

LA TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL

DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY

AZUCENA GARCÍA PALACIOS
Universitat Jaume I. Castellón

e-mail: azucena@psb.uji.es

RESUMEN

La Terapia de Conducta ha avanzado de forma significativa en las últimas décadas. Disponemos de tratamientos empíricamente validados para el tratamiento de un número importante de trastornos mentales. Sin embargo, existen todavía problemas psicológicos para los que los programas de tratamiento eficaces son todavía escasos. Los trastornos de la personalidad se podrían incluir entre los trastornos más difíciles de abordar desde cualquier perspectiva terapéutica, incluyendo la Terapia de Conducta. Debido a ello, desde hace años algunos investigadores se han preocupado por estudiar estos trastornos y por desarrollar intervenciones específicas para los mismos. En esa labor han desarrollado nuevos enfoques y técnicas que han contribuido no sólo a la mejora en el abordaje de estos trastornos, sino también al enriquecimiento de la Terapia de Conducta, de modo que estas intervenciones se pueden aplicar al tratamiento de los trastornos de la personalidad y de otros trastornos mentales. Uno de los grupos más activos en el tratamiento de los trastornos de la personalidad ha sido el equipo de la Dra.

ABSTRACT

The outcomes of Behavior Therapy have been significant in the last decades; we have at our disposal empirically validated treatments for many mental disorders. However, effective treatment programs for some other psychological problems are still scarce. Personality disorders are among the most difficult problems to treat from any psychotherapeutic perspective, including Behavior Therapy. Because of this, some researchers have devoted their work to study personality disorders and develop specific interventions. These researchers have designed new approaches and techniques that have contributed not only to improve the treatment of personality disorders, but also to enrich Behavior Therapy, given that those approaches could be used effectively in the treatment of personality disorders and in the treatment of other disorders as well. One of the most active research groups in the study and treatment of personality disorders is Dr. Marsha Linehan's team at the University of Washington in United States of America. This group has designed and validated Dialectal

Marsha Linehan en la Universidad de Washington, en Estados Unidos. Este grupo ha diseñado y validado un programa de tratamiento denominado Terapia dialéctico-comportamental dirigida al abordaje de uno de los trastornos más complejos que nos encontramos en la práctica clínica diaria, el trastorno límite de la personalidad.

El objetivo de este artículo es ofrecer una visión general de este programa de tratamiento enfatizando los aspectos novedosos que han significado una contribución importante a la mejora de las estrategias que la Terapia de Conducta nos ofrece.

PALABRAS CLAVE

Terapia de conducta, terapia dialéctico-comportamental, trastornos de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, terapia conductual de tercera generación.

Behavior Therapy, a program for the treatment of borderline personality disorder, one of the most complex and challenging psychological problems.

The aim of this work is to offer a general view of Dialectical Behavior Therapy, highlighting the innovative aspects of the program that have contributed to improve the strategies that Behavior Therapy offers.

KEY WORDS

Behavior therapy, dialectical behavior therapy, personality disorders, borderline personality disorder, third-generation behavior therapies.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de funcionamiento desadaptativos en áreas como la afectividad, las relaciones sociales, y la cognición. Una característica esencial de estos trastornos es que pese a los graves problemas vitales que acarrearán estos patrones de funcionamiento, son muy difícilmente modificables. La inflexibilidad, la rigidez hace muy complicado el cambio. La forma de comportarse, de sentir, de pensar, características de la persona generan malestar en el individuo o en los demás e interfieren significativamente en la vida social, familiar, laboral y otras áreas vitales importantes. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre con la personalidad no patológica, el individuo no puede modificar esa forma de relacionarse con el mundo y consigo mismo. Estas características hacen que los trastornos de la personalidad sean un reto importan-

te para los clínicos. Los programas de tratamiento, las técnicas que la Terapia de Conducta nos ofrece y que han demostrado su eficacia en los llamados trastornos de eje I (APA, 2000) no parecen funcionar de la misma manera en los trastornos de eje II o trastornos de la personalidad. Por ello, en los últimos años han surgido programas de tratamiento que incluyen estrategias diseñadas específicamente para abordar la personalidad patológica. Estos programas de tratamiento han enriquecido de forma notable la Terapia de Conducta. El objetivo de este artículo es describir uno de esos programas de tratamiento, la Terapia Dialéctico-comportamental, diseñada originalmente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) describe el trastorno límite de la personalidad como *un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos* (p. 760). Lo que es inflexible en este trastorno es la inestabilidad persistente en las distintas áreas de funcionamiento.

El trastorno límite de la personalidad presenta una prevalencia vital de entre un 1 y un 2% en la población general (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). En la población psiquiátrica, los datos indican que un 11% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios cumplirían criterios de trastorno límite de la personalidad y un 20% de los pacientes hospitalizados. Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son frecuentes en la población con trastorno de personalidad límite. Entre un 70 y 75% presentan una historia de al menos un acto de autolesión (Cowdry, Picar y Davis, 1985). Las tasas de suicidio son elevadas, estimándose en alrededor de un 9% de los casos (APA, 2000). El trastorno límite 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 de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (Giro-lano y Dotto, 2000).

Pese a la gravedad de este trastorno (el riesgo de suicidio es 400 veces más alto que en la población general, Selva et al., 2005), el desarrollo y puesta a prueba de estrategias de intervención eficaces para el mismo es todavía escaso. Los logros terapéuticos son lentos y se producen abandonos y recaídas con mucha frecuencia. Estas razones son las que han impulsado el estudio de la psicopatología y tratamiento de este trastorno. Existen algunas aproximaciones terapéuticas a este problema (ver Caballo, 2001 y el número 4 del volumen 62 de la revista *Journal of Clinical Psychology*, publicado en 2006 para una revisión). Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico es la Terapia dialéctico-

comportamental desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington en Estados Unidos.

LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL

El modelo teórico

Como primer paso para formular su modelo teórico, Linehan (1993a) delimita las áreas problemáticas más características del trastorno límite de la personalidad: a) Disfunción emocional, caracterizada por dificultades en la regulación de sus emociones, que se traduce en una alta reactividad emocional, muchas dificultades en la modulación de los afectos, y problemas en el retorno a la línea de base emocional; b) Disfunción interpersonal, que se caracteriza por relaciones sociales caóticas, intensas y muy problemáticas. En este ámbito se incluirían los esfuerzos frenéticos para evitar el abandono; c) Disfunción comportamental, sobre todo impulsividad y conductas suicidas y parasuicidas (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 2000). 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 (pequeños cortes, quemaduras etc.), hasta intentos graves de suicidio en los que la vida está en grave peligro (sobredosis, etc.); d) Disfunción cognitiva, caracterizada por un patrón de pensamiento dicotómico, siendo frecuente encontrar creencias e ideas dicotómicas. Otras alteraciones cognitivas que pueden aparecer de forma transitoria y como respuesta al estrés son disociación o delirios; e) Por último, alteraciones de la identidad, donde se incluirían los sentimientos crónicos de vacío y la incertidumbre en relación a su autoconcepto, su identidad sexual, su imagen corporal u otros aspectos del sentido de sí mismo.

A partir de estas áreas problemáticas, Linehan elabora una teoría o modelo para explicar el trastorno límite de la personalidad. El modelo teórico es también y principalmente un modelo que sirve como base lógica al programa de tratamiento. El enfoque teórico de Linehan sobre el trastorno límite de la personalidad supone una aproximación biosocial (Linehan, 1993a). Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para entender el trastorno. Linehan se refiere al enfoque filosófico en el que se sostiene la teoría de Marx y Engels (1970), la teoría de la evolución científica de Khun (1970), o las teorías evolucionistas (Levins y Lewontin, 1985).

Desde esta aproximación biosocial el trastorno límite de la personalidad se conceptualiza como una disfunción del sistema de regulación emocional produc-

to de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante. La disfunción en la regulación emocional se traduce en una *alta vulnerabilidad emocional* que se refiere a que el individuo presenta una alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultades respecto a volver a su línea de base emocional. Las dificultades en la modulación emocional están relacionadas con esa alta reactividad. Los pacientes límite presentan un déficit importante en habilidades de regulación emocional. Pese a que experimentan emociones muy intensas, suelen tener muchas dificultades en identificar, etiquetar y modular las emociones. Parece que a lo largo del desarrollo del problema los pacientes tienen un temor acusado a experimentar emociones y tienden a utilizar estrategias de evitación. Dentro de estas estrategias se incluyen las conductas autolesivas. En muchas ocasiones, cortarse, quemarse, etc. sirve para mitigar el dolor emocional, es decir, el dolor físico “alivia” el dolor emocional. La conducta autolesiva se convierte en una conducta de evitación y el alivio momentáneo actúa como un refuerzo negativo que provoca que la conducta disfuncional se repita en el futuro. Además, el individuo no se enfrenta a lo que teme (las emociones) y no se da la oportunidad de conocerlas. El problema con los afectos es que para poderlos modular es necesario identificarlos, etiquetarlos y conocerlos.

Linehan conceptualiza la vulnerabilidad emocional como una tendencia biológica. El otro factor importante de la teoría biosocial de Linehan es un factor psicosocial o ambiental denominado *ambiente invalidante*, un ambiente que tiene sus efectos en el desarrollo de la personalidad, es decir, durante la infancia y adolescencia. En el caso del desarrollo del trastorno límite se refiere sobre todo a un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias íntimas. 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. Además, en un ambiente de esas características, muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales muy extremas. Por otra parte, el ambiente da mensa-

jes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales (p.ej., “si se quiere, uno puede controlarse”). Esto favorece que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar. Por último, 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.

En resumen, el modelo de Linehan se fundamenta en la relación entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante como mecanismo clave para el desarrollo de un trastorno límite de la personalidad. Esta interacción produce inestabilidad emocional, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, cognitiva 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.

Por otra parte, Linehan incorpora distintos principios dialécticos con el fin de entender y describir el trastorno. En primer lugar, el principio de *interrelación y globalidad*. El análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. En segundo lugar se encuentra el principio de *polaridad*. La realidad se compone de tesis y antítesis. El último principio es el de *cambio continuo*. La realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la integración o síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo. Desde la perspectiva de Linehan el trastorno límite de la personalidad es un fracaso dialéctico. Las personas con este trastorno 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. Esto correspondería a un fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo. Por otra parte, los problemas de identidad, los sentimientos crónicos de vacío, sentir que no encajan en ningún sitio, etc. podrían conceptualizarse como un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límite no son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano como la pareja, la familia, el mundo laboral, etc. En resumen, según esta perspectiva 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.

La terapia dialéctico comportamental se fundamenta en este modelo. El objetivo fundamental es reconocer y validar la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes y proporcionar las habilidades necesarias para la regulación de las emociones. Además la terapia contempla el entrenamiento en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, el control de conductas impulsivas o que atenten contra la calidad de vida, la flexibilización de los patrones cognitivos y la mejora del sentido de la identidad personal.

El programa de tratamiento

La terapia dialéctico-comportamental es un programa de tratamiento que se enmarca en la terapia de conducta. El objetivo fundamental del tratamiento es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciéndose las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo y que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos. Nos gustaría destacar los aspectos que constituyen dos importantes innovaciones de esta terapia. En primer lugar, a diferencia de otros programas cognitivo-comportamentales, la terapia dialéctico-comportamental es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento (Miller y Rathus, 2000). No existe un manual en el que se especifiquen las técnicas a utilizar en cada sesión de tratamiento en la terapia individual. Este programa de tratamiento se basa en 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 el curso de la terapia; 3. Conductas que afecten a la calidad de vida; 4. Aumentar habilidades comportamentales. Esta estructura permite un abordaje flexible en función de las necesidades de cada paciente. Así, imaginemos que un paciente está trabajando durante las últimas tres sesiones un aspecto que afecta a su calidad de vida, por ejemplo equilibrar hábitos de sueño y alimentación (número 3 en la jerarquía). Sin embargo, en la consulta siguiente se determina que durante la semana ha sufrido una crisis suicida o parasuicida. Entonces, en esa sesión ése será el aspecto a tratar (porque corresponde al aspecto más prioritario en la jerarquía). Otra contribución importante, y que a mi modo de ver constituye el aspecto más innovador de la terapia de Linehan para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad es un cambio en el enfoque de la terapia. La terapia cognitivo-comportamental tradicional se centra en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cog-

nitivo. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Según el modelo que describíamos en el apartado anterior los individuos con este trastorno han sufrido la invalidación por parte del ambiente, recibiendo el mensaje de que su forma de pensar, comportarse y sentir es errónea y que 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 hay que cambiarlo. Esto puede provocar que el paciente adopte una actitud defensiva respecto a la terapia. Linehan propone la aceptación y validación de los problemas emocionales del paciente para, a partir de ahí conseguir el cambio. Es más, esta terapia supone que el cambio sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación.

Otro aspecto importante de la terapia dialéctico-comportamental es que establece que la intervención se realice por un equipo de terapeutas, no por terapeutas aislados. De hecho, las sesiones clínicas constituyen un modo más de terapia como lo es la terapia individual o grupal. En las sesiones clínicas, los terapeutas reciben retroalimentación y supervisión de los otros terapeutas en el seguimiento de cada uno de los casos. La terapia dialéctico-comportamental es, pues, una intervención de un equipo de terapeutas que trata a un grupo de pacientes.

Después de estas consideraciones generales, a continuación describiremos el programa de tratamiento. La intervención se estructura en una fase de pretratamiento y en tres fases de tratamiento (ver tabla 1):

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. Las metas coinciden con la jerarquía que comentábamos con anterioridad: a) Reducción de conductas suicidas y parasuicidas; b) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia; c) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente; d) Incrementar habilidades comportamentales; e) Resolver estrés-postraumático; f) Lograr autovalidación y respeto por uno mismo.

En el pretratamiento se hacen explícitos una serie de acuerdos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta. En primer lugar 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. Asimismo se establece un compromiso de asistencia a las sesiones. Si se falta a más de cuatro sesiones seguidas sin una causa justificada, se da por terminada la terapia hasta la finalización del contrato, momento en el que se volverá a negociar la admisión.

La fase de pretratamiento es esencial, porque en ella se determinan los límites de la terapia, unos límites flexibles, pero constantes que van a guiar la terapia. Uno de los efectos más beneficiosos de estas estrategias de pretratamiento y que hace a la terapia dialéctico-comportamental una intervención muy atractiva es que promueve la adhesión al tratamiento. A mi entender, establecer los límites de la terapia de una forma tan clara desde el principio contribuye a que el paciente acepte y se mantenga en terapia.

Tabla 1
Fases y metas del programa de tratamiento

PRETRATAMIENTO	
	Establecimiento de la relación terapéutica
	Establecimiento de metas terapéuticas
	Acuerdos entre paciente y terapeuta
TRATAMIENTO	
Fase 1	Reducción de conductas suicidas
	Reducción de conductas que interfieren en el proceso terapéutico
	Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente
	Incremento de habilidades: toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar, habilidades sociales.
Fase 2	Tratamiento del estrés postraumático
Fase 3	Logro de metas individuales

La primera fase del tratamiento tiene una duración de un año y ahí se llevan a cabo las metas principales del tratamiento utilizando terapia individual, terapia de grupo y consultas telefónicas: Disminuir conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia y conductas que interfieran en la calidad de vida, y aumentar habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales. 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 las estrategias aprendidas en el curso de la terapia a la vida cotidiana.

En el tratamiento dialéctico comportamental las estrategias básicas son la validación y la solución de problemas. Ya hemos comentado lo que significa la

validación. La solución de problemas constituye la estrategia de cambio básica. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales importantes de la persona. A lo largo de la terapia se analizan de forma conductual los problemas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia la solución óptima. Se pacta un compromiso para involucrarse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma de solución y se utilizan las técnicas terapéuticas necesarias para solucionar el problema. Entre las técnicas que se utilizan está la exposición, la terapia cognitiva, manejo de contingencias, etc. En esta fase se realiza un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales. Este entrenamiento es el objetivo de la terapia grupal. La meta principal del entrenamiento en habilidades comportamentales consiste en aprender y aplicar en la vida diaria habilidades con el fin de mejorar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida de los pacientes límite. 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 interfiere en el proceso de aprendizaje y por la rigidez e inflexibilidad característica de éste y otros trastornos de la personalidad. Por esta razón, se recomienda que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización y consolidación de las destrezas adquiridas. 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. A continuación describiremos brevemente las habilidades que se pueden categorizar en habilidades de aceptación (toma de conciencia y tolerancia al malestar) y habilidades de cambio (regulación emocional y eficacia interpersonal) (Linehan, 1993b).

- *Habilidades de toma de conciencia (mindfulness)*. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar conciencia de sus experiencias (emociones, cogniciones, conductas, etc). Se trata de adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas de forma impulsiva y dependientes del estado de ánimo. Se trata de entrenar uno de los procesos básicos esenciales, la atención. Focalizar la atención en el momento presente y en las experiencias presentes, en vez de huir de ellas. Éste es el primer paso para poder descubrir y validar lo

adaptativo y, por otra parte, para poder reemplazar las conductas problema por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más adaptativas. Las técnicas de *mindfulness* están basadas principalmente en la filosofía oriental Zen. Las estrategias de toma de conciencia se dividen en las técnicas “Qué” y las técnicas “Cómo”. Las técnicas “Qué” incluyen el aprendizaje de observar, describir y participar de nuestras experiencias. La meta es desarrollar una actitud de participar con conciencia de nuestras experiencias. Las técnicas “Cómo” se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias “Qué”. ¿Cómo Observamos, describimos y participamos?: sin juzgar y experimentando los acontecimientos de uno en uno, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiar lo que nos traiga problemas. Estas estrategias de toma de conciencia se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias. Por ejemplo, para practicar tácticas de eficacia interpersonal se empieza por la observación, descripción y participación en situaciones de interacción social.

- *Habilidades de tolerancia del malestar.* Estas estrategias sirven para sobrevivir a los momentos difíciles como las crisis emocionales extremas. Se trata de encontrar un significado al sufrimiento. El sufrimiento forma parte de nuestras vidas y no nos podemos deshacer de él; la incapacidad de aceptar este hecho lleva invariablemente a mayor sufrimiento. Tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que me permitan reducir el sufrimiento. Los pacientes límite tienden a evitar el malestar, las conductas límite son intentos muy desadaptativos de evitar el sufrimiento. La evitación lleva a un desconocimiento del malestar y a un aumento del mismo. 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. Las tácticas de tolerancia del malestar incluyen cuatro tipos de técnicas: Tácticas de distracción, confortarse a sí mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras.
- *Habilidades de regulación emocional.* Estas habilidades constituyen, a mi entender, una de las aportaciones más relevantes de la Dra. Linehan al tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ya que incide de

forma directa en el tratamiento de las emociones, el área más problemática de este trastorno. 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. Se 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; 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.); d) Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras.

- *Habilidades de eficacia interpersonal.* Los pacientes con trastorno límite de la personalidad suelen poseer habilidades sociales adecuadas. El problema suele estar en las expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las interacciones sociales. El entrenamiento está dirigido a retar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre el contexto social, los demás y sobre ellos mismos. En esta fase del entrenamiento se trabaja en equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir competencia y dignidad personal. Linehan adapta el entrenamiento en habilidades sociales tradicional a las características específicas de los pacientes con trastorno límite de la personalidad; las técnicas que se entrenan incluyen tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando solución de problemas y ensayos de conducta principalmente.

Pasado el primer año de terapia, la segunda fase del tratamiento está dedicada al tratamiento del estrés postraumático y no tiene una duración determinada. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan una alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático. Por una parte, es frecuente encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes. Por otra parte, debido a los problemas de regulación emocional estos individuos presentan dificultades en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas. Por ello,

la terapia dialéctica dedica una fase del programa al tratamiento de este aspecto. Para el tratamiento del estrés postraumático Linehan incorpora las técnicas cognitivo-comportamentales diseñadas por Foa y Rothbaum (1998). Por otro lado, en esta fase se consolidan las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes tienen la posibilidad de asistir a grupos de autoayuda.

Por último, en la tercera fase, que tampoco tiene una duración determinada un objetivo importante es que el paciente construya respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias. Otros objetivos que se plantean es comenzar a plantearse y perseguir metas vitales realistas en distintas áreas como el trabajo, la familia, la pareja, etc. Se trata en definitiva de una fase de prevención de recaídas.

VALIDACIÓN Y ADAPTACIONES DE LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL

La terapia dialéctico-comportamental constituye un programa de tratamiento cuyo objetivo fundamental es abordar el problema esencial del trastorno límite de la personalidad: la dificultad extrema en la regulación de los afectos. La estructura y las técnicas utilizadas tratan de forma exhaustiva las áreas problemáticas del trastorno: la vulnerabilidad e inestabilidad emocional, las conductas suicidas e impulsivas, las relaciones interpersonales, 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. Además, el programa establece un formato muy sistematizado que incorpora normas y límites muy claros en terapia lo que favorece el establecimiento de un entorno estable que proporciona mensajes claros y contingentes al paciente límite. Es decir, la terapia se da en un contexto que suele ser muy diferente a lo que en terminología de Linehan llamaríamos ambiente invalidante; la terapia crea un ambiente de validación para favorecer el cambio.

La doctora Linehan y su grupo han dedicado los últimos veinte años a desarrollar y diseminar su programa de tratamiento. Existen ya numerosos estudios controlados que ofrecen resultados respecto a la eficacia de esta terapia (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; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Linehan et al., 2006). El programa de tratamiento consigue reducciones significativas en número de abandonos, de hospitalizaciones, de intentos de suicidio, indicadores de depresión y otras emociones negativas. La terapia Dialéctico-comportamental ha mostrado su eficacia en pacientes ambulatorios y hospitalizados (p.ej. Kröger et al., 2006). Asimismo, 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).

El grupo de la Dra. Linehan se ha mostrado muy activo en uno de los aspectos más relevantes de la Terapia de Conducta, la diseminación de los tratamientos empíricamente validados (Barlow, Levitt y Bufka, 1999). Por ello, uno de los objetivos del grupo ha sido la formación de terapeutas. En Estados Unidos son ya muchos los centros que aplican la terapia dialéctico-comportamental y aunque en Europa la diseminación ha sido mucho más lenta ya existen grupos de terapeutas formados con la Dra. Linehan que aplican esta terapia en países como Alemania, Holanda, Italia y España (p.ej., Soler et al., 2005).

Por último, la terapia dialéctico comportamental, gracias a su versatilidad y flexibilidad, se ha adaptado para el tratamiento de otros problemas mentales. La base lógica de estas adaptaciones es el hecho de que esta terapia sea eficaz para el tratamiento de los problemas de regulación emocional. Algunas de las adaptaciones que se han realizado incluyen el tratamiento de adolescentes con rasgos de personalidad límite y sus familias (Rathus y Miller, 2000), la reducción de conductas agresivas en el marco de la violencia doméstica (Fruzzetti y Levensky, 2000), la depresión en población geriátrica (Lynch, 2000) y el trastorno por atracción (Telch, Agras y Linehan, 2001).

En definitiva, la terapia dialéctico comportamental constituye un programa de tratamiento que, manteniendo una perspectiva de terapia de conducta, ha incorporado nuevos elementos técnicos y relativos al enfoque y al proceso terapéutico para abordar aspectos específicos de los trastornos de la personalidad como son los patrones de funcionamiento inflexibles y disfuncionales en el área emocional y comportamental. La terapia dialéctico-comportamental contribuye a enriquecer y hacer avanzar a la Terapia de Conducta haciéndola eficaz en el tratamiento de un trastorno tan grave como el trastorno límite de la personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (original Washington DC: APA).
- 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.
- Cowdry, R. W., Picar, D. y Davis, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline síndrome. *International Journal of Psychiatry in medicine*, 15, 201-211.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. Nueva York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. y Levensky, E. R. (2000). Dialectical Behavior therapy for Domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- Girolano, G. y Dotto, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. En M. Gelder, J. J. López-Ibor y N. Andreasen (Eds.), *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 Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press Press. Traducción al castellano 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.
- 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.
- Selva, G., Bellver, F. y Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga (Ed.), *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soler, J., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, 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.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. y Ulrich, R. (2000). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., 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.