluye la programación y realización de actividades placenteras a corto plazo y a largo plazo.
- Tomar conciencia de las emociones. Es habitual que los individuos que sufren un TLP hagan juicios de valor negativos sobre sus emociones. Al considerar

sus emociones como algo negativo y, en ocasiones, despreciable, tienden a inhibirlas y evitarlas. Utilizar las habilidades de *mindfulness* dirigidas a las experiencias emocionales negativas, observando, describiendo y participando de ellas sin realizar juicios sirve para romper el mecanismo de evitación y exponerse a ellas sin que se produzcan consecuencias no deseables como los sentimientos de culpa o de ansiedad.

- Realizar acciones opuestas a la emoción. Se trata aquí de actuar en el componente comportamental de la emoción. Una forma de cambiar o regular las emociones cuando éstas no están justificadas por la situación, es realizar conductas que sean contrarias a la emoción. Por ejemplo, sentir miedo de hacer una petición razonable no está justificado. Este miedo se puede contrarrestar con la exposición a la situación temida, es decir, se afronta la situación haciendo lo contrario a lo que la emoción nos pide (en este caso, escapar).
- Solución de problemas emocional. Las emociones, a veces, como en el ejemplo anterior, no están justificadas por la situación. Sin embargo, otras veces sí están justificadas, aunque sean emociones negativas y dolorosas. Por ejemplo, sentir miedo de mi pareja porque ésta me agrede físicamente reiteradamente es un miedo justificado. En esa situación, no sería adecuado aplicar la acción opuesta a la emoción. El miedo, en esa situación está enviando un mensaje y hay que escucharlo “las emociones son sabias”. Esa emoción tan dolorosa indica que hay un problema importante que hay que solucionar. Entonces se valoran las opciones, se toma la solución mejor (por ejemplo, buscar otro sitio donde vivir y acabar esa relación) y se ponen los medios para poder llevar a cabo la solución propuesta. El módulo de habilidades de regulación emocional constituye una de las aportaciones más relevantes de la Dra. Linehan al tratamiento del TLP, ya que interviene de forma directa en el área más problemática de este trastorno.

2.4.4. HABILIDADES DE EFICACIA INTERPERSONAL

El último módulo del entrenamiento en habilidades comportamentales lo constituye el componente de eficacia interpersonal. En el aspecto técnico el entrenamiento en estas estrategias es similar a cualquier programa de habilidades sociales de orientación cognitivo-comportamental.

Las técnicas que se aprenden incluyen tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando solución de problemas.

Sin embargo, es importante tener en cuenta la patología específica que presentan las personas con TLP en el ámbito interpersonal. La experiencia con estos pacientes es que suelen poseer buenas habilidades sociales. El problema estriba en que han creado expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones sociales. Las dificultades en el ámbito social suelen estar relacionadas con patrones cognitivos dicotómicos y respuestas emocionales incontrolables, que llevan a rupturas prematuras; aparece también una baja tolerancia al malestar, tienen problemas en solución de problemas cuando hay un conflicto, suelen hacer juicios prematuros y se mueven en la ambivalencia, en dicotomías como pasar de la evitación del conflicto a la confrontación intensa.

El entrenamiento está dirigido a retar y ajustar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre su entorno, sus relaciones sociales y sobre ellos mismos.

Lo específico de la intervención con estos pacientes es que se establecen una serie de premisas que incluyen: ocuparse de las relaciones con los demás, equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir respeto por uno mismo y competencia. Estas premisas guían el entrenamiento en eficacia interpersonal y se hacen explícitas en la práctica de las mismas.

Otro aspecto importante es tener muy en cuenta el objetivo que se pretende conseguir en cada interacción y mantenerlo, tarea que resulta compleja para los pacientes límite.

Se establecen tres **objetivos** básicos:

1. Eficacia relacionada con los objetivos (objetivo inmediato).
2. Eficacia relacionada con la relación social.
3. Eficacia relacionada con el respeto por uno mismo.

En el entrenamiento se consideran los tres tipos de metas para resolver conflictos interpersonales, valorando qué es más importante en una situación social determinada.

El respeto por uno mismo es un objetivo que siempre suele estar presente y que puede ser compatible con los otros dos, aunque en algunas ocasiones es un objetivo importante. Por ejemplo, imaginemos que pido un aumento

de sueldo que me hace mucha falta, pero me ponen la condición de que haga algo que está muy en contra de mis principios, como espiar a un compañero. En este caso, mantener mis principios está por encima de mi objetivo de conseguir un aumento de sueldo.

En este módulo, Linehan adapta de forma inteligente el entrenamiento en habilidades sociales tradicional a las características específicas de los pacientes con TLP, lo que seguramente revierte en una mayor comprensión por parte de los pacientes, y una mejor aplicación y generalización de las destrezas sociales aprendidas.

3. EFICACIA DE LA DBT

La terapia dialéctica comportamental ha recibido un sustancial apoyo empírico. Existen varios ensayos clínicos controlados, llevados a cabo por investigadores de distintos centros y países que prueban que la DBT es eficaz en el tratamiento del TLP (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Linehan et al., 2006; Koons et al., 2001; Turner, 2000; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; van den Bosch, Verheul, Schippers y van den Brink, 2002; Verheul et al., 2003; Soler et al., 2009; McMair, Guimond, Streiner, Cardish y Links, 2012). Lynch et al (2007) realizan una excelente revisión de la evidencia empírica que apoya la DBT.

El programa de tratamiento se ha aplicado en pacientes ambulatorios y hospitalizados y en pacientes con adicción a sustancias y con trastorno por atracón. Los datos indican que el programa en su primera fase (un año), comparado con otro tipo de tratamiento, consigue reducciones significativas en intentos de suicidio, hospitalizaciones y abandonos.

En el meta-análisis publicado en 2012 que incluyó 30 ensayos clínicos controlados sobre eficacia de programas psicoterapéuticos para el TLP realizados entre 1991 y 2011, la DBT demostró ser el programa psicológico con un mayor número de ensayos clínicos controlados que apoyan su eficacia en dimensiones importantes como la impulsividad, la afectividad, y el nivel general de funcionamiento (Stoffers et al., 2012).

Los datos empíricos son alentadores, aunque son necesarios más estudios para determinar la eficacia del tratamiento en variables más específicas del trastorno límite

y para determinar si es factible aplicar el tratamiento en otros ambientes terapéuticos, como la red pública de salud mental. Una de las primeros inconvenientes que el clínico seguramente se planteará es la posibilidad de aplicar este completo tratamiento en su unidad de salud mental o en su consulta. La infraestructura y el personal que requiere no están disponibles en las redes públicas de salud mental. Sin embargo, los resultados obtenidos indican que merece la pena intentar realizar adaptaciones del programa para que pueda ser aplicado con menos recursos. Distintos grupos de investigación están trabajando en este tema. El grupo de los doctores Pérez y Soler del Hospital Sant Pau de Barcelona han publicado un estudio en el que presentan datos prometedores de la aplicación del entrenamiento en habilidades en pacientes TLP que acuden a la sanidad pública (Soler et al., 2009). Es necesario continuar trabajando en esa línea con el fin de mejorar la aplicabilidad de la DBT.

Por último, otra línea en la que se están centrando las investigaciones actualmente es el estudio de los mecanismos de acción de la DBT. Se trata de dilucidar cuál o cuáles de los distintos componentes del programa son los ingredientes clave (Lynch, et al., 2006).

4. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha descrito la terapia dialéctica comportamental (DBT), un programa destinado al tratamiento de la disregulación emocional persistente, de la que el trastorno límite de la personalidad es un claro exponente.

La DBT fue diseñada y validada por la Dra. Marsha Linehan para poder ofrecer ayuda a personas que querían acabar con su vida, por lo que, desde su inicio la DBT ha tratado personas que se encontraban en un estado clínico grave.

El programa incluye distintos modos de terapia y distintas fases, estructurándose en un protocolo muy completo que ha demostrado eficacia en la sintomatología clave del TLP en numerosos ensayos clínicos controlados.

Además, como la DBT se centra en la disregulación emocional persistente, se ha revelado como un programa transdiagnóstico que puede aplicarse a otros trastornos mentales, además de al TLP.

Pese a su gran eficacia, la DBT presenta problemas de implementación, sobre todo desde una perspectiva de salud mental pública, dado que el entrenamiento de los terapeutas y los recursos necesarios para su aplicación en

su formato estándar, suponen un coste elevado. Sin embargo, se están realizando adaptaciones (como la aplicación del módulo de habilidades) más coste-eficaces que están demostrando eficacia con un coste mucho menor.

Por último, es importante señalar que la DBT constituye un ejemplo de la evolución de la terapia de conducta a partir de una necesidad clínica.

5. LECTURAS RECOMENDADAS

- Crowell, S.E., Beauchaine, T. P & Linehan, M. (2009). Biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Gunderson, J. G. (2010). Revising the borderline personality diagnosis for DSMV: An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24, 694-708.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *Skills training manual*. Second edition. New York: Guilford.
- Lynch, T. R., Trost, W.T., Salsman, N. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Stoffers J. M., Völlm, B. A., Rucker G., Timmer A., Huband N. & Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
2. Crowell, S.E., Beauchaine, T. P & Linehan, M. (2009). Biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
3. García-Palacios, A., Navarro Haro, M. V., Guillén, V., Marco, H. & Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18, 197-216.

4. Gunderson, J. G. (2010). Revising the borderline personality diagnosis for DSMV: An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24, 694-708.
5. Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Butterfield, M. J. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
6. Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
7. Levisn, R. & Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge MA: Harvard University Press.
8. Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
9. Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducido por Paidós en 2003.
10. Linehan, M. M. (2014). *Skills training manual. Second edition*. New York: Guilford.
11. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
12. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1-10.
13. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S. et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
14. Linehan, M. M., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
15. Linehan, M. M., Schindt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
16. Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
17. Livesley, W.J. & Jang, K. L. (2008). Behavioral Genetics of Personality Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 247-274.
18. Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
19. Lynch, T. R., Trost, W.T., Salsman, N. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
20. Marx, K. & Engels, F. (1970). *Selected words (vol. 3)*. New York: International.
21. McMMain, S. F., Guimond, T. Streiner, D. L. Cardish, R. J. & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 650-661.
22. Miller, A. L. & Rathus, J. H. (2000). Dialectical behavior therapy : Adaptations and new applications. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 420-425.
23. Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B. & Widiger, T. A. (2002). The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biological Psychiatry*, 51, 951-963.
24. Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barra-china, J. Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E. & Perez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.

25. Stoffers J. M., Völlm, B. A., Rucker G., Timmer A., Huband N. & Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
26. Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy. *Clinical Psychology*, 7, 95-98.
27. Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. & Van Den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
28. Van Den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M. & Van Den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long-term effects. *Addictive Behavior*, 27, 911-923.
29. Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

cibersam

Centro de Investigación Biomédica en Red
Salud Mental



UNIÓN EUROPEA

Fondos Europeo de Desarrollo Regional

○○○ FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN
○○○ EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

