

Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad

Pablo Gagliesi

Médico psiquiatra

DBT Foro Argentino

La Terapia Dialéctica Comportamental (Dialectical Behavioral Therapy, DBT)^{1 2} evolucionó de la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). La Dra Marsha Linehan, intentaba usar la TCC para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multiproblemáticos. Inicialmente los primeros trabajos de investigación se centraron en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y auto excoriaciones.

Pero el primer problema estaba en relación a que la mayoría de los profesionales de la salud mental referían tener dificultades en la alianza terapéutica con estos pacientes. De hecho algunas investigaciones los ponen en el ranking como los menos deseables de tener en el consultorio. Por su parte las y los consultantes y sus familias suelen cambiar muchas veces de tratamientos debido a que mismos no cumplen las expectativas de alivio esperadas.³ Suele describirse que entran “desesperados” y abandonan “desesperanzados”.

El segundo es lo multiproblemático: La comorbilidad de muchos problemas (pánico, adicciones, depresión, entre otros), algunos de vida o muerte, que es difícil dirigir el tratamiento o focalizar. Podríamos usar la metáfora del auto fuera de control, en el cual siempre se está frente a una inminente catástrofe y no hay progreso.

La DBT es una modificación del tratamiento TCC. De hecho Linehan y un equipo de terapeutas comenzaron utilizando técnicas de la TCC como entrenamiento de habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual. Revisaron las intervenciones psicosociales eficaces en otros trastornos y dificultades emocionales (enfrentamiento, desensibilización, resolución de problemas entre otras) desarrollando un programa cognitivo conductual. Estas técnicas funcionaron para algunas personas y dejaron a otras fuera por hallarse constantemente enfocadas en el cambio.

Las estrategias estaban tan direccionadas que los consultantes abandonaban los tratamientos por las mismas razones que lo hacen en casi todos los demás: se sentían incomprendidos y criticados.

Los consultantes sentían que su sufrimiento era subestimado por los terapeutas y a la vez, que los terapeutas sobreestimaban cuan útiles estaban siendo. Como resultado abandonaban el tratamiento, se sentían muy frustrados - al igual que los consultados - o se aislaban.

El equipo de investigación de la doctora Linehan comenzó a filmar todas las sesiones y a estar atento a qué nuevas estrategias ayudaban a tolerar el dolor y funcionaban para alcanzar una vida “que valía la pena de ser vivida”.

A medida que las *estrategias de aceptación* fueron agregadas a las *estrategias de cambio*, los consultantes sintieron que sus terapeutas los entendían mucho mejor. Permanecieron en terapia en lugar de abandonar, se sintieron mejor en la relación con sus terapeutas y mejoraron más rápidamente.

El balance entre estrategias de cambio y de aceptación forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento. Dialéctica significa ‘evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones’.

En la DBT, consultados y consultantes trabajan arduo para balancear cambio y aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias.

Así como en la vida cotidiana fuera de la terapia, las personas luchan por conseguir un equilibrio en sus acciones, sentimientos, y pensamientos, en este modelo se debe trabajar para integrar ambos: sentimientos pasionales y pensamientos racionales.

Fue entonces que se integraron las estrategias de validación y de aceptación, y los resultados obtenidos en ese nuevo modelo de trabajo se volvieron significativos y por ende, su base filosófica.

En este sentido, la DBT sintetiza dos movimientos en la investigación en psicoterapia: la manualización o estandarización de las intervenciones para determinados problemas, y las estrategias cortadas a medida de la relación consultante-consultado volviéndola flexible y anti estándar⁴.

Si tuviéramos que resumir los paradigmas integrados diríamos: el conductual, porque se ocupa de las conductas; la conciencia plena que facilita la aceptación, la compasión y, estar aquí y ahora; y la dialéctica que permite una fluidez en el balance entre la aceptación y el cambio.

La base empírica

En la actualidad el programa de tratamiento ha sido validado en diversos trastornos, problemas y contextos. La evidencia creciente de su utilidad en pacientes complejos lo hace de elección en muchos sistemas de salud. Hasta el momento es el tratamiento con la mejor probada eficacia para el Trastorno Límite de la Personalidad en varios ensayos clínicos randomizados que incluyen profesionales e investigadores diferentes de los creadores del modelo.

El trabajo inicial desarrollado por Linehan y colaboradores⁵ publicado en 1991 compara dos grupos de 22 mujeres jóvenes cada uno que realizaron tratamiento durante un año. Un grupo realizó DBT y el otro fue enviado a tratamiento con profesionales renombrados de la comunidad dedicados a tratar pacientes con diagnóstico de Trastornos Límites de la Personalidad (TLP). Las pacientes que se encontraban en el primer grupo tuvieron una reducción significativa de la frecuencia y el riesgo médico de las conductas suicidas y parasuicidas, adhirieron más al tratamiento – o no lo abandonaron –, los días de internación fueron menos numerosos y la ideación, depresión, las razones para vivir y la desesperanza habían mejorado comparadas con el segundo grupo.

Después de este protocolo se implementaron otros con grupos más numerosos con resultados similares^{6 7 8} al mismo tiempo que los estudios naturalísticos y de seguimiento demostraban la consistencia a lo largo del tiempo ya que las mejorías se sostenían⁹.

A fines de la década pasada el interés en los pacientes con problemas de consumo, abuso y dependencia de sustancias se acrecentó. Un trabajo de Linehan, Schmidt, Dimeff y otros comparan dos grupos de pacientes duales, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y Trastorno por uso de sustancias. Un grupo de mujeres fue asignado a DBT y otro a los programas usuales. La primera diferencia es en torno al abandono del tratamiento, mientras que el 36% abandonó la DBT el 73% abandonó los programas usuales. En los análisis urinarios de seguimiento de la abstinencia y las recaídas también los resultados fueron significativos¹⁰.

Otros trabajos muestran una eficacia similar y sinérgica con los programas de 12 pasos en pacientes en dependencia a los opiáceos y diagnóstico dual¹¹.

Los resultados fueron duplicados por otros investigadores y clínicos, Koons y colaboradores¹², y en otros países como Alemania por Bohus y otros¹³, Holanda e Inglaterra como los desarrollados por van den Bosh y su equipo^{14 15 16} que utilizó la DBT en pacientes con problemas de abuso de sustancias sin comorbilidad con TLP.

Safer, Telch y Agras adaptaron dos programas de DBT para Trastornos por Atracón y para Bulimia Nerviosa con buenos resultados en los parámetros de los hábitos del comer como en variables emocionales y cognitivas^{17 18}.

Lynch, Morse, Mendelson y Robins¹⁹ publicaron un trabajo, también con grupo de control, en el que adaptando el modelo DBT se asistió a una población de adultos mayores de 60 años crónicamente deprimidos, dependientes y con quejas médicas múltiples con notables mejorías. En este protocolo además de las clases en entrenamiento en habilidades se agregó un *coaching* telefónico a la manera de sesiones, esta particularidad permite suponer que comunicarse entre sesiones, con objetivos puntuales puede ser importante.

Otros trabajos sin randomización pero con resultados significativos son:

Rathus y Miller,^{20 21 22} en pacientes adolescentes suicidas donde se observó una reducción de la ideación suicida, de los síntomas psiquiátricos y de la sintomatología limítrofe, así mismo probaron en modelo en familiares de pacientes.

Trupin, Stewart, Beach y Boesky dirigieron un proyecto en un centro de rehabilitación juvenil²³ con adolescentes encarceladas resultado en una reducción de los problemas conductuales y. lo notorio, en las respuestas punitivas del staff.

Barley y colaboradores demostraron su utilidad con pacientes internados en un servicio de clínica psiquiátrica.²⁴

McCann y Ball^{25 26} desarrollaron un programa para centros de detención de personas adultas con resultados promisorios. Varios sistemas de reclusión para la salud mental de sus internos o para la reducción del número de reincidencias ofrecen programas de DBT^{27 28}. En este sentido se constituye en el marco donde prácticas más diversas ya han demostrado ser eficaces pudiendo integrarlas a los programas de control de la ira, meditación, relajación entre otros. En esta línea Evershed y Tennant realizaron un trabajo comparando la terapia habitual y la DBT en un grupo de internos varones con privación de la libertad y realizó un seguimiento por 18 meses. Los pacientes que recibieron DBT tuvieron una mayor reducción de la seriedad en los episodios de violencia, reportaron menos hostilidad promedio en la vida cotidiana, reducción de las

emociones negativas relacionadas con el enojo, menor predisposición, expresión y experiencias de enojo o bronca.²⁹

Becker y Zayfert publicaron un trabajo que arrojó resultados positivos al integrar terapias de exposición y DBT en consultantes con diagnóstico de Estrés Postraumático Complejo.³⁰ Waltz, por su parte, desarrolló la modalidad en personas con características abusivas usando los mismos principios³¹. Basándose en esos resultados hay al momento varios grupos desarrollando programas para hombres golpeadores motivados al cambio y la violencia.

Miller, Rathus y Lineham acaban de publicar el primer libro sobre DBT con adolescentes suicidas, que integra aquellas prácticas de demostrada eficacia en un problema social severo, que es la segunda causa de muerte en adolescentes³².

La complejidad del modelo implica que se trata de un programa y no sólo de una psicoterapia. Incluye en el programa clases grupales de habilidades, psicoterapia individual o generalización, entrenamiento para familiares y allegados, y reuniones de los terapeutas, donde todos y todas deben compartir los mismos principios y supuestos básicos.

Quizás cobre importancia recordar los principios básicos que adopta el equipo tratante con inspiración DBT:

1. Los consultantes hacen lo mejor que pueden,
2. quieren mejorar,
3. necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio,
4. podrían no ser la causa de todos sus problemas pero los tienen que resolverlos ellos mismos de todos modos.
5. La vida como TLP es insoportable en la forma que es vivida.
6. Los consultantes deben aprender nuevas conductas y todos los contextos son importantes.
7. Los consultantes no fracasan, las terapias sí – que no dispongamos de la tecnología para asistirlos es parte de un déficit de nuestra profesión, no de ellos y su problema.
8. Los terapeutas necesitan sostén, asistencia y colaboración.

Etapas de tratamiento

Pretratamiento:

Esta etapa está dirigida primero a la evaluación y luego a la orientación y la adherencia.

La psicoeducación en este caso es de vital importancia, pero a diferencia de la realizada en los trastornos del eje I incluye validación y la socialización o modo de tratamiento propuesto, y sustantivamente una forma razonable de explicar la experiencia de vivir con DLP.

El uso del *Manual de Psicoeducación para Personas con Desorden Límite de la Personalidad y sus Allegados* es una forma de administrar la información y poder revisitarla en distintos momentos. Además la información debe, como dijimos, explicar la experiencia subjetiva e transaccional del problema.³³

También suelen socializarse los principios del modelo de tratamiento para completar *un acuerdo* de objetivos clínicos, tiempos (duración), modos (grupo, individual, familiar), y de los límites personales del terapeuta (llamados telefónicos, crisis). Solemos facilitar otro manual sobre preguntas y respuestas sobre el trabajo.

Todas las posibles contingencias deben ser tenidas en cuenta al acordar un tratamiento que será un programa en el sentido de dirección y manual, pero al mismo tiempo se tendrá en cuenta la individualidad, ésta quizás sea la primera dialéctica.

Habitualmente esta etapa del tratamiento está influenciada por el modelo motivacional³⁴ y solemos usarlo cuando no hay mucha adherencia.

Repasando: Diagnóstico, orientación, motivación, acuerdos, objetivos.

Tratamiento:

Etapa 1 Objetivos:

- Disminuir las conductas que interfieren con la vida: Mintz sugería en una discusión sobre el tratamiento de un paciente suicida que todas las formas de psicoterapia son ineficaces con un paciente muerto³⁵. Las estrategias que tengas probada eficacia en pacientes suicidas deben ser aquí desplegadas. No puede haber otro foco de atención clínica antes que este.
- Disminuir las conductas que interfieren con la terapia. No sólo no hay tratamiento con un paciente muerto, tampoco lo hay con un paciente que no viene o no está colaborativo. La motivación es un target central del tratamiento, y como siempre jamás aumenta si el terapeuta es crítico.
- Disminuir las conductas que interfieren con la calidad de vida.
- Aumentar las habilidades conductuales

Etapa 2 Objetivos:

Reducir el estrés postraumático. La comorbilidad con DSPT es elevada. Diferentes autores refieren entre un 30 al 70% de incidencia. Focalizar en estrategias que faciliten la recuperación es una tarea compleja a desarrollar una vez que las habilidades en la regulación del malestar hayan sido instaladas y las crisis no impliquen conductas letales.

Etapa 3 Objetivos:

Aumentar el autorespeto
Alcanzar logros personales

Etapa 4 Objetivos:

Resolver el problema de la sensación de vacío o incompletad
Encontrar la libertad y la alegría

Las funciones

El programa tiene cinco funciones:

1- Aumentar las capacidades: Se asume que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad no tienen o necesitan mejorar habilidades vitales tales como

- a) regular las emociones,
- b) prestar atención a la experiencia del momento presente y regular la atención (habilidades de conciencia plena o *mindfulness*),
- c) Efectividad en navegar las situaciones interpersonales – que incluyen poder pedir algo a otros o decir no - , y
- d) tolerar y sobrevivir a las crisis sin empeorarlas - partiendo de la idea de que cuando se está en una crisis rara vez se puede “resolver el problema”-.

Por eso se desarrollan las clases grupales de habilidades en formatos de módulos específicos que tienen un manual con ejercicios. Usualmente estos grupos ocurren semanalmente durante dos horas treinta aproximadamente según los diferentes protocolos y dura entre nueve meses y un año.

2-Generalizar habilidades: Llevar los recursos aprendidos a la vida cotidiana, practicarlos, ensayarlos, adaptarlos a cada persona es parte de la tarea de la psicoterapia individual.

3-Mejorar la motivación y reducir los problemas conductuales: Motivar a las personas a cambiar y abandonar las conductas que son inconsistentes con una vida que merezca ser

vivida es una función trascendente. Las dificultades en sostener esta motivación son notables en todas las personas que además de sufrir intensa y prolongadamente, han fracasado en numerosos tratamientos.

La monitorización a través de una tarjeta de registro semanal de sesión a sesión es una forma de organizar la información durante la sesión individual, observar los logros o las dificultades. Esta “tarjeta diaria” permite priorizar y focalizar en las conductas problema.

4- Mantener y aumentar la motivación y capacidades del terapeuta: Ayudar a personas severamente perturbadas con muchos problemas puede ser estimulante y desafiante. Sin embargo la complejidad puede poner a prueba las competencias, capacidades y resiliencia de los profesionales. Las conductas suelen tener impacto fuera de las sesiones en las relaciones entre los pares, los sistemas de salud, la justicia y la seguridad pública, las aseguradoras de mala praxis, las relaciones con el sistema familiar del consultante y la vida privada del consultado.

Por ejemplo, un paciente que dice que tiene la idea de matarse deja implicado intensamente a su terapeuta. A veces disponer de manuales nos ayuda a sistematizar las entrevistas en las cuales podemos perder objetividad y el sendero de las mejores prácticas. Disponer de recursos como protocolos con una lista de intervenciones verbales nos puede facilitar el trabajo.

La *reunión de equipo*, herramienta para esta función, es una institución en plena crisis en la actualidad, por diversas razones que no exploraremos en el presente trabajo. Por eso este formato debe ser sujeto a los principios de organización y rutina, dialécticamente con la fluidez de lo singular.

Muchas veces hay cierta desorientación en las funciones de este espacio, a veces se convierte en un lugar capturado por las emergencias y urgencias, sin lugar para la reflexión sobre los procesos. Otras veces el lugar donde los terapeutas vuelvan sus frustraciones con pacientes complejos (“es un paciente grave...”). Otras un espacio para juzgar a consultantes (“si ella hiciera...”), a sus familias (“lo que pasa es que con esa madre...”), al equipo y así mismo (“si hubiera hecho...”). Generalmente nombrar un observador que esté atento a estos comentarios agrega una visión panorámica y nos ayuda a desandar esos caminos inciertos.

Tener agenda del día que incluya prácticas que prevengan el *burn out* de los miembros como prácticas de respiración o meditación en la reunión misma, o introducir acuerdos

sobre los modos de comunicación, entre otras cosas, son usuales en las reuniones de DBT.

5- Estructurar el ambiente: El ambiente debe ser estructurado de tal manera que refuerce las conductas más efectivas y el progreso y, por el otro lado, no refuerce las maladaptativas o problemáticas. Esto implica acuerdos tales como, para una persona con problemas de consumo de sustancias, evitar contextos que lo promuevan. O, a veces, los consultantes que se autoagreden deben aprender cómo asegurarse que sus otros significativos no refuercen esa conducta.

La teoría biosocial y la enfatización de las emociones en los tratamientos

La DBT teoriza que los problemas conductuales del DLP son debidos a la desregulación emocional. Ésta es resultado de dos factores: la vulnerabilidad emocional (de muy posible origen biológico) y el ambiente o contexto invalidante (donde toma lugar el inadecuado *coaching* para la regulación de las emociones y el aprendizaje disfuncional).

Como vulnerabilidad emocional nos referimos concretamente a:

- a) Una alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos,
- b) Una respuesta emocional de gran intensidad
- c) y un retorno lento a la calma.

Por lo tanto se activan fácilmente emociones en situaciones en las cuales no es de esperar que aparezcan. A su vez, dichas emociones - con sus componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales - producen una respuesta más intensa de lo predecible y el retorno a la calma toma más tiempo que en el general de las personas. Durante este tiempo el dolor suele ser vivido como insoportable apareciendo la necesidad de serenarse en forma urgente.

El contexto invalidante se refiere a un contexto en el que recurrentemente se responde de forma inapropiada a las experiencias privadas, especialmente durante la infancia. Los ejemplos típicos de lo que ocurre en un ambiente invalidante son: restar importancia, trivializar las preferencias, pensamientos y emociones de una persona. Ocurre igual si en el contexto se responde de manera extrema o exagerada a la comunicación de un pensamiento o emoción.

En la génesis del Trastorno, el ambiente invalidante puede dar lugar a un problema, o no, dependiendo de la vulnerabilidad emocional de la persona. Las niñas y los niños que tienen una predisposición biológica a la desregulación emocional no estarían en las

mismas condiciones de aprender, a través de su ambiente, habilidades para modular sus emociones: nombrarlas, calmarse, tolerar el malestar y confiar en sus respuestas emocionales.

Difícilmente se pueda dar lugar a esta explicación acabada del trastorno si acentuamos algunas de las dos ideas principales, el eje es la interacción entre ambas.

Esta interacción produciría un déficit en las habilidades para modular las emociones caracterizado por:

- dificultades para inhibir conductas poco eficaces que aparecen en respuesta a emociones negativas,
- dificultades para aquietar la activación fisiológica resultante de una fuerte emoción,
- dificultades para concentrarse en presencia de una fuerte emoción.

Imaginemos un niño o niña con este problema que, en ciertos ambientes invalidantes, no aprende a reconocer, distinguir y nombrar las emociones. No puede aprender la regulación de la intensidad de las mismas, no logra tolerarlas – especialmente las emociones negativas, volviéndose “fóbicos” a las emociones - y no confían en ellas como respuestas válidas a determinados sucesos.

Ya adultos, estas personas no logran resolver los problemas de sus vidas, adoptando las mismas características invalidantes del ambiente en que fueron criadas e invalidando sus propias experiencias.

Es interesante destacar que las investigaciones neurobiológicas refieren que el estrés crónico y agudo en diferentes momentos de la vida en las personas produce efectos evidenciables similares a la desregulación emocional descrita por Linehan. También sabemos que no todas las personas sometidas a distintas intensidades y frecuencia de estrés tienen la misma vulnerabilidad. Estos hallazgos nos permiten suponer que ambos elementos están profundamente vinculados.

La filosofía dialéctica

Quizás esta característica es la que diferencia radicalmente la DBT con la TCC. La filosofía dialéctica se asocia comúnmente a Karl Marx o Hegel pero ha existido de una manera o de otra por miles de años por la tradición budista *zen*. Dentro de este contexto la realidad consiste en oposiciones, fuerzas polares que están en tensión. Por ejemplo la dialéctica entre cambio y aceptación. Cada fuerza opuesta está incompleta en sí misma y se mueven hacia una síntesis que no es otra cosa que una nueva dialéctica.

Como hemos visto, focalizar exclusivamente en el cambio o en la aceptación son estrategias incompletas por sí solas.

Este modo de pensar influye en muchos aspectos del estilo de los terapeutas. Ya que ellos y ellas deben buscar continuamente ambas fuerzas en la práctica. En cada sesión, en cada supervisión, en cada discusión de caso, en cada actividad de entrenamiento de habilidades.

Al ofrecer solución de problemas o habilidades sugiere cosas basadas en la aceptación: aceptación radical³⁶, tolerancia al malestar, habilidades de conciencia plena de observar, describir o simplemente estar aquí y ahora; y las basadas en el cambio: cambiar conductas, resolver problemas, cambiar contextos, reforzar contingencias o cambiar cogniciones. Terapeuta y pacientes dejan de debatir sobre lo que está bien o mal, porque todas las posiciones tienen algo de verdad y todas están básicamente incompletas.

La DBT hace hincapié en el uso del movimiento, la velocidad entre sesiones, la variación del estilo y la intensidad. Un terapeuta debe estar preparado para acompañar ese derrotero. Ser cálido o irreverente, tolerar el aumento de la intensidad de las emociones y aumentar el tono cuando desciende. Es muy frecuente que frente a la activación en una sesión intentemos desesperadamente calmar a los consultantes y, en otros momentos descansemos inermes frente a pacientes que evitan conectarse con las emociones. Por eso debemos cambiar no sólo según los pacientes sino estar dispuestos a hacerlo en distintos momentos de los tratamientos o incluso de las sesiones.

Aceptación y Conciencia Plena

Muchas de las intervenciones y habilidades intentan guiar al consultante para que se acepte a sí mismo, a los demás y al mundo tal cual es. Una de ellas es la Conciencia Plena o *Mindfulness* 37 . Este es un entrenamiento de la función de la atención orientándola en el momento presente. Algunas de las habilidades incluyen atender y observar sin emitir juicios de valor, describir los hechos y las cosas de una experiencia o situación y participar completamente en la actividad o experimentar del presente mientras se presta atención a una sólo cosa por vez, focalizando en las conductas eficaces más que en las correctas. Es una práctica en la que la persona está intencionalmente atenta a sus pensamientos y acciones en el momento presente.

Se aplica a sucesos corporales como mentales, y en estas se incluye todo lo que sucede en nuestra mente, pensamientos y emociones. En el budismo tradicional esta práctica es un prerrequisito para desarrollar *insight* y sabiduría.

La meditación es sólo una de las prácticas, que puede consistir en sentarse aquietando el cuerpo y prestar atención a la entrada y salida de aire. Sin embargo la Conciencia Plena no está constreñida a la sesión de meditación. Es una actividad que se puede hacer “haciendo”, como por ejemplo lavando los platos, caminando, diferente a nuestro entrenamiento diario de mantenernos haciendo muchas cosas en simultáneo (*multi tasking*).

Debe ser practicada también en espacios que exceden los entrenamientos como la supervisión, la psicoterapia e incluso la vida personal de los terapeutas. Desde que el Dr Kabat-Zinn comenzó a utilizarla con el objetivo de reducir el estrés, numerosos trabajos se han publicado hasta la fecha^{38 39} Para ver una búsqueda rápida de aquellos que merecen la pena, alcanza leer el artículo publicado por Grossman y Niemann que realiza un meta-análisis de todos ellos. Las evidencias refieren que la Conciencia Plena es un recurso válido en la reducción del estrés y tiene excelentes beneficios en la salud. La utilización es bastante extensa, tanto en la DBT como los protocolos de Segal para depresión crónica^{40 41 42}, en Trastornos de Ansiedad⁴³ entre otros.

La validación en psicoterapia

Linehan y su grupo de investigación descubrieron que cuando el terapeuta otorga igual importancia a validación que al cambio las personas se muestran más colaboradoras y menos propensas a abandonar el tratamiento.

Entonces, ¿qué es la validación? La palabra posee muchos significados. Una de las cosas que no significa es que uno este necesariamente de acuerdo. Un terapeuta, por ejemplo, puede entender que uno abuse del alcohol para superar su ansiedad social y aún así saber que cuando el está ebrio toma decisiones impulsivas que pueden llevarlo a auto dañarse. El terapeuta podría validar que: a) su conducta tiene sentido en tanto ha sido el único método que siempre dispuso para calmar su ansiedad; b) que sus padres siempre se embriagaron en fiestas; y c) que a veces cuando ella o él está ebria/o y hace algo impulsivo, la conducta impulsiva puede ser “divertida”.

En este caso el terapeuta puede validar que el abuso de sustancias tiene sentido dada su historia y desde su punto de vista. Pero el terapeuta no tiene por que estar de acuerdo

con que el consumo abusivo de alcohol es la mejor manera de solucionar la ansiedad del paciente.

Hay distintos niveles y tipos de validación. El nivel más básico es estar atento a la otra persona. Esto significa mantener respeto por lo que ella dice, siente y hace. Otros niveles de validación implican ayudar a recuperar confianza afirmando que su conducta tiene perfecto sentido (ej: "por supuesto que estas enojada o enojado con el dueño del negocio porque intentó cobrarte de más y luego mentir al respecto"), tratándola como una semejante (ej: en oposición a tratar al consultante como un paciente débil mental).

Durante el tratamiento, del mismo modo en que los consultantes son entrenados en el uso de estrategias cognitivas conductuales, también son educados y motivados a usar la validación. Tanto en el tratamiento como en la vida, es importante saber qué cosas podemos cambiar de nosotros y qué cosas debemos aceptar (ya sea a largo o corto plazo). Por esta razón, las habilidades de aceptación y validación se han incluido en los módulos de habilidades.

Hay cuatro módulos de habilidades en total como hemos visto, – dos enfatizan el cambio y dos la aceptación - . Por ejemplo es extremadamente importante que los consultantes que se auto dañan aprendan a aceptar la experiencia de dolor en lugar de recurrir a las conductas destructivas para solucionar sus problemas. De modo que si se cortan, tienen atracones y se purgan, abusan de alcohol y drogas, se disocian, entre otras conductas, deben aprender a simplemente "estar en" la realidad, por mas doloroso que pueda ser en determinado momento, de modo que reconozcan que "pueden soportarlo". La DBT enseña un conjunto habilidades para que los consultantes puedan aprender a permanecer en calma en lugar de huir. Además es importante comprender porqué sus vidas son tan difíciles o al menos hallar algún sentido.

Caso Clínico

Intentaremos en este caso clínico ejemplificar el modelo de trabajo.¹

Feli tiene 24 años y es traída a consulta por su madre. La semana anterior había sido una semana complicada para todos en su familia. Tras una tormentosa separación de su novio algunas conductas que ella tenía se volvieron más notorias y graves.

¹ Los datos de la paciente han sido modificados para resguardar identidad.

Feli refiere que se corta con un *cutter* sus antebrazos y sus muslos sin finalidad letal con cierta periodicidad, pero que esta última semana sus ideas de muerte y su deseo de desaparecer aumentaron, y además sus cortes se han vuelto evidentes para su familia.

También tiene atracones de comida y vómitos provocados.

Insiste en que nadie la querrá, que se quedará sola para toda la vida. Describe su vida como un completo fracaso, que ni si quiera los tratamientos parecen funcionar, que está fallada o dañada y merece morir.

Este es su tercer tratamiento psi. En su adolescencia estuvo en un programa de trastornos alimentarios por un año y luego tuvo otros dos tratamientos, en todos ellos recibió indicación farmacológica. Estuvo con acompañamientos psicoterapéuticos por tres meses en una oportunidad luego de realizar una tentativa de suicidio con tranquilizantes.

Feli fue una niña inquieta y creativa, con altibajos en su escolaridad, actualmente ha abandonado la universidad y permanece en su casa gran parte del tiempo. Si bien era alguien sociable, a perdido casi todos sus amigos.

Su madre dice “Feli es muy manejadora, hace *actings* para que le prestemos atención”.

El padre de Feli falleció hace 10 años y tiene un hermano 9 años mayor que no convive con ellas.

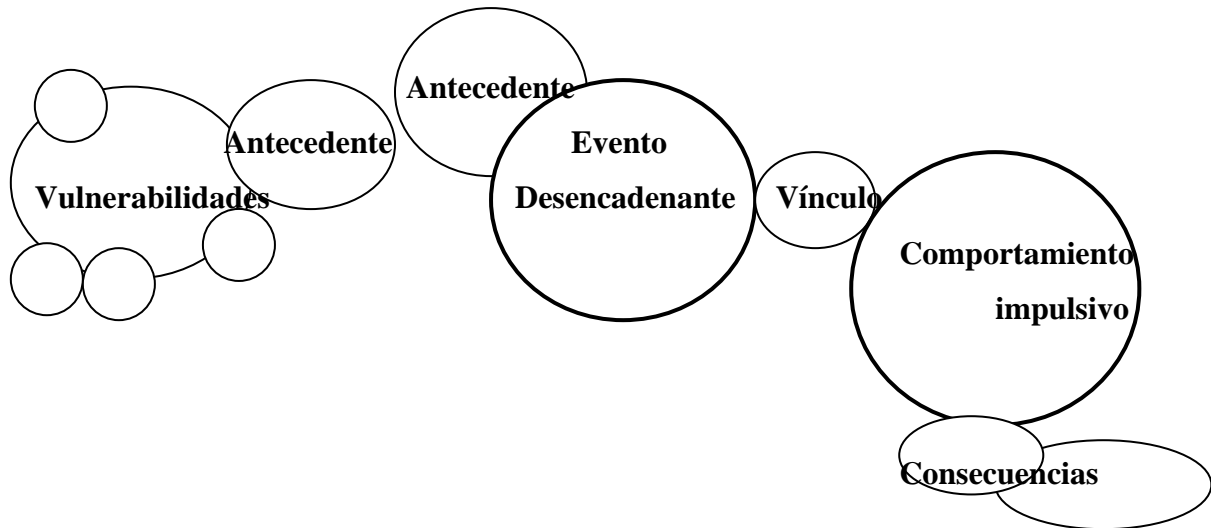
El motivo de consulta se relaciona con un último episodio de cortes. Se realizó entonces un análisis conductual. Para esto habitualmente se utiliza una entrevista semiestructurada que permite seguir un protocolo.

Tomando en cuenta el principio por el cual las conductas problemas suelen responder al registro y al análisis conductual, podemos observar con Feli la secuencia.

Feli describe exactamente el episodio. Durante el relato aparecen signos de activación fisiológica compatible con la ansiedad. Identifica lentamente con detalle los sucesos. Dónde ocurrió, cómo se sentía, qué pensaba, que había imaginado que iba a ocurrir, si pensó en tener otro comportamiento.

Intentamos detectar las vulnerabilidades, qué cosas en el ambiente o su interior predisponen a la desregulación. Feli refiere que desde la separación siente que el dolor se ha vuelto intolerable y el circuito de cortes no ha podido detenerse, aunque podemos señalarle que se corta menos de lo que los impulsos le dictan, ya que en el registro aparecen más impulsos que conductas.

Un par de fotos en su *blog* le aumentaron sustancialmente su sensación de malestar y comenzó a querer llamar a su ex novio. Comenzó a pensar en él y a sentirse desolada. Definimos esto como el evento desencadenante.



El corte ocurrió inmediatamente. En el análisis podemos observar con ella que esta conducta sucede en un marco de intenso malestar. El cortarse tiene una consecuencia positiva inmediata de alivio que opera como refuerzo. Llamamos refuerzo aquí a las consecuencias que facilitan que la conducta ocurra nuevamente.

Se instó a Feli que observara los resultados positivos del comportamiento impulsivo. Y cómo esta conducta alivió una enorme tensión interna inmediatamente. Se le explicó que parte del problema era justamente que ese alivio, reforzaba la conducta y que cada vez que la presión subía, ésta era claramente la salida más rápida y la eficacia sostenía el circuito.

Las consecuencias negativas, tempranas o tardías (“que quede una marca, que mi madre se enoje” entre otras) y aún el hecho de que no convoca soluciones a largo plazo, no alcanzan a servir como un adversivo. Por el contrario, pueden ser parte del marco de vulnerabilidad: si creo que no tengo solución, que no puedo parar, que nada me calmará, posiblemente no me sienta suficientemente entero para afrontar el malestar. Es también evidente que estas consecuencias son el motor de la motivación al cambio.

Esta formulación del caso permite, por un lado validar - la respuesta del corte es funcional al nivel de malestar - y, por el otro proponer el cambio - esta conducta es disfuncional a largo plazo. Es un modo de explicar la experiencia y, a su vez, permitir señalar las cosas a aprender.

Se socializó (psicoeducación) el modelo de tratamiento, la consultante concurre a sesiones semanales individuales, entrenamiento grupal, y *coaching* telefónico – debía llamar siempre *antes* de la conducta problema, jamás después. Tenía asignada una hoja de registro de sesión por sesión y otra de grupo. Por su parte, la madre de Feli comenzó el taller de psicoeducación y habilidades para familiares y allegados.

Es evidente que Feli debió aprender recursos para sobrevivir a las crisis y no empeorarlas. Pero además, debió aprender habilidades interpersonales que le permitieron terminar con las relaciones que no tienen remedio, pedir más asertivamente cosas a los demás y verbalizar sus deseos.

Por otro lado las habilidades emocionales estaban ausentes o muy disminuidas, las tormentas de emociones como culpa, vergüenza, tristeza y miedo eran incontrolables para ella.

“Es vergüenza lo que siento: la más gorda, el pelo feo, la enferma, la depresiva, la loca que no puede parar de cortarse, o vomitar, o atraconarme, o de joder a todos, no puedo ni entrar en un negocio de ropa sin sentir una oleada de miedo con calor como si tuviera un foco de cine sobre la cabeza, todos miran y dicen: pobre.”

Feli tenía dificultades para pedir ayuda, aún telefónica, antes de cortarse. Se la instruyó a hacerlo, primero ensayando en la sesión y luego amplificándola en lo cotidiano. Cada vez que llamaba se instruía en que tomara el manual de habilidades para el manejo de las crisis, se intentaba descentrarse de las causas para focalizar en la reducción del malestar.

En las sesiones siguientes se hacía análisis conductual, primero de los cortes, y cuando estos desaparecieron de las crisis mismas y los impulsos.

“Conseguí estar acá y ahora, respirando. Empecé a sentir que tenía control, que si bien parecía que todo se iba a la mierda, yo podía no perderme, no olvidarme de mí, no hacer que esa situación fuera aún más difícil. Aprendí a tolerar, y que si tolero, a final todo pasa”.

Feli además participó de un Grupo de Entrenamiento en Habilidades. Durante cierto tiempo su adherencia al grupo fue dificultosa. Venía poco y participaba poco. Al tomar esto como una de las conductas que interfieren con la terapia en los análisis conductuales aparecieron su vergüenza respecto de su cuerpo, hablar en público, el temor a ser evaluada negativamente, la idea que ella no podrá cumplir con los estándares del equipo, que ella no es suficientemente inteligente, que los demás son más

capaces y que nada va a servirle. Estas creencias sostienen muchas veces uno de los problemas centrales y más graves de los pacientes con DLP: la inhibición y por lo tanto el programa – en definitiva la razón del tratamiento vigente. Enmascarada como falta de ganas o desmotivación, la inhibición (las conductas faltantes en dirección a tener una vida que merezca ser vivida) suelen ser interpretada como depresión y desalienta a consultantes y consultados.

Su madre concurreó con un hermano al Taller de Familiares y Allegados tiempo después a pesar de haber mostrado poca disponibilidad inicialmente, quizás por lo doloroso que era para ellos aceptar el diagnóstico. Además de recibir la psicoeducación habitual, lograron disminuir la crítica, comprender que las conductas no eran *actings* dedicados a ellos para obtener atención sino, conductas cuya finalidad era la regulación del malestar. Posteriormente aprendieron a *validar*, y a mejorar con esa herramienta la comunicación con Feli. Así mismo se sintieron validados ellos y comprendidos en su dolor. Aceptaron a Feli aceptándose. Los sentimientos de culpa y enojo, tristeza y ansiedad, que forman los circuitos familiares fueron disminuyendo y la Emoción Expresada de la familia se extinguió.

“Se que me siento manipulada – refería la madre – , pero que yo me sienta así no quiere decir que haya sido la intensión inicial de Feli, este aprendizaje salvó el amor que siento por ella. Antes estaba irritada y la peleaba de igual a igual, enloquecíamos juntas. Yo creía que era cuestión de límites... y ahí estábamos, yo intentaba ponerlos, y ella me demostraba que no era por ahí, y yo no podía escucharla”.

Al finalizar el curso de 10 encuentros para familiares la madre había logrado introducir cambios que acompañaba los que Feli empezó a hacer y reducir su propio puntaje en las escalas de depresión de Beck y la Escala del Cuidador de Zarit.

Feli lleva un año de abstinencia de cortes y ha comenzado a realizar algunas tareas. Con una compañera de grupo van a un taller de costura y planea poder vender ropa. La muerte de su padre es un tema que aumenta su malestar y comenzó a tener recuerdos de situaciones de trauma infantil. Su familia comienza a registrar que él era un alcohólico.

Ella lee literatura motivacional con fruición, y administra una pequeña biblioteca entre las compañeras de comunidad. Su libro favorito tiene un párrafo sobre el cambio y la aceptación que dice: “A los quince minutos de encender una estufa, el aire frío de la habitación se calienta y con ello ocurre una transformación. No necesitás rechazar o reprimir nada, ni tan siquiera tu ira. Es sólo una energía y todas las energías pueden transformarse. El arte está en transformar una energía en otra.”⁴⁴

Sigue teniendo dificultades con su esquema corporal y por momentos la inhibición predomina en su vida privada. Está en la etapa 2 de su tratamiento y ha decidido recomenzar los talleres de habilidades.

Conclusiones

La construcción de *una vida que valga la pena ser vivida* es un objetivo general de todos los tratamientos. Y es la motivación que los sostiene.

Ese viaje – como suele referirse a la psicoterapia Sara Baringoltz –sólo es posible si las variables de esperanza y confianza en sí mismo están presentes. Estas dos variables aparecen empobrecidas sistemáticamente en todos los tratamientos con pacientes con DLP, y por alguna razón los terapeutas solemos interferir con ellas, al repetir los modelos de invalidación que los consultantes establecieron con el mundo.

La DBT es un modelo de tratamiento que aporta una singular conceptualización y permite así validar y proponer el cambio.

Nos mantiene atentos a los consultados sobre nuestras propias emociones, nuestros juicios de valores y nuestras propias conductas. Y hemos observado que no sólo ha ayudado a nuestros consultantes sino que ha producido cambios profundos en cada uno de nosotros.

Bibliografía

¹ Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY, 1993.

² Linehan, M: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. Guilford, New York, NY, 1993.

³ E. A. Leiderman, S. Buchovsky, M. Jiménez, M. Nemirovsky, F. Pavlovsky, S. Giordano, G. Lipovetzky Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales *Buenos Aires Argentina. VERTEX 2004, Vol. XV - N° 58*

⁴ Beutler Larry E., Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, Volume 3, Article 27, August 2000. American Psychological Association.

⁵ [Linehan,M.M., Armstrong,H.E., Suarez,A., Allmon,D., Heard,H.L. \(1991\). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 48, 1060-1064.](#)

-
- ⁶ [Linehan,M.M., Heard,H.L. \(1993\) "Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients": Reply. Archives of General-Psychiatry, 50\(2\): 157-158.](#)
- ⁷ [Linehan,M.M., Heard,H.L., Armstrong,H.E. \(1993\). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 50, 971-974.](#)
- ⁸ [Linehan,M.M., Heard,H.L., Armstrong,H.E. \(1994\). "Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients": Erratum. Archives of General Psychiatry, 51, 422.](#)
- ¹⁰ [Linehan,M.M., Schmidt,H., Dimeff,L.A., Craft,J.C., Kanter,J., Comtois,K.A. \(1999\). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. American Journal on Addiction, 8\(4\), 279-292.](#)
- ¹¹ [Linehan,M.M., Schmidt,H., Dimeff,L.A., Craft,J.C., Kanter,J., Comtois,K.A. \(1999\). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. American Journal on Addiction, 8\(4\), 279-292.](#)
- ¹² [Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., Bastian, L.A. \(2001\). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy, 32\(2\), 371-390.](#)
- ¹³ [Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Boehme, R., Linehan, M. \(2000\). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder--A prospective study. Behaviour Research and Therapy, 38\(9\): 875-887.](#)
- ¹⁴ [van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., van den Brink, W. \(2002\). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. Addictive Behaviors, 27\(6\), 911-923.](#)
- ¹⁵ [van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., van den Brink, W. \(2002\). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. Addictive Behaviors, 27\(6\), 911-923.](#)
- ¹⁶ [Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T., van den Brink, W. \(in press\). A 12-month randomized clinical trial of Dialectical Behavior Therapy for women with borderline personality disorder in the Netherlands. British Journal of Psychiatry.](#)
- ¹⁷ [Telch, C.F., Agras, W.S., Linehan, M.M. \(2001\). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69\(6\), 1061-1065.](#)
- ¹⁸ [Safer, D.L., Telch, C.F., Agras, W.S. \(2001\). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 158\(4\), 632-634.](#)
- ¹⁹ [Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T., Robins, C.J. \(2003\). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. American Journal of Geriatric Psychiatry, 11\(1\), 33-45.](#)
- ²⁰ [Rathus, J.H., Miller, A.L. \(2002\). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior, 32\(2\), 146-157.](#)
- ²¹ Miller A. Dialectical Behavior Therapy: a new approach for suicidal adolescents. American Journal of Psychotherapy. 1999; 53(3) 412-417.
- ²² Miller A, Glinski J, et al. Family therapy and Dialectical Behavior Therapy with adolescents. American Journal of Psychotherapy. 2002; 56(4): 568-602.
- ²³ [Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B, Boesky, L. \(2002\). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. Child and Adolescent Mental Health, 7, 121-](#)

127.

- ²⁴ [Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., Hollingsworth, A.S., Griva, M., Hickerson, S.C., Lawson, J.E., Bailey, B.J. \(1993\). The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7\(3\), 232-240.](#)
- ²⁵ [McCann, R.A., Ball, E.M., Ivanoff, A. \(2000\). DBT with an Inpatient Forensic Population: The CMHIP Forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.](#)
- ²⁶ [McCann, R.A., Ball E.M. \(2000\). The effectiveness of DBT with Forensic Inpatients. *Institute for Forensic Psychiatry*. \(en prensa, comunicación del autor\)](#)
- ²⁷ <http://www.corrections.com/news/article.aspx?articleid=6066>
- ²⁸ http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r145/r145_e.shtml
- ²⁹ Evershed, Tennant, Boomer, Rees, Barkham, Watson Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison *Criminal Behaviour and Mental Health* Volume 13, issue 3, 2003. Pages 198-213.
- ³⁰ Black Becker C y Zayfert. Integrating Dialectical Behavior Therapy into Exposure Therapy for Complex Posttraumatic Stress Disorder [Eating Disorders Review](#) March/April 2002 Volume 13, Number 2.
- ³¹ Waltz J. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Abusive Behavior *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* Volume: 7 Issue: 1/2 2003
- ³² Miller A, Ratzus J y Linehan M: *Dialectical Behavioral Therapy with Suicidal Adolescents* THE Guilford Press, New York NY 2007.
- ³³ Gagliesi P, Apfelbaum S, Lencioni G, Pechon C, Boggiano JP, Herman L, Mombelli M. *Manual de Psicoeducación para Personas con Desorden Límite de la Personalidad y sus Allegados* (en prensa).
- ³⁴ [Motivational Interviewing: Preparing People for Change \(2nd edition\)](#) (Miller/Rollnick) (April 2002)
- ³⁵ Mintz RZ *Psychoterapy of the suicidal patient*. En HLP Resnik (ed) *Suicidal Behaviours: Diagnosis and Management* Boston Little, Brown.
- ³⁶ Brach, T.. *Radical acceptance*. New York: Bantam Books. (2003)
- ³⁷ [McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE](#). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007 Jan 24.
- ³⁸ Kabat-Zinn J *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte, 1990.
- ³⁹ Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion Books.
- ⁴⁰ Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- ⁴¹ Teasdale, J. T., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse–recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- ⁴² Ma, H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31–40.

⁴³ Rabat-Zinn J et als Effectiveness of maditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry 1992;149:939-43.

⁴⁴ Tich Nant Hanh Enseñanzas sobre el amor. Editorial Oniro 1988 Barcelona España.