

LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL: TERAPIA INDIVIDUAL

Azucena García-Palacios
Universitat Jaume I, Castellón (España)

Resumen

El trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los problemas psicológicos más complejos y difíciles de tratar. Entre las intervenciones que se han desarrollado para el tratamiento de este trastorno, la terapia dialéctico-comportamental (DBT) constituye uno de los programas de tratamiento que más apoyo empírico está recibiendo. Basado en una perspectiva cognitivo-comportamental, este programa incorpora algunos elementos novedosos con el fin de abordar el patrón disfuncional de la personalidad límite. La DBT incluye distintos modos de terapia, entre los que destacan la terapia individual y la terapia grupal. Los contenidos de la terapia grupal están estructurados a la manera tradicional en un manual de tratamiento que guía la terapia sesión a sesión. Sin embargo, la terapia individual no está basada en un manual, sino en unos principios terapéuticos específicos que es necesario seguir para el buen desempeño de la intervención. El objetivo de este trabajo es describir el modo de terapia individual señalando los aspectos que hacen de la DBT una intervención novedosa y eficaz que está contribuyendo al enriquecimiento de la terapia de conducta.

PALABRAS CLAVE: Terapia dialéctico-comportamental, trastorno límite de la personalidad, terapia individual.

Abstract

Borderline personality disorder is among the most challenging psychological problems. There are some interventions designed to treat this complex disorder and Dialectical Behavioral Therapy is a cognitive-behavioral program that is receiving an important amount of empirical support. This psychological program includes innovative elements with the aim of treating the specific pathological features of borderline personality disorder. DBT includes different modes of therapy, like individual therapy and group therapy. The contents of group therapy are structured in a traditional way using a treatment manual that guides the intervention session by session. However, individual therapy is not manual-based but it is based in

certain therapeutic principles that are important to follow to make the intervention work. The aim of this work is to describe DBT individual therapy highlighting the elements that make DBT an innovative and effective program that contributes to improve Cognitive-behavioral therapy.

KEY WORDS: *Dialectical Behavioral Therapy, borderline personality disorder, individual therapy.*

Introducción

La terapia dialéctico-comportamental (DBT) es un programa de tratamiento diseñado y validado por el equipo de la Dra. Marsha Linehan en la Universidad de Washington en Estados Unidos. Este programa está dirigido al tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP).

El TLP se caracteriza por un patrón de inestabilidad que se manifiesta en áreas estructurales del individuo como la afectividad, el comportamiento, la cognición y las relaciones interpersonales (APA, 2000). Este patrón se traduce en una elevada reactividad del estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004). El TLP presenta una prevalencia vital de entre un 1 y un 2% en la población general y de alrededor de un 11% en pacientes psiquiátricos ambulatorios (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). Entre un 70 y 75% presentan una historia de al menos un acto de autolesión y la tasa de suicidio es de un 9% (APA, 2000; Cowdry, Picar y Davis, 1985). Este trastorno de la personalidad presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, problemas relacionados con el consumo de sustancias, trastornos del control de los impulsos, trastorno por déficit de atención, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (Caballo *et al.*, 2004; Girolano y Dotto, 2000).

La doctora Linehan y su grupo han dedicado los últimos veinte años a desarrollar y diseminar la terapia dialéctico-comportamental. Se han llevado a cabo numerosos estudios controlados que ofrecen resultados de eficacia comparando la DBT con condiciones de tratamientos no estructuradas denominadas *treatment as usual*, es decir, el tratamiento que reciben los pacientes de forma rutinaria (p.ej., Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan *et al.*, 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons *et al.*, 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001; Linehan *et al.*, 2002; Verheul *et al.*, 2003; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Linehan *et al.*, 2006). El programa de tratamiento consigue reducciones significativas en indicadores de gravedad característicos del trastorno límite de la personalidad: número de hospitalizaciones, utilización de servicios de urgencia e intentos de suicidio. Además este programa consigue reducir el número de abandonos y también ha mostrado eficacia en el tratamiento

de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan comorbilidad con dependencia de opiáceos (Linehan *et al.*, 2002). Aunque este programa de tratamiento fue inicialmente diseñado para aplicarlo de forma ambulatoria, existen datos que apoyan su utilidad en pacientes hospitalizados (p.ej. Kröger *et al.*, 2006). En un estudio reciente, Linehan *et al.* (2006) han publicado datos en los que por primera vez se compara la DBT con un tratamiento no totalmente estructurado pero que controla factores relacionados con aplicar terapia por expertos y estructurada como recibir al menos una sesión por semana, controlar el contenido de las sesiones, tener en cuenta la experiencia clínica y el entrenamiento de los terapeutas, y establecer sesiones de supervisión. Los resultados sugieren que la eficacia de la DBT no puede ser atribuida a factores generales asociados a cualquier psicoterapia realizada por expertos, sino que la DBT parece contener ingredientes que son específicos para la eficacia en el tratamiento del TLP.

La terapia dialéctico-comportamental aborda el problema de personalidad del paciente con TLP. La estructura, las técnicas y el proceso terapéutico están diseñados con el objetivo de tratar las áreas problemáticas propias del trastorno: los problemas de inestabilidad emocional, las dificultades en las relaciones interpersonales, las conductas suicidas e impulsivas, la rigidez cognitiva y las alteraciones en la identidad. Para ello incluye distintos modos de terapia, siendo la terapia individual la base del programa pero ayudándose de terapia grupal para el entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas para la generalización de las mismas y grupos de autoayuda para la prevención de recaídas.

Linehan publicó dos textos básicos en el que describe en profundidad su programa de tratamiento (Linehan, 1993a y Linehan 1993b), de los cuales uno está traducido al castellano y que son básicos para los investigadores y clínicos que quieran acercarse a este programa de tratamiento. En una publicación anterior (García-Palacios, 2004) presentamos una visión general del tratamiento y las técnicas del entrenamiento en habilidades, objetivo fundamental de la terapia grupal. El objetivo del presente artículo es profundizar en el modo de terapia fundamental de la Terapia Dialéctico-comportamental, la terapia individual.

Visión general del modelo teórico y del programa de tratamiento

La terapia dialéctico-comportamental es un programa de tratamiento cognitivo-comportamental cuyo objetivo fundamental es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciéndose las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo y que aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.

Linehan (1993a) conceptualiza el trastorno límite de la personalidad como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante. Según esta perspectiva el individuo presenta una alta vulnerabilidad emocional determinada biológicamente que le lleva a experimentar las emociones de forma intensa y presentar dificultades en la modulación de los afectos. El otro factor importante del modelo teórico de Linehan es

el ambiente invalidante, un factor psicosocial que consiste en un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales. Tenemos pues un individuo vulnerable emocionalmente cuyo ambiente responde a su expresión de emociones intensas de forma que se le transmite el mensaje de que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se aplican contingencias no adecuadas a la expresión de emociones intensa y a la dificultad de modular emociones. Es decir, no se reconocen los problemas emocionales del niño, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. Además, en un ambiente de esas características, se castiga la expresión de emociones, pero se refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales muy extremas. A lo largo del desarrollo de la personalidad la interacción de estos dos factores produce un patrón de inestabilidad emocional, que constituye la fuente de problemas fundamental en este trastorno. A su vez, la inestabilidad emocional provoca disfunciones comportamentales, interpersonales, cognitivas y de identidad. Es decir, las conductas y sintomatología límite constituyen intentos desadaptativos de modular las emociones o conseguir el apoyo del ambiente.

El programa de tratamiento diseñado por Linehan tiene como objetivo el tratamiento de cinco áreas problemáticas: disfunción emocional, comportamental, cognitiva, interpersonal y de la identidad.

El pretratamiento 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 básicos para el buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta. Por ejemplo, se establece un compromiso de asistir a terapia durante un año que puede renovarse anualmente. Al final del año se evalúa el progreso y se determina si continuar o no. Esta fase de pretratamiento es fundamental porque en ella se determinan los límites de la terapia, unos límites constantes que van a guiar la terapia. Considero que este establecimiento explícito y claro de los límites de la terapia es una de las ventajas que la DBT ofrece ya que promueve la adhesión al tratamiento y la reducción del número de abandonos.

Después del pretratamiento comienza la primera fase del tratamiento donde se trabajan los aspectos fundamentales del TLP: Por un lado disminuir las conductas suicidas y parasuicidas, las conductas que interfieran en la terapia y las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente, y, por otro, aumentar las habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y de efectividad interpersonal. Esta fase tiene una duración de un año y se utilizan la mayoría de los modos de terapia: terapia individual, terapia de grupo y consultas telefónicas. Se establece una sesión individual y una sesión de grupo a la semana y las consultas telefónicas se utilizan entre sesiones principalmente para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en consulta a su contexto natural.

En el siguiente apartado describiremos en detalle la terapia individual. Con respecto a la terapia grupal, el objetivo fundamental es el entrenamiento en cuatro habilidades fundamentales con el fin de mejorar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida del individuo. Las habilidades se presentan en el grupo y se

practican en el grupo y en la terapia individual. El grupo de terapia se compone de entre seis a ocho pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de alrededor de dos horas y media. Las habilidades que se adquieren y practican en el grupo son las siguientes (Linehan, 1993b):

Habilidades de toma de conciencia (mindfulness). Las técnicas de *mindfulness* están basadas principalmente en la filosofía oriental Zen. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar conciencia de sus experiencias emocionales, cognitivas, y conductuales. El entrenamiento persigue enseñar a los pacientes a focalizar la atención en el momento presente, en vez de huir de las experiencias con el fin de identificarlas, conocerlas y aceptarlas. Esta actitud de contemplación facilita, por una parte, poder identificar experiencias adecuadas y adaptativas, y, por otra, identificar lo desadaptativo (las conductas límite) para, de esta forma poder cambiarlo. Estas estrategias de toma de conciencia se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias y constituyen una aportación muy importante de la DBT al tratamiento del TLP.

Habilidades de tolerancia del malestar. Tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que me permitan reducir el sufrimiento. Estas tácticas sirven para sobrevivir a las crisis emocionales extremas. Los individuos con TLP tienden a utilizar estrategias de evitación para aliviar el malestar. Por ejemplo, las conductas autolesivas se pueden entender en muchos casos como modos de escapar al sufrimiento. El dolor físico (por ejemplo, cortarse) mitiga el dolor emocional. El problema es que el alivio a corto plazo refuerza la probabilidad de que se repita la conducta problema. Además, la evitación conlleva a un desconocimiento del malestar y un aumento del miedo a las emociones. La meta de las técnicas de tolerancia al malestar es aprender cómo afrontar una situación negativa sin realizar conductas que puedan empeorar la situación. Para ello se entrena a los pacientes en cuatro tipos de tácticas: Confortarse a sí mismo, Tácticas de distracción, Analizar los pros y contras y Mejorar el momento.

Habilidades de regulación emocional. Estas habilidades inciden de forma directa en el tratamiento de las emociones, el núcleo fundamental del TLP. Los objetivos de estas técnicas son los siguientes: a) Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir las emociones y los contextos en los que se dan; b). Identificar obstáculos para el cambio emocional, analizando mediante análisis conductual las contingencias que refuerzan las emociones problemáticas; c) Reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables (ingesta, sueño, conducta de enfermedad, etc.); e d) Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras.

Habilidades de eficacia interpersonal. Los pacientes con TLP suelen establecer expectativas muy irrealistas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones interpersonales. Por otro lado, estos individuos no suelen presentar déficits importantes en habilidades sociales. El objetivo principal del entrenamiento en eficacia interpersonal es, pues, retar y cambiar las expectativas erróneas que los pacientes tienen sobre el ámbito de interacción social. Se trata

de aprender a ser capaz de equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir competencia y dignidad personal. El entrenamiento se realiza fundamentalmente utilizando ensayos de conducta y tácticas de solución de problemas.

Como hemos visto, la primera fase del tratamiento está dedicada a conseguir mejorías en las áreas que constituyen los aspectos nucleares del TLP. La segunda fase del tratamiento está dirigida al tratamiento del estrés postraumático y no tiene una duración determinada. Conociendo las características clínicas del TLP no es extraño encontrar una alta comorbilidad de este trastorno con el Trastorno de estrés postraumático. La inestabilidad y dificultad en la regulación de los afectos hace muy difícil a estos pacientes la elaboración de experiencias traumáticas o acontecimientos estresantes. Por ello, la DBT dedica una parte de su programa al tratamiento del estrés postraumático. Linehan incorpora las técnicas cognitivo-comportamentales diseñadas por Foa y Rothbaum (1998) a su programa de tratamiento y las aplica a sus pacientes con TLP una vez ya han pasado por un año completo de terapia en el que han conseguido regular mejor las emociones y reducir las conductas límite. Por otro lado, en esta fase se van consolidando las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes tienen la posibilidad de asistir a grupos de autoayuda para afianzar los logros y prevenir recaídas.

Tras el tratamiento del estrés postraumático, el paciente pasa a la tercera fase. Esta fase no tiene una duración determinada y el objetivo fundamental de la misma es que el individuo construya respeto por sí mismo mediante el establecimiento y consecución de metas vitales en áreas como el trabajo, el área académica, la familia, etc.

La terapia individual

El modo de terapia básico de la DBT es la terapia individual. El modo de terapia grupal sigue las pautas tradicionales de un programa cognitivo-comportamental. Existe un manual de tratamiento que especifica los aspectos a tratar en cada módulo del entrenamiento en habilidades. Sin embargo, la terapia individual no está basada en un manual. 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. Conductas suicidas y parasuicidas; 2. Conductas que interfieran con la terapia; 3. 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. En la fase de pretratamiento, las metas terapéuticas se organizan siguiendo esta jerarquía. Si el paciente presenta por ejemplo, conductas parasuicidas, tratar esas conductas será prioritario ya que pertenece al primer punto de la jerarquía, y otras metas como un problema de relación interpersonal se tratará más tarde ya que pertenece al punto 3 de la jerarquía. 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 interpersonal 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.

Una de las contribuciones más importantes de la DBT en el tratamiento del TLP es un cambio en el enfoque de la terapia. La terapia cognitivo-comportamental se ha centrado más en el cambio que en la aceptación a la hora de enfocar la terapia. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Es más, esta terapia supone que el cambio en el TLP sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación. Siguiendo este enfoque la DBT señala como las estrategias básicas son la validación y la solución de problemas. La validación constituye la estrategia de aceptación básica y la solución de problemas la estrategia básica de cambio. A continuación describiremos las estrategias que se utilizan en el modo de terapia individual de la DBT.

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. En ese diario se establecen los objetivos específicos para cada paciente de acuerdo a la jerarquía de prioridades que ya hemos comentado (p.ej., tipo e intensidad de ciertas emociones, conductas impulsivas, uso de sustancias, etc.) 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 (terapia grupal, tratamiento farmacológico, etc.). 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. Por último, 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 componentes: contexto, conductas, pensamientos, emociones, etc. con el fin de determinar cuál es lo esencial de ese problema. Se describe el problema de forma específica, relacionando la conducta con patrones de comportamientos más generales y describiendo 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. Por ejemplo, si la conducta problema es una conducta autolesiva, el terapeuta evaluará con el paciente el contexto situacional donde se da la conducta, así como los antecedentes y consecuentes de dicha conducta en términos de emociones, pensamientos, impulsos y conductas. Este análisis proporcionará información para clarificar cuál es la función de esa conducta y por qué se mantiene. Por ejemplo, ¿la conducta autolesiva sirve para aliviar el sufrimiento emocional? ¿El alivio conseguido está reforzando a la conducta autolesiva?

Otros aspectos relacionados con la evaluación del problema es la definición de metas y objetivos respecto a la terapia o respecto a otras áreas vitales del paciente y el planteamiento de preguntas relevantes por parte del terapeuta con el fin de recoger la información necesaria para llevar a cabo el tratamiento.

Entrenamiento en solución de problemas

La técnica básica de cambio en la DBT es la solución de problemas. Las estrategias comentadas en el apartado anterior son el primer paso de este proceso, la definición del problema. Cada objetivo específico se plantea como un problema que hay que solucionar. Una vez definido el problema 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 y habilidades 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 y ensayando la solución a adoptar antes de llevarla a cabo en ese ambiente natural.

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, utiliza contingencias aversivas como respuesta a conductas disfuncionales y utiliza los principios del moldeamiento para reforzar la conducta del paciente. Asimismo, desde el inicio de la terapia 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 protocolo 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 las emociones intensas (miedo, culpabilidad, ira, etc.). 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.

Estrategias cognitivas

La DBT incluye entre sus estrategias la terapia cognitiva. Del mismo modo que en la exposición se puede utilizar protocolos formales de modificación 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 mejorías significativas en el 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 explícitamente 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 el abuso del alcohol en un determinado momento el terapeuta encuentra, mediante el análisis conductual, que el individuo abusa del alcohol como medio de escapar de un sufrimiento emocional extremo. Es decir, el paciente no bebe porque tiene una mala actitud o es una mala persona, sino porque esa conducta produce un alivio en el sufrimiento emocional. De esta forma el terapeuta valida y enfatiza las dificultades primarias del paciente, que no es el abuso del alcohol, sino los problemas en la regulación de las emociones; 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 irreverentes

También es posible utilizar un estilo de comunicación irreverente en algunos casos. Por ejemplo, comentar las conductas disfuncionales del paciente de forma explícita, manteniendo una conversación normal sobre las mismas y confrontar 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. Un ejemplo sería un paciente que dice «me voy a suicidar» y el terapeuta le responde «creía que habíamos acordado que no ibas a dejar la terapia». 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

Linehan incorpora la perspectiva dialéctica a la DBT (Khun, 1970; Marx y Engels, 1970; Levins y Lewontin, 1985). El TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico. Una de las características de estos individuos es que mantienen posiciones rígidas y contradictorias (tesis y antítesis) y son incapaces de integrar distintas posiciones. Esta dicotomía en sus cogniciones, en el área afectiva, en sus relaciones interpersonales, es inamovible, lo que podría ayudar a entender su malestar emocional intenso. 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. Desde una perspectiva dialéctica, estamos frente a un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límite no se sienten parte del todo, ni son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano como la pareja, el mundo laboral, etc. En conclusión, según esta perspectiva dialéctica los pacientes límites presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. La terapia dialéctico comportamental 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. Por ejemplo, magnificar la tensión entre los polos dialécticos 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. Es importante que el terapeuta se mueva con fluidez desequilibrando al paciente ligeramente.

Conclusiones

En este trabajo hemos pretendido describir el modo de tratamiento básico de la DBT, la terapia individual. Uno de los aspectos más relevantes es la estructuración de la terapia de acuerdo a una jerarquía de metas que guía el tratamiento en vez de la utilización de un manual estructurado sesión a sesión. Los problemas que presenta un individuo con TLP son tan numerosos y variables que sería muy difícil establecer agendas de sesiones estructuradas en función del contenido. Por ello Linehan estructura el tratamiento de acuerdo a principios terapéuticos. Otro aspecto importante es la utilización de estrategias de aceptación y de cambio en todas las facetas del programa, Por ejemplo en las estrategias de comunicación (recíproca e irreverente) o en las técnicas utilizadas (validación y solución de problemas).

Debido a la complejidad del TLP y de la DBT, este programa de tratamiento establece que la intervención se realice por un equipo de terapeutas, no por terapeutas aislados. De hecho, aunque no ha sido comentado en los apartados anteriores, las sesiones clínicas y de supervisión se consideran un modo más de terapia como lo es la terapia individual o la terapia grupal.

Uno de los objetivos actuales de la terapia cognitivo-comportamental es la diseminación de los tratamientos empíricamente validados (Barlow, Levitt y Bufka, 1999). La DBT es un programa complejo, que requiere una formación muy especializada. Por ello, uno de los objetivos del grupo de Linehan ha sido la formación de terapeutas principalmente en Estados Unidos. En Europa también existen grupos con terapeutas formados en DBT en países como Alemania y Holanda. En España el equipo del Dr. Pérez en Barcelona ha publicado un estudio utilizando un tratamiento combinado con olanzapina y DBT (Soler *et al.*, 2005) y nuestro equipo está llevando a cabo un estudio controlado para el tratamiento del TLP en el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria.

Nos gustaría también señalar que la DBT está siendo adaptada para el tratamiento de otros problemas mentales. El foco principal de esta terapia son los problemas en la regulación emocional. Siguiendo esta lógica algunos investigadores están estudiando la eficacia de este programa de tratamiento en otros trastornos donde aparecen dificultades en la regulación de los afectos. Algunas de las adaptaciones que se han realizado incluyen el tratamiento del trastorno por atracón (Telch, Agras y Linehan, 2001), adolescentes con rasgos de personalidad límite y sus familias (Rathus y Miller, 2000), la depresión en población geriátrica (Lynch, 2000) y la reducción de conductas agresivas en el marco de la violencia doméstica (Fruzzetti y Levensky, 2000).

En resumen, la terapia dialéctico comportamental constituye un programa de tratamiento complejo que aborda un trastorno psicológico muy complejo. Este programa ha incorporado a la terapia cognitivo comportamental tradicional nuevos elementos técnicos y relativos al proceso y la estructura terapéutica que ha demostrado ser eficaces en uno de los trastornos más complejos y desafiantes desde un punto de vista clínico, el trastorno límite de la personalidad.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Barlow, D. H., Levitt, J. T. y Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy, 37*, S147-S162.
- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo conductuales para los trastornos de personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual, 9*, 479-605.
- Caballo, V., Gracia, A., López-Gollonet, C. y Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (dir.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160). Madrid: Síntesis.
- Cowdry, R. W., Picar, D. y Davis, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderliner síndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 15*, 201-211.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. Nueva York: Guilford.
- Fruzzetti, A. E. y Levensky, E. R. (2000). Dialectical Behavior therapy for Domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 435-447.
- García-Palacios, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (dir.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 483-512). Madrid: Síntesis.
- Girolano, G. y Dotto, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. En M. Gelder, J. J. López-Ibor y N. Andreasen (dirs.), *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Koerner, K. y Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*, 151-167.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Butterfield, M. J. y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*, 371-390.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Rudolf, S. y Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1211-1217.
- Levins, R. y Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford. Traducción al español por Paidós (2003).
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y Lindenboim, N. (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, 63*, 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (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 Dependency, 1*, 1-14.

- Linehan, M. M., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Linehan, M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y Lindenboim, N. (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*, 63, 757-766.
- Lynch, T. R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behaviour therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 468-477.
- Marx, K. y Engels, F. (1970). *Selected words* (vol. 3). Nueva York: International.
- Miller, A. L. y Rathus, J. H. (200). Dialectical behavior therapy: Adaptations and new applications. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 420-425.
- Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425-434.
- Soler, J., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Álvarez, E. y Pérez, V. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1221-1224.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A. y Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
- Telch, C. F., Agras, W. S. y Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. y van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Verheul, R., van den Bosch, Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T. y van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.