

Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos

Germán Leandro Teti

*Médico especialista en Psiquiatría
Equipo DBT, Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Médico de Planta, Servicio de Guardia, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"
Becario de Investigación, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
E-mail: tetigerman@hotmail.com*

Juan Pablo Boggiano

*Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UBA
Coordinador docente del posgrado en DBT, Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

Pablo Gagliesi

*Médico especialista en Psiquiatría
Fundador y Director de Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Director del posgrado en DBT, Fundación Foro*

Resumen

El trabajo con pacientes complejos o con múltiples problemas representa uno de los mayores desafíos para los profesionales de la salud mental. Las terapias de tercera generación son modelos que enfatizan la función y el contexto de los eventos psicológicos más que su validez, frecuencia o forma, e incorporan procesos de aceptación y mindfulness a las terapias conductuales. En el presente artículo se realiza una descripción de una de ellas, la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), comenzando por el desarrollo del modelo por la autora, Marsha Linehan, quien en la década del 80 investigó la eficacia del mismo en mujeres con trastorno límite de la personalidad, extendiendo luego el modelo a otros trastornos. Se desarrolla la orientación dialéctica del tratamiento y se explica la dialéctica central entre la aceptación y el cambio; se da cuenta de la teoría biosocial sobre la etiología y el mantenimiento de los problemas conductuales, se desarrollan los procedimientos de validación y los de cambio. Por último, se explican las etapas en las que se jerarquizan los problemas a tratar y los modos que componen el tratamiento.

Palabras clave: Terapia dialéctico-conductual - Trastorno límite de la personalidad - Terapias de tercera generación - Conducta suicida - Desregulación emocional.

DIALECTICAL-BEHAVIOR THERAPY: A POSSIBLE TREATMENT FOR PATIENTS WITH SEVERE DISORDERS

Abstract

Clinical work with patient suffering complex or multiple problems represents one of the biggest challenges for mental health professionals. The third wave of cognitive behavioral therapies emphasizes the context and function of psychological events more so than their validity, frequency, or form, while incorporating processes of acceptance and mindfulness. The current work aims to provide a description of one type of these therapies, Dialectical Behavioral Therapy (DBT), which was developed by Dr. Marsha M. Linehan. In the 80's DBT's efficacy was investigated among women diagnosed with borderline personality disorder, while later extending the model to be used for other disorders. Specifically, the orientation of DBT, the central dialectic component between acceptance and change, validation procedures, and changes are explained. Moreover, the biosocial theory of the etiology and maintenance of behavioral problems are considered. Lastly, the targeted problems specific to when they occurred and their components for treatment are explained in stages.

Key words: Dialectical behavior therapy - Borderline personality disorder - Third wave psychotherapies - Suicidal behavior.

Desarrollo histórico del modelo

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) fue creada por Marsha Linehan (1,2), quien, a fines de la década del 70, trabajaba con pacientes con múltiples problemas, específicamente mujeres suicidas o con conductas auto-lesivas de larga data que cumplían criterios para trastorno límite de la personalidad (TLP). Al comienzo de la investigación implementó las herramientas de la terapia cognitivo conductual estándar (TCC), pero pronto observó muchos problemas con su uso (como también lo padecían otros modelos de psicoterapia). Los tres más importantes eran que los consultantes se sentían invalidados por la marcada orientación al cambio de TCC; los consultantes reforzaban sin querer las conductas ineficaces del terapeuta mientras castigaban las aproximaciones eficaces; y por último la gravedad y multiplicidad de problemas impedían la implementación del modelo de TCC estándar. Esta situación llevó a que Marsha Linehan cambiase el foco de intervención, implementando estrategias de aceptación junto con las estrategias de cambio, típicas del modelo TCC. La aceptación de los pacientes tal cual son, así como la aceptación que debían tener los pacientes con ellos mismos modificó sustancialmente los resultados del tratamiento. La validación y la aceptación debían preceder al cambio. La práctica activa del budismo Zen por parte de Marsha Linehan y la incorporación de herramientas de *mindfulness* al tratamiento resultaron claves en el modelo. Por consiguiente, Marsha Linehan notó que las estrategias dialécticas podrían balancear los dos procesos fundamentales del tratamiento, la aceptación y el cambio (1).

En el año 2004, Steven Hayes define a las terapias de «tercera generación» como terapias que continúan la tradición conductual, pero que abandonan el compromiso único con los cambios de primer orden, adoptan asunciones más contextualistas, utilizan estrategias experienciales e indirectas en vez de aquellas más directas, y amplían considerablemente el foco del cambio (3). Sin embargo, no todos los autores de las terapias consideradas por Steven Hayes como de «tercera generación» comparten esta visión. Marsha Linehan considera a su tratamiento como una forma de TCC que incluye estrategias de aceptación, validación y *mindfulness* (4).

Evidencia empírica

Desde su primer estudio en mujeres parasuicidas crónicas que cumplían criterios para el TLP hasta la actualidad, se han desarrollado 20 estudios controlados y randomizados (RCT, por su sigla en inglés) de DBT estándar o adaptada realizadas en 14 centros independientes (5,24).

DBT ha mostrado eficacia en el tratamiento de distintos problemas conductuales, incluyendo intentos de suicidio y conductas de auto-injuria (5,6,13-15), abuso de sustancias (7,11), bulimia (9,10), y depresión en ancianos (25), entre otros.

Orientación dialéctica

La dialéctica se asocia comúnmente a Karl Marx o Hegel; pero ha existido de una manera o de otra por miles de años en la tradición budista Zen (26). Una visión dialéctica de la conducta humana tiene tres principios básicos: el principio de la interrelación y totalidad, asume una perspectiva de la realidad como un sistema de partes interrelacionadas que funcionan como un todo. Por lo que el comportamiento de un sujeto no puede entenderse como algo individual, sino como parte de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo. Las dificultades que presenta un individuo en resolver un problema no deben considerarse en forma aislada; las mismas están interconectadas con dificultades en otras áreas o capacidades. El principio de polaridad describe cómo la realidad se compone de fuerzas que se oponen entre sí (“tesis” y “antítesis”) y cuya integración (“síntesis”) evoluciona en nuevas fuerzas opuestas. Los individuos con desregulación emocional tienen emociones, pensamientos y conductas extremas, y en muchas ocasiones quedan atrapados en polaridades, incapaces de conseguir una síntesis. El principio del cambio continuo, dado que el proceso de “síntesis” evoluciona en el desarrollo de nuevas fuerzas polares, el cambio es continuo. Tanto el individuo como el ambiente llevan a cabo una transición continua (1).

La principal dialéctica en DBT es entre la aceptación y el cambio, que combina estrategias de aceptación, validación y *mindfulness*, con estrategias de cambio conductuales (27).

La literatura ofrece diversos modelos etiológicos sobre psicopatología: los más actuales están basados en una *interacción* entre características del individuo y características del ambiente que producen un efecto, a saber, un trastorno psicológico. El modelo “estrés-diátesis” -el más frecuente- sostiene que los trastornos psicológicos son el resultado de una “diátesis” o predisposición biológica, que frente a la interacción con una cierta cantidad de “estrés” ambiental produce un trastorno (28). En contraste, los modelos “dialécticos” o *transaccionales* asumen que el individuo y el ambiente son mutua y continuamente interactivos, recíprocos e interdependientes. En DBT el modelo transaccional en el que sienta sus bases es en el de la teoría biosocial (1).

Teoría biosocial

Para Marsha Linehan cada uno de los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (29,30) que se utilizan para diagnosticar TLP pueden explicarse a partir de la idea de la desregulación emocional. La Teoría Biosocial surge a partir de la necesidad de explicar, razonablemente, la etiología de esta disfunción. Supone que la desregulación es el resultado de la combinación y transacción en el tiempo entre una *vulnerabilidad biológica* y un *ambiente invalidante* (1,31).

La *vulnerabilidad biológica* hace referencia a la alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta intensidad

de la respuesta emocional y el lento retorno al estado emocional basal. La alta sensibilidad se expresa con un umbral bajo a los estímulos y una reacción rápida a los estímulos emocionales. La alta intensidad significa que la reacción emocional es intensa y desregula el procesamiento cognitivo. El retorno lento al estado emocional basal se manifiesta con expresiones emocionales de larga duración.

El *ambiente invalidante* es aquel en el cual la comunicación de eventos privados (particularmente las respuestas emocionales) son tomadas por el contexto como incorrectas, inapropiadas, patológicas; o simplemente no son tenidas en cuenta (26). La invalidación tiene dos características: primero le dice al individuo que su descripción o análisis de su propia experiencia es errónea y luego atribuye dichas características a rasgos de personalidad socialmente inaceptables. Como consecuencia, el ambiente no enseña habilidades de regulación emocional a un individuo que las necesita imperiosamente, y en cambio, produce aprendizajes disfuncionales. El individuo, puesto en esta situación, solo puede elegir entre estrategias extremas de regulación: escalar la expresión emocional o disociarse.

Desde la perspectiva de la terapia DBT los patrones de comportamiento observados en los consultantes son resultado de la transacción en el tiempo de ambos factores, dado que el proceso es interactivo, recíproco e interdependiente (1).

Validación

La validación implica la comunicación de que los comportamientos, emociones o pensamientos del paciente tienen sentido y son entendibles en el contexto actual. Validar no implica estar de acuerdo. Por ejemplo, un paciente puede cortarse como forma de disminuir una emoción intensa y negativa; dicho comportamiento tiene sentido y es entendible en el contexto actual e histórico, donde cortarse es la única estrategia que conoce para lidiar con dicha emoción. El terapeuta acepta y comunica dicha aceptación al paciente, buscando, reconociendo y reflejando la validez inherente de la respuesta a determinados eventos (1).

Marsha describe seis niveles de validación (32,33):

1. Estar atento: implica básicamente observar y escuchar con atención lo que el paciente piensa, siente o hace.
2. Reflejar con precisión: el terapeuta *refleja* al paciente sus emociones, pensamientos y conductas, de una forma no juiciosa.
3. Expresar las emociones, pensamientos y conductas no verbalizadas: en este caso el terapeuta *lee entre líneas*, esto es, expresa que comprende aspectos que no han sido comunicados; es importante utilizar supuestos y no manifestar una interpretación directa.
4. Validar en términos de la historia del paciente: el terapeuta refleja al paciente que sus emociones, pensamientos o conductas son entendibles o tienen sentido de acuerdo a su historia de aprendizaje.
5. Validar en términos del contexto presente: el terapeuta refleja al paciente que sus emociones, pensamien-

tos o conductas son entendibles o tienen sentido en el contexto actual.

6. Autenticidad radical: el terapeuta responde en forma genuina al paciente, cree en sus capacidades y trata al mismo como a un compañero más que a un consultante o un "trastorno".

Esta herramienta terapéutica, y su modelado en terapia, resultó una variable trascendental. La validación hacía que los consultantes se sintieran comprendidos y aumentaba la adherencia a la terapia, pero no lograba que cambiaran los patrones conductuales que hacían que su vida fuera imposible de ser vivida. Para esto, en DBT, se utilizan las estrategias centrales de cambio: el análisis en cadena y el análisis de solución (1).

Análisis de las conductas de los pacientes

El *análisis en cadena* o *análisis funcional* (AC) es una intervención central en la terapia conductual. El término *análisis funcional* fue utilizado por Skinner para demostrar empíricamente las relaciones de causa y efecto entre el ambiente y la conducta (34). Se trata de evaluar e identificar las variables que controlan y contribuyen para que ocurran las conductas que son problemas clínicos para el consultante a la luz de la teoría del aprendizaje (35). Sin embargo, en DBT el AC tiene ciertas particularidades, ya que presta una especial atención a las variables afectivas, y analiza las conductas que suceden tanto en la sesión como fuera de la misma (36).

Análisis en Cadena

El AC es un proceso en el cual el consultante y el terapeuta analizan instancias específicas de las conductas problemas para identificar las variables que las controlan (27). Dicha herramienta cuenta con por lo menos seis elementos: las vulnerabilidades, los antecedentes, el disparador, la conducta problema, las consecuencias a corto plazo y las consecuencias a mediano plazo. Aunque este es el orden temporal en el que ocurren los eventos, muchas veces el terapeuta comienza el análisis en cadena realizando una topografía de la conducta problema.

Conducta problema: topografía

La topografía es la secuencia o forma de ubicación de los componentes de una respuesta en relación con el resto del cuerpo. Queremos saber cuántos cortes se realizó el consultante, en qué lugar del cuerpo se los realizó, con qué profundidad. El análisis topográfico es al análisis en cadena lo que un fotograma es a una película.

Vulnerabilidades: saciedad, privación y otras operaciones de establecimiento

Una operación de establecimiento es un procedimiento que afecta el aprendizaje y el desempeño con respecto a un reforzador en particular. La saciedad y la privación afectan tanto el aprendizaje como el desempeño. En DBT llamamos a las operaciones de establecimiento

vulnerabilidades. Una vulnerabilidad explica el por qué un estímulo puede un día generar una conducta problema y al siguiente no hacerlo.

Antecedentes

El resultado de un buen análisis en cadena debería parecerse a un guión de teatro, un guión con tal nivel de detalle que si el terapeuta y el consultante quisieran, podrían representar la situación que llevó a la conducta problema con precisión. Qué hizo y qué dijo el consultante. Qué dijeron y qué hicieron los demás. Pero también los pensamientos, las emociones y las sensaciones del consultante.

Para Marsha Linehan el realizar un AC es como dibujar el mapa de una autopista que termina en la conducta problema; cada pensamiento, cada emoción, cada acción, son un posible camino de salida para terminar en otro destino.

Luego de realizar la topografía de la conducta problema la primera pregunta que debe hacer el terapeuta es: *¿cuándo empezó la situación que terminó en la conducta problema?* La respuesta a esa pregunta le permite establecer un punto en la secuencia temporal desde donde comenzar a registrar los antecedentes. Todo lo que sucedió antes de ese punto puede ser tratado como una vulnerabilidad. A partir de ese punto el terapeuta quiere registrar cada acción, cada pensamiento, cada emoción, cada sensación. Se volverá detallista. Preguntará una y otra vez *¿qué pasó después?*

Disparador

La siguiente pregunta es: *¿cuándo fue la primera vez que pensaste en hacer x?* Esta pregunta es importante porque la teoría biosocial indica que las conductas problemas son el resultado inmediato o un intento de regular una emoción aversiva, así que aquello que aconteció el instante anterior a que el consultante piense o realice conducta problema, es en primera instancia aquello que llamamos disparador.

Consecuencias a corto plazo

Un principio fundamental de la teoría del aprendizaje es la ley del efecto; la misma sostiene que los efectos de nuestras acciones determinan si las repetimos o no (37).

Si nuestras acciones producen reforzadores (refuerzo positivo) o reducen condiciones aversivas (refuerzo negativo) tendemos a repetirlas. Si producen condiciones aversivas (castigo) o eliminan reforzadores (extinción), dejamos de repetirlas (38). A manera de ejemplo, la lista de consecuencias de la conducta de auto-cortes de un consultante en particular puede ser extensa, ejemplifiquemos: la tensión y el dolor en el pecho desaparecen (refuerzo negativo); la vergüenza se desvanece para dejar paso a una leve tristeza (refuerzo negativo, la tristeza es preferible para ese consultante que la vergüenza); su cabeza deja de estar en el pasado (en todas las parejas que perdió) y en el futuro (todos los novios que perderá)

y vuelve al presente, está ahí, en sus cortes, viendo como la sangre brota de sus brazo, limpiando con una toalla todo rastro del evento (refuerzo negativo); algo en esos cuatro cortes paralelos en su brazo muestran el dolor emocional que sentía, y que un segundo atrás era invisible, son autovalidantes (así de mal me siento) (refuerzo positivo); su pareja, finalmente, se entera de los cortes y abandona la salida programada para brindarle atención y cuidado (refuerzo positivo).

Consecuencia a mediano plazo

Una conducta es una conducta problema en DBT cuando las consecuencias a mediano plazo interfieren con los objetivos a largo plazo del consultante. A corto plazo la conducta puede haber servido para regular el intenso malestar emocional, aunque en mediano plazo haya provocado que el paciente termine internado y por consecuencia pierda el año en la facultad. Si la independencia es algo valioso para el consultante, eso hace que el cortarse sea una conducta problema, atenta contra sus objetivos a largo plazo.

Análisis de solución

Una vez que el terapeuta realizó un análisis en cadena exhaustivo de la conducta problema pueden con el consultante saber qué hace que la conducta suceda y por qué es tan difícil de extinguir a pesar de sus desventajas, es decir, conocen su función. El objetivo del análisis de solución es localizar las dificultades o déficits que impiden el desarrollo de una conducta habilidosa.

Dichos déficits puede deberse a uno o más de los cuatro siguientes (1):

- 1) Falta de habilidades para:
 - a. Regular sus emociones
 - b. Tolerar el malestar
 - c. Responder habilidosamente a los conflictos interpersonales
 - d. Observar, describir y participar sin juzgar con conciencia plena y focalizándose en ser efectivo
 - e. Manejar su propia conducta con otras estrategias que no sean el autocastigo
- 2) Las circunstancias refuerzan la conducta disfuncional o fallan en reforzar conductas más funcionales
- 3) Las respuestas emocionales condicionadas bloquean respuestas más habilidosas
- 4) Las conductas efectivas son inhibidas por creencias y supuestos distorsionados

A partir de ello, una amplia gama de intervenciones son posibles para intentar modificar los patrones conductuales que llevan a la conducta problema: aprendizaje de habilidades, manejo de contingencias, exposición emocional y modificación cognitiva (27).

Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades es una parte esencial del tratamiento. DBT establece que los pacientes no poseen o tienen déficit en determinadas habilidades; por

lo tanto, se enseñan habilidades de: conciencia plena (*mindfulness*), regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (2).

Conciencia plena: la práctica de *mindfulness*, cercana a la meditación, pero despojada de todo su componente religioso, es una estrategia central de DBT y de muchas terapias de tercera generación. Kabat-Zinn define a *mindfulness* como la práctica de “prestar atención de una manera en particular: con intención, en el momento presente, y de manera no juiciosa” (39). Quizás la definición más técnica, pero con consecuencias clínicas importantes, sea la de Kohlenberg y Tsai: “definimos al *Mindfulness* funcionalmente como un tipo de autoconciencia que ayuda a los clientes a mantenerse en la presencia de estímulos aversivos como pensamientos negativos, emociones, y eventos, que generalmente generan repertorios evitativos” (40).

Regulación emocional: Sloan and Kring's señalan que la regulación emocional se refiere a los intentos que el individuo hace para influenciar qué emociones tiene, cuándo tenerlas y cómo esas emociones son experimentadas y expresadas (41). Los esfuerzos por regular la emoción pueden involucrar sobre o sub-regulaciones de varios aspectos de emociones positivas y negativas (42). Veremos que Linehan tiene un conjunto de habilidades más enfocadas en tratar las tendencias de los pacientes a sobrerregular, suprimir, o escapar de sus emociones, como son reconocer la emoción y observar la emoción, y otro conjunto de habilidades más orientadas a ayudar a los pacientes a ser más efectivos a la hora de regular sus emociones como son tratar las vulnerabilidades y acción opuesta.

Tolerancia al malestar: Linehan sostiene que las tecnologías centradas en la aceptación han sido dejadas en manos de las diferentes religiones y han sido desconocidas o repudiadas por las psicoterapias occidentales. La mayoría de las escuelas de psicoterapia han centrado sus esfuerzos en cambiar los eventos que generan malestar y han descuidado el aceptar el malestar, encontrarle significado y simplemente tolerarlo (1). Linehan también cree que pasado cierto nivel de malestar, o punto de quiebre, las estrategias de cambio son adecuadas y necesarias, por lo que propone un conjunto de habilidades más dirigidas al cambio. El módulo de entrenamiento que realizan los consultantes en tolerancia al malestar está separado en dos partes: habilidades para tolerar y sobrevivir a las crisis y habilidades para aceptar la vida como es en el momento.

Habilidades interpersonales: las habilidades sociales tienen una larga tradición en la terapia conductual (43), con desarrollos específicos para diversas patologías como los pacientes esquizofrénicos (44), pacientes con ansiedad social (45), con depresión (46), y en terapia de pareja (47). DBT desarrolla un conjunto de habilidades sociales específico para pacientes con TLP. Las habilidades sociales suponen la capacidad de expresar tanto emociones positivas como negativas en un contexto interpersonal

sin perder refuerzo social (44). Podemos definir la habilidad de ser asertivo, por ejemplo, como la capacidad de pedirle algo a alguien o decirle que no a el pedido de otro sin inhibirnos ni ser agresivos. Todos podemos ser puestos en un continuo en donde en un extremo está la inhibición y en el otro la agresión, y casi todos nosotros nos desviamos del medio hacia alguno de los dos extremos. En el medio estaría la habilidad de ser asertivo que no es simplemente un punto de equilibrio sino que tiene una cantidad de características propias. Los consultantes TLP necesitan imperiosamente aprender a manejar los conflictos interpersonales de una manera efectiva.

El aprendizaje de habilidades es una de las estrategias de cambio en DBT, pero no la única. En DBT el terapeuta podrá también utilizar manejo de contingencias, exposición emocional y modificación cognitiva.

Manejo de contingencias

El terapeuta DBT debe ser capaz de intervenir en el contexto -orientando al consultante para hacerlo- de tal modo que se modifiquen los refuerzos de las conductas problemas. También debe estar atento a cómo su propia conducta refuerza o castiga conductas disfuncionales.

El terapeuta DBT debe estar especialmente atento a cómo responde a las conductas problemas del consultante para no reforzarlas. También ayudará al entorno a responder de una manera más efectiva a las conductas problemáticas. Los familiares deben aprender a ofrecer validación emocional, así como promover que el consultante realice habilidades o llame a su terapeuta durante una crisis. Deben estar atentos a no desatender las expresiones de menor intensidad de malestar, y a no aumentar su atención y calidez luego de que el consultante realice una conducta problema.

Exposición

A diferencia de los tratamientos de exposición tradicionales (48), DBT utiliza exposición con una gran cantidad de emociones: miedo, enojo, tristeza, vergüenza, alegría. De hecho, se utilizan procedimientos de exposición con cualquier emoción que durante el análisis en cadena haya revelado tener relación causal con la conducta problema blanco.

Linehan amplía la gama de emociones sobre la que aplica procedimientos de exposición y agrega nuevas indicaciones a las tradicionales: además de bloquear las tendencias de acción asociadas a la emoción problemática se debe promover y reforzar conductas adaptativas. Llama a este tipo de exposición “acción opuesta” y la convierte en una de las piezas claves del tratamiento.

Modificación cognitiva

DBT difiere de la mayoría de las terapias cognitivas (49,50) por el lugar que ocupa la modificación cognitiva en el tratamiento de los consultantes con desregulación emocional.

La primera tarea en DBT será siempre encontrar y reforzar las creencias, expectativas, reglas e interpretaciones válidas y adaptativas. El terapeuta cambia la forma de escuchar que caracteriza a la terapia cognitiva de segunda generación -más atenta a las distorsiones cognitivas, a pescar en qué lugar el consultante está pensando mal- para estar atento a qué cosas son válidas o adaptativas en el pensamiento del consultante. Linehan dice: *“En mi experiencia, focalizarse principalmente en cambiar cómo el individuo piensa y utiliza la información como solución para sus problemas es muchas veces demasiado similar al ambiente invalidante. Es fácil sacar la conclusión que si el consultante pensara bien todo estaría OK”* (1). La modificación cognitiva en DBT se aleja de la modificación cognitiva clásica; se centra más en el procesamiento de información que en el contenido. Está más preocupada por la flexibilidad y la eficiencia que por las distorsiones cognitivas.

Los problemas que presentan los consultantes son múltiples y la gama de intervenciones en DBT es muy grande. Cualquier terapeuta podría sentirse perdido. Pero a la vez DBT es un tratamiento altamente estructurado, le dice al terapeuta qué hacer en cada momento según el nivel de desorden conductual que presenta el consultante.

Etapas de tratamiento

Tratar pacientes con múltiples problemas genera dificultades en conceptualizar el caso, así como problemas en la selección de qué comportamiento se procederá a elegir como foco de tratamiento. La terapia DBT jerarquiza los problemas a abordar en sesión con etapas de tratamiento en el cual se abordan distintos problemas conductuales y se alcanzan objetivos pautados con el consultante (35).

La primera etapa de tratamiento en DBT se denomina pre-tratamiento, a las cuales le siguen 4 etapas. En pre-tratamiento, el consultante y el terapeuta acuerdan los objetivos y el método de tratamiento, para luego adquirir un compromiso mutuo con el mismo.

En la etapa 1, los objetivos son en primer medida disminuir las conductas suicidas, el segundo objetivo es disminuir las conductas que interfieren con la terapia, el tercer objetivo es disminuir las conductas que interfieren con la calidad de vida y el cuarto objetivo es incrementar las habilidades conductuales (1). En la etapa 2, el objetivo es disminuir las conductas relacionadas con el estrés postraumático. En esta etapa se utilizarán alguna de las estrategias basadas en la evidencia para tratar el estrés postraumático, como la terapia de exposición prolongada (48). En la etapa 3 se buscan incrementar el autorespeto y lograr objetivos personales, y en la etapa 4 se intenta resolver el sentimiento de incompletud y encontrar libertad y alegría; se parecen más a las terapias tradicionales de crecimiento personal (1).

Modos de tratamiento

En DBT existen cuatro modos o componentes centrales del tratamiento: terapia individual, grupo de habilidades, *couching* telefónico y reunión de equipo.

Una hipótesis central de DBT es que los consultantes no sólo tienen vulnerabilidad emocional sino que carecen de las habilidades necesarias para regularlas. Linehan señala la dificultad que supone intentar enseñarle nuevas habilidades a los pacientes con TLP en sesión individual cuando uno se ocupa al mismo tiempo de apagar el incendio de la semana. Esto la lleva a separar ambas modalidades de terapia y a exigir que los pacientes realicen un grupo de habilidades además de la terapia individual. Pero no se trata solamente de enseñar habilidades sino de estar presente en el momento en que el consultante puede necesitarlas para ayudarlas a implementarlas, afrontar los obstáculos y dificultades, y reforzar los pequeños progresos. Para eso Linehan incluye en el tratamiento el *couching* telefónico: se le pide a los consultantes que llamen a su terapeuta individual cuando estén en el medio de una crisis, antes de realizar la conducta problema, para intentar realizar un conjunto de conductas alternativas.

Por último, la reunión de equipo garantiza la adherencia de los terapeutas al tratamiento: los terapeutas tratan a los pacientes y el equipo de supervisión trata y sostiene a los terapeutas en esta tarea.

Funciones del tratamiento

En DBT, el tratamiento posee cinco funciones: 1) aumentar las habilidades, DBT supone que los consultantes con TLP carecen o deben mejorar una cantidad de capacidades, entre ellas regular las emociones, tolerar el malestar, manejar los conflictos interpersonales, prestar atención a la experiencia presente y regular la atención; 2) generalizar las habilidades, tanto el *couching* telefónico como las sesiones individuales pueden ser pensadas como estrategias de generalización, su función es encontrar la forma en que consultante puede llevar a su vida diaria lo aprendido; 3) aumentar la motivación y disminuir las conductas disfuncionales, con el objetivo de reducir las conductas desadaptativas mientras se aumentan las habilidades para lograr tener una vida que valga la pena de ser vivida; 4) aumentar y mantener las habilidades y motivación del terapeuta, la reunión de equipo semanal que exige el modelo es el lugar que garantiza la adherencia, enseña y modela habilidades terapéuticas, y trabaja con las dificultades que puedan surgir de tratar a consultantes multiproblemáticos y complejos; 5) la última función es estructurar el ambiente; los terapeutas pueden, según las circunstancias, enseñarles a los consultantes cómo estructurar el ambiente para que las conductas adaptativas sean reforzadas o, si es necesario, intervenir ellos mismos en el ambiente para lograr este objetivo.

Conclusiones

Los pacientes complejos y multiproblemáticos son un desafío constante para nuestra práctica clínica. Pero parte del problema radica en que también se trata de un grupo poblacional complejo para la investigación y los desarrollos experimentales.

Hasta la aparición de la DBT, no había tratamientos

disponibles eficaces para consultantes con diagnóstico de TLP o con múltiples problemas. Los individuos con conductas suicidas y autolesivas, asiduos usuarios de los sistemas de salud, recibían tratamientos que, al fracasar, aumentaban la desesperanza de los pacientes y sus familiares. DBT es un tratamiento complejo y multimodal, que le brinda al clínico una abanico de posibilidades a

la hora de intervenir y al mismo tiempo estructura su práctica de forma tal que brinde un tratamiento eficaz y humano a pacientes con severos problemas.

Existe una creciente necesidad de tratamientos validados, especialmente para pacientes de alta severidad; y que dichos tratamientos sean duplicables, estandarizados, y disponibles en la comunidad ■

Referencias bibliográficas

- Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1st Edition ed. Press TG, editor. New York London 1993.
- Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Press. TG, editor. New York. 1993.
- Hayes S, Follete V, Linehan M. Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition. Press TG, editor. New York 2004.
- Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev.* 2008 Jan;28(1):1-16.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 Dec;48(12):1060-4.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Dec;50(12):971-4.
- Linehan MM, Schmidt H, 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict.* 1999 Fall;8(4):279-92.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, Morese J, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy.* 2001;32:371-90.
- Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2001 Apr;158(4):632-4.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001 Dec;69(6):1061-5.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002 Jun 1;67(1):13-26.
- van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav.* 2002 Nov-Dec;27(6):911-23.
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2003 Feb;182:135-40.
- van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2005 Sep;43(9):1231-41.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Jul;63(7):757-66.
- Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JH, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2008 Jun;69(6):999-1005.
- Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *J Trauma Stress.* 2010 Aug;23(4):421-9.
- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2010 Sep;48(9):832-9.
- Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(6):356-65.
- Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled,

- pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013 Mar 5;145(3):386-93.
21. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*. 2010 Mar;41(1):106-20.
 22. Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol*. 2012 Jun;51(2):121-41.
 23. Hill DM, Craighead LW, Safer DL. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. *Int J Eat Disord*. 2011 Apr;44(3):249-61.
 24. Safer DL, Joyce EE. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behav Res Ther*. 2011 May;49(5):339-45.
 25. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jan-Feb;11(1):33-45.
 26. Dimeff L, Koerner K. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Press. TG, editor. New York2007.
 27. Koerner K. Doing Dialectical Behavior Therapy: A Practical Guide. Press TG, editor. New York, USA.2012.
 28. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb;156(2):181-9.
 29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision. ed. Association AP, editor. Washington, DC.2000.
 30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American, Psychiatric, Association, editors. Washington, DC.2013.
 31. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 2009 May;135(3):495-510.
 32. Bohart A, Greenberg L. Emphaty Reconsidered: New Directions in Psychotherapy. Association AP, editor. Washington, USA.1997.
 33. Manning S. Loving someone with borderline personality disorder: how you keep out-of-control emotions from destroying your relationship. Press TG, editor. New York. Usa2011.
 34. Skinner B. Ciencia y Conducta Humana. 4ta edición en español (1977) ed. Fontanella, editor. New York1953.
 35. Eells T. Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2nd edition ed. Press TG, editor. New York1997.
 36. Swales M, Hearn H. Dialectical behavior therapy: distinctive features. Routledge, editor. New York, USA2009.
 37. Feixas G, Miró MT. Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos. 15 ed. Paidós, editor. Barcelona1993.
 38. Malott RW, Malott ME, Trojan EA. Principios elementales del comportamiento. 4 ed. Educación P, editor. México2003.
 39. Kabat-Zinn J. Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life. Hyperion, editor. New York, USA.1994.
 40. Kohlenberg R, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. Media SSaB, editor. New York, USA1991.
 41. Sloan DM, Kring AM. Measuring Change in Emotion During Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007;14(4):307-22.
 42. Gross JJ. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*. 1998;2(3):271-99.
 43. Salter A. Conditioned reflex therapy. *Clinical Psychology*. 1950;6(3):305.
 44. Hersen M, Bellack AS. Social skills training for chronic psychiatric patients: rationale, research findings, and future directions. *Compr Psychiatry*. 1976 Jul-Aug;17(4):559-80.
 45. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ. Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14(1):1-23.
 46. Youngren MA, Lewinsohn PM. The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *J Abnorm Psychol*. 1980 Jun;89(3):333-41.
 47. Patterson GR, Cols. Entrenamiento en habilidades matrimoniales: Algunos problemas y conceptos. In: Leitenberg H, editor. Modificación y terapia de conducta. Madrid: Morata; 1982.
 48. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum EO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences therapist guide (Treatments That Work). Press OU, editor. New York, USA2007.
 49. Beck AT. Thinking and Depression. I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963 Oct;9:324-33.
 50. Ellis A. Reason and emotion in Psychotherapy. Stuart L, editor. New York1962.