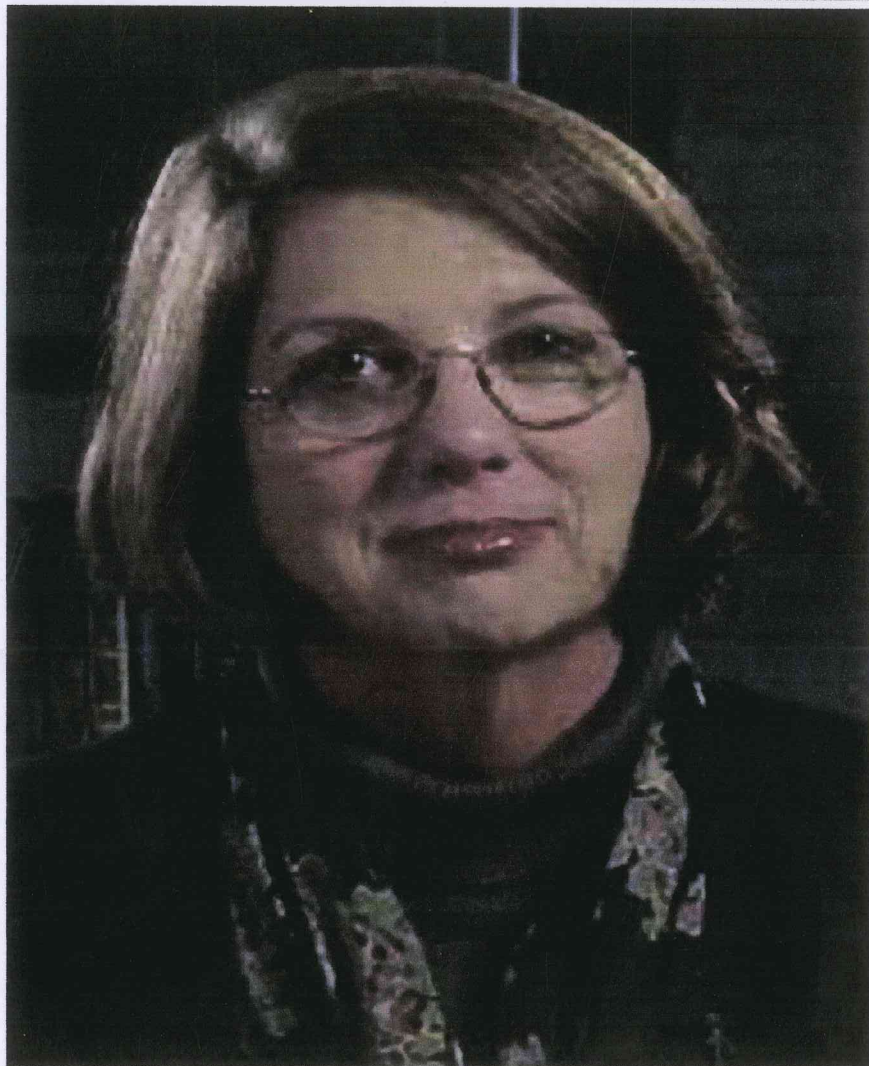


TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Apuntes para un Seminario



Ps Jaime E Vargas

Contenido:

1. Terapia conductual dialéctica

Juanita Gempeler

2. Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno

límite de la personalidad

María José Sarmiento Suárez

3. Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del

Desorden Límite de la Personalidad

Pablo Gagliesi

4. El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los

trastornos borderline

María Dolores J. Díaz-Benjumea

Terapia conductual dialéctica

Juanita Gempeler¹

Resumen

Introducción: Un importante aporte de la terapia cognoscitivo-comportamental al área clínica es la terapia conductual dialéctica (TCD), desarrollada a finales de los años noventa por la psiquiatra Marsha Linehan, como respuesta a las dificultades en el tratamiento del trastorno de personalidad límite (TPL). Se destaca su carácter integrador, pues se basa en principios conductuales y cognoscitivos e incorpora elementos del zen. Es un tratamiento desarrollado y evaluado con mujeres que no sólo presentaban TPL, sino que, además, tenían historias de intentos de suicidio. La TCD resulta muy útil en el tratamiento de depresión, ansiedad, trastornos del control de los impulsos, ira e impulsividad. *Objetivo:* Presentar el origen y el desarrollo de la TCD. *Desarrollo:* La TCD usa técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico). Estas tres estrategias (cambio, aceptación y comprensión dialéctica) y las teorías en las cuales se basan son los pilares de la TCD. Se describen las estrategias de intervención (nucleares, dialécticas, estilísticas y de dirección de caso), en las cuatro modalidades de tratamiento: terapia individual, contacto telefónico, entrenamiento grupal en habilidades y consulta del terapeuta; así como los estadios del tratamiento y las metas de cada uno de ellos. Finalmente, se revisa la evidencia empírica de este abordaje clínico.

Palabras clave: terapia conductual dialéctica, personalidad límite, cambio, validación, impulsividad, control de impulsos.

Title: Dialectical Behavioral Therapy

Abstract

Introduction: One of the most interesting developments of the Cognitive Behavioral Therapy in the clinical area is the Dialectical Behavioral Therapy. Dr. Marsha Linehan (M.D. Psychiatrist) was looking for answers in the treatment of borderline personality disorders (BPD), and ended up designing a treatment program for this condition. It has an integral approach that uses behavioral and cognitive principles, adding oriental Zen elements. It is therefore a Cognitive Behavioral treatment developed and evaluated in women suffering from BPD

¹ Psicóloga clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Diplomada en Terapia Cognoscitivo-Comportamental, Universidad de Londres, Inglaterra. Codirectora de la Clínica del Programa Trastornos de la Alimentación y Desórdenes Relacionados-Equilibrio, Bogotá, Colombia.

and with a history of non-fatal suicide attempts. It is a very useful in the treatment of other pathologies, such as anxiety, depression and impulse control disorder, as well as in the management of behavioral difficulties such as rage and impulsivity. *Objective:* To present the origin and development of DBT. *Development:* DBT uses techniques focused on behavioral change, with strategies of acceptance o validation of the actual behavior. This last component is the dialectical one implying that validation and acceptance do NOT excludes change. DBT has four different intervention strategies: nuclear, dialectical, stylistic and case direction. And four intervention modalities: individual therapy, telephone calls, ability group training and case consultation, organized in stages with specific treatment goals. Empirical evidence for this clinical approach is revised.

Key words: Dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, behavior change, validation, impulsivity, impulse control.

Origen de la terapia conductual dialéctica

En los años setenta, Marsha M. Linehan² empezó a utilizar TCC (terapia cognoscitiva comportamental) estándar en mujeres adultas con historias de intentos de suicidio crónicos, ideación suicida, urgencia para hacerse daño y automutilaciones, y encontró dificultades en la imposibilidad temporal de manejar los problemas clínicos (intentos de suicidio, urgencia de automutilarse, falta de adherencia al tratamiento, no realización de las tareas comportamentales, problemas del ánimo, ansiedad, etc.), y paralelamente desarrollar sesiones terapéuticas dirigidas a la utilización de estrategias de manejo más adaptativas (1).

A raíz de este problema, Linehan estructuró lo que ahora conocemos

como TCD (terapia conductual dialéctica). Parte de la revisión de las conceptualizaciones y abordajes al trastorno de personalidad límite, y propone una teoría biosocial a partir de la cual desarrolla su propuesta de intervención.

El trastorno de personalidad limitrofe

La TCD conceptualiza el trastorno de personalidad límite como una alteración dominante del sistema de regulación emocional (1,2). Según Linehan, TPL es un trastorno en el que la disfunción biológica en el sistema de regulación emocional interactúa con un ambiente invalidante, desarrollando una disregulación emocional dominante, que se expresa en la inhabilidad para modular las emociones (Figura 1).

² Para los interesados en el tema, Linehan tiene una página en Internet en la que además de información general sobre la TCD ofrece cursos de formación en este abordaje; disponible en <http://www.behavioraltech.org>.

Un ambiente invalidante se entiende como aquél que permanentemente niega o pasa por alto los comportamientos de un sujeto dado, independientemente de su validez actual.

Surgimiento de la TCD

La TCD surge como una alternativa para el manejo de pacientes difíciles, crónicos, con múltiples diagnósticos en los ejes I y II. Es una modificación de la TCC estándar. Utiliza técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, tareas comportamentales, escalas de síntomas y análisis del comportamiento que están centradas en la búsqueda de *cambio conductual*, pero adiciona estrategias de *aceptación o de validación* que buscan transmitir a los pacientes la idea de que ellos son aceptables tal como son, y que sus comportamientos (aun los de automutilación) tienen sentido y son susceptibles de ser comprendidos. A partir de esta aceptación se empieza a construir

una estrategia de cambio, para que puedan desarrollar una vida significativa con sentido para ellos. La aceptación no excluye el cambio.

Es este movimiento entre aceptación y cambio lo que lleva a Marsha Linehan a plantear el *componente dialéctico*, entendido como la búsqueda de balance entre esos dos elementos. Este balance ayuda a romper la rigidez de los pensamientos, sentimientos y comportamientos propios del TPL, la tendencia a polarizar las posiciones en extremos. Lo dialéctico implica conceptos como integralidad (holismo) y síntesis, que facilitan el movimiento en el interior de la terapia.

Estas tres estrategias —cambio (TCC), aceptación (validación), y comprensión dialéctica—, así como las teorías en la cuáles están basadas, se constituyen en los pilares de la TCD (3) (Figura 2).

Figura 1. Trastorno de personalidad límite (borderline)

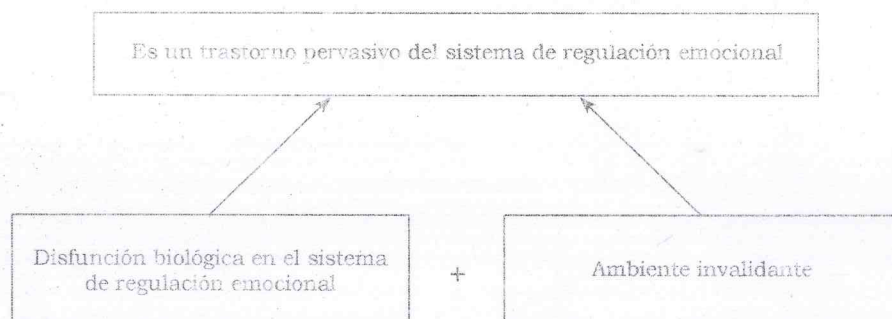
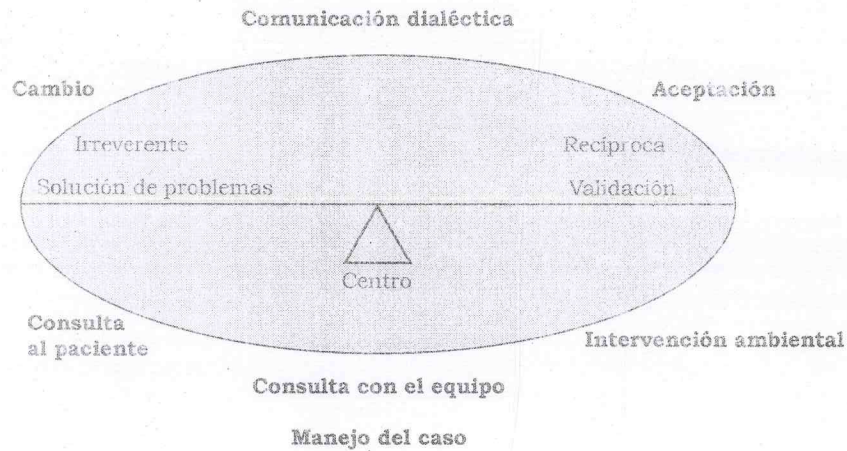


Figura 2. Estrategias de la TCD



Estrategias de intervención en TCD

La TCD utiliza varias estrategias: nucleares, dialécticas, estilísticas y de dirección de caso (Figura 3)

Estrategias nucleares

TCC (énfasis en el cambio)

La TCC hace énfasis en la adquisición de nuevos comportamientos, y ese elemento está presente en cada una de las sesiones. Comportamiento se refiere a todo lo que la persona piensa, siente y/o actúa. La persona, junto con el terapeuta, lo monitorea, lo analiza, identifica los cambios a ser logrados, y se entrena para esto en grupo e individualmente. El objetivo es el de aprender a identificar qué factores mantienen su comportamiento en el tiempo, y cómo modificar estos factores.

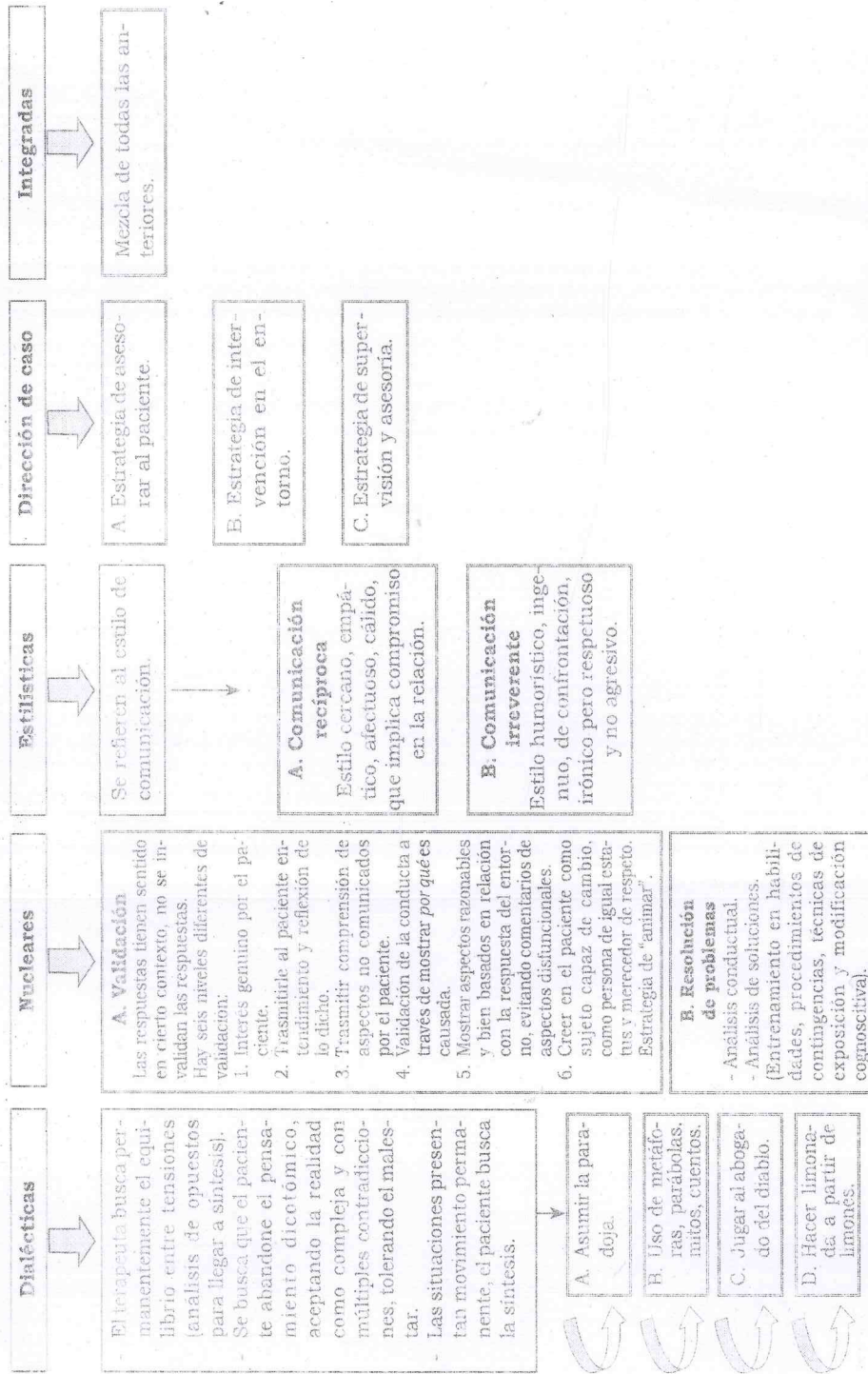
Las técnicas básicas de la TCC utilizadas por la TCD son el entrenamiento en habilidades, la terapia de exposición, la terapia cognoscitiva (con énfasis en la solución de problemas), y el manejo de contingencias.

Validación (énfasis en la aceptación)

La búsqueda del cambio del comportamiento se convierte para algunos pacientes en un elemento perturbador. Reportan sentirse presionados, invalidados.

Esta razón motivó a Linehan a utilizar estrategias de validación en las que se parte de un planteamiento de comprensión y aceptación del comportamiento, para luego inovertirse entre éste y el cambio de los comportamientos que van siendo identificados como inapropiados.

Figura 3. Estrategias de intervención (2)



La validación no implica estar de acuerdo con el o los comportamientos analizados, sino la posibilidad de entender porqué tienen sentido dada la historia de vida de la persona. Hay varios tipos de validación en TCD. Una básica es estar alerta frente al paciente, prestarle atención de manera respetuosa. Otra forma de hacerlo es la de encontrar el sentido al comportamiento de la persona, y tratarlo como a un igual, no como a un enfermo mental. En todos los módulos de tratamiento se hace énfasis en la importancia de aceptar aquello que no podemos cambiar, así como en cambiar lo que es susceptible de ser cambiado.

Estrategias dialécticas (énfasis en la integración de opuestos)

Este concepto implica entender que:

- Cada cosa está relacionada con todas las otras.
- El cambio es constante e inevitable.
- Los opuestos se pueden integrar para acercarse a la verdad (que está en constante evolución).

Linehan describe varias formas de implementar estas estrategias. El terapeuta tiene que estar buscando continuamente el equilibrio entre las tensiones que se producen en la terapia, entre la aceptación y el cambio, entre prestar atención a las capacidades y las limitaciones o déficits. Este equilibrio se busca

a través la revisión juiciosa de cada una de las situaciones traídas a la terapia, en las que se trata de que el paciente abandone su pensamiento dicotómico, y vaya haciendo suya una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, que tolere sus contradicciones internas (1-4).

Son dos estilos de comunicación, la recíproca (cercana, empática, afectuosa, cálida), y la irreverente (humorística, ingenua, de confrontación irónica, pero respetuosa y no agresiva). Ambos estilos son utilizados por el terapeuta, dependiendo del momento del tratamiento y de la meta a ser lograda.

Estrategias de dirección del caso

Se refieren a la importancia de asesorar al paciente y reestructurar su entorno, así como a que el terapeuta reciba supervisión y asesoría.

Modalidades de intervención

La TCD implica un trabajo entre un terapeuta individual y un equipo que lo apoya permanentemente, con el que se reúne una vez a la semana para mantener el balance en su aproximación al paciente y acompañarlo en la aplicación de técnicas efectivas.

Hay cuatro modalidades en el tratamiento: terapia individual, contacto telefónico, consulta del terapeuta y

entrenamiento grupal en habilidades (1):

- El terapeuta individual mantiene la motivación del paciente para el tratamiento. Es el terapeuta primario. El grueso de la intervención se realiza en estas sesiones individuales.
- Entre sesiones el paciente puede utilizar el contacto telefónico para obtener apoyo en la utilización de las habilidades que están siendo trabajadas, evitar la automutilación y fortalecer la relación terapéutica. Este contacto se hace siguiendo reglas que se acuerdan con el terapeuta para regular las razones del contacto y los horarios de atención.
- Los terapeutas reciben TCD entre sí, en los grupos de consulta organizados para tal fin, con el objeto de aprender a mantener una posición dialéctica y a apoyarse en las dificultades que pueden aparecer en la implementación de este tipo de tratamiento. Estos grupos son considerados esenciales para los terapeutas que utilizan la TCD para el tratamiento del TPL.
- Las habilidades que el paciente necesita desarrollar son adquiridas, desarrolladas y fortalecidas en grupos de entrenamiento en habilidades, apoyo telefónico y en vivo, y tareas comportamentales:

- Habilidades centrales de toma de conciencia activa y de atender cuidadosamente (*core mindfulness skills*): Se derivan de técnicas de meditación budista. Se utilizan como estrategias psicológicas sin una intencionalidad religiosa en su aplicación. Buscan facilitar en el paciente una conciencia clara del contexto de su experiencia.
- Habilidades de efectividad interpersonal: Buscan centrarse en formas efectivas para el logro de los objetivos personales que impliquen a otras personas. Incluyen aprender a pedir lo que se necesita, a decir no y ser respetado, mantener relaciones con otros y fortalecer la autoestima.
- Habilidades de modulación de emociones: Buscan entrenar al sujeto en sentir y tolerar emociones negativas como parte de su experiencia.
- Habilidades de tolerancia al malestar. Al igual que las anteriores, éstas buscan entrenar al sujeto en sentir y tolerar emociones negativas como parte de su experiencia.

El ambiente se estructura de varias maneras: desde el terapeuta, desde el paciente y desde la familia, buscando que no haya un reforzamiento diferencial de comportamientos. Específicamente se busca que no haya refuerzo de comportamientos maladaptativos y/o castigo de comportamientos efectivos (Tabla 1).

Tabla 1. Modalidades de intervención (2)

Modalidad	Características
Terapia individual	<ul style="list-style-type: none"> - Una sesión por semana de 50 a 90 minutos de duración. En momentos críticos puede ser más larga. - Se trabajan objetivos señalados de modo jerárquico, atendiendo a la relevancia (uso de tarjetas diarias). - Identificar contingencias involucradas en el mantenimiento de la conducta disfuncional.
Entrenamiento en habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones grupales de 2 horas o de 2 horas y media, una vez por semana, por lo menos durante el primer año de tratamiento. - Manejo de contingencias y generalización de habilidades.
Consulta de habilidades (se usa en pacientes que tienen problemas con consumo de drogas)	<ul style="list-style-type: none"> - Se persigue reforzar el vínculo del paciente con el terapeuta o, al menos, con un miembro del grupo que ayude a que el paciente asista a las sesiones. - Fortalecimiento por medio de líderes en entrenamiento de habilidades (un alumno aventajado lleva un seguimiento directo de las tareas, ejercicios, etc. del paciente).
Consultas telefónicas	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir la puesta en práctica de habilidades favoreciendo su generalización en ámbitos cotidianos. - Intervenir en crisis de emergencia. - Reparar la relación terapéutica sin que haya que esperar a la siguiente sesión (mantener al paciente en la terapia).
Estructuración de entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias. - Qué aspecto del tratamiento mantiene la conducta.
Atención a los terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisiones semanales individuales o colectivas.

Organización del tratamiento

La meta central de la TCD es ayudar a los clientes a crear "vidas que valgan la pena ser vividas" (1). Organiza el tratamiento en cuatro estadios, cada uno con sus metas, buscando evitar que el tratamiento se vuelva una permanente solución de crisis.

Es un proceso ordenado y lógico que va desde el abordaje de los comportamientos que permiten al paciente mantenerse vivo y adherirse al proceso terapéutico, hasta aquellos

asociados a construir una mejor calidad de vida con la adquisición de nuevas habilidades de manejo efectivas.

Estadios y metas del tratamiento

El tratamiento se divide en una etapa de pretratamiento y en cuatro estadios, con sus metas particulares:

- Pretratamiento: orientación y compromiso. A lo largo de las primeras entrevistas, el terapeuta y el paciente llegan a un

acuerdo y un compromiso de trabajar juntos, a partir de las expectativas que el paciente tiene. Este tratamiento no es un programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida que merezca la pena vivirse. Se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades.

• En el primer estadio, se busca ir de un comportamiento descontrolado a uno controlado:

- Meta 1: reducir y eliminar los comportamientos que atentan contra la vida del paciente (p. ej.: intentos de suicidio, pensamientos suicidas, autoagresión intencional).
- Meta 2: reducir y eliminar los comportamientos que interfieren con el tratamiento. (p. ej.: comportamientos que alejan a quienes tratan de ayudar al paciente, no ejecución de tareas comportamentales, inasistencia a las sesiones, poca colaboración con los terapeutas). Esta meta incluye la disminución y si es posible, la eliminación de la hospitalización como una manera de manejar crisis.
- Meta 3: disminuir los comportamientos que atentan

contra la calidad de vida. (p. ej.: depresión, fobias, trastornos de alimentación, inasistencia al trabajo o estudio, descuido de problemas médicos, falta de dinero, no utilización de las redes de apoyo social) y aumento de comportamientos que mejoran la calidad de vida (p. ej.: ir al trabajo o estudio, tener amigos, tener dinero suficiente, vivir en un sitio apropiado).

- Meta 4: aprender habilidades que les permitan: a) centrarse en el "momento presente", disminuyendo el énfasis en el pasado y el futuro; b) mantener las relaciones interpersonales que les ayudan a su bienestar, terminar las que no lo hacen y buscar nuevas si es necesario; c) entender qué son las emociones, cómo funcionan y cómo las pueden experimentar sin sentirse inundados por ellas; d) tolerar dolor emocional sin usar autoagresión u otros comportamientos autodestructivos.

• El segundo estadio busca romper la inhibición de la experiencia emocional para lograr una experiencia completa de las emociones.

- La meta de este estadio es ayudar a los pacientes a experimentar sentimientos sin tener que disociarse, evitar

la vida o tener síntomas de TSPT.

- El tercer estadio pretende ayudar al paciente a construir una vida propia, resolviendo los problemas que esto implica y buscando mayor estabilidad:
 - La meta es poder trabajar temas como conflictos interpersonales con su pareja o sus compañeros de trabajo, insatisfacción con el trabajo, metas de su carrera profesional, etc. Este estadio no necesariamente tiene que darse en el interior de un proceso terapéutico, pero podría ser necesario hacerlo así.
- El cuarto estadio se plantea como un movimiento de la sensación de estar incompleto a la de sentirse completo y conectado. El trabajo en este estadio busca que el paciente tenga un crecimiento espiritual, y es trabajado desde el zen.
 - Este estadio se da al final del proceso, y se centra en el momento en el cual el paciente ya tiene una vida propia, pero enfrenta una sensación de vacío.

La Figura 4 esquematiza los diferentes estadios y sus objetivos.

Evidencia en TCD

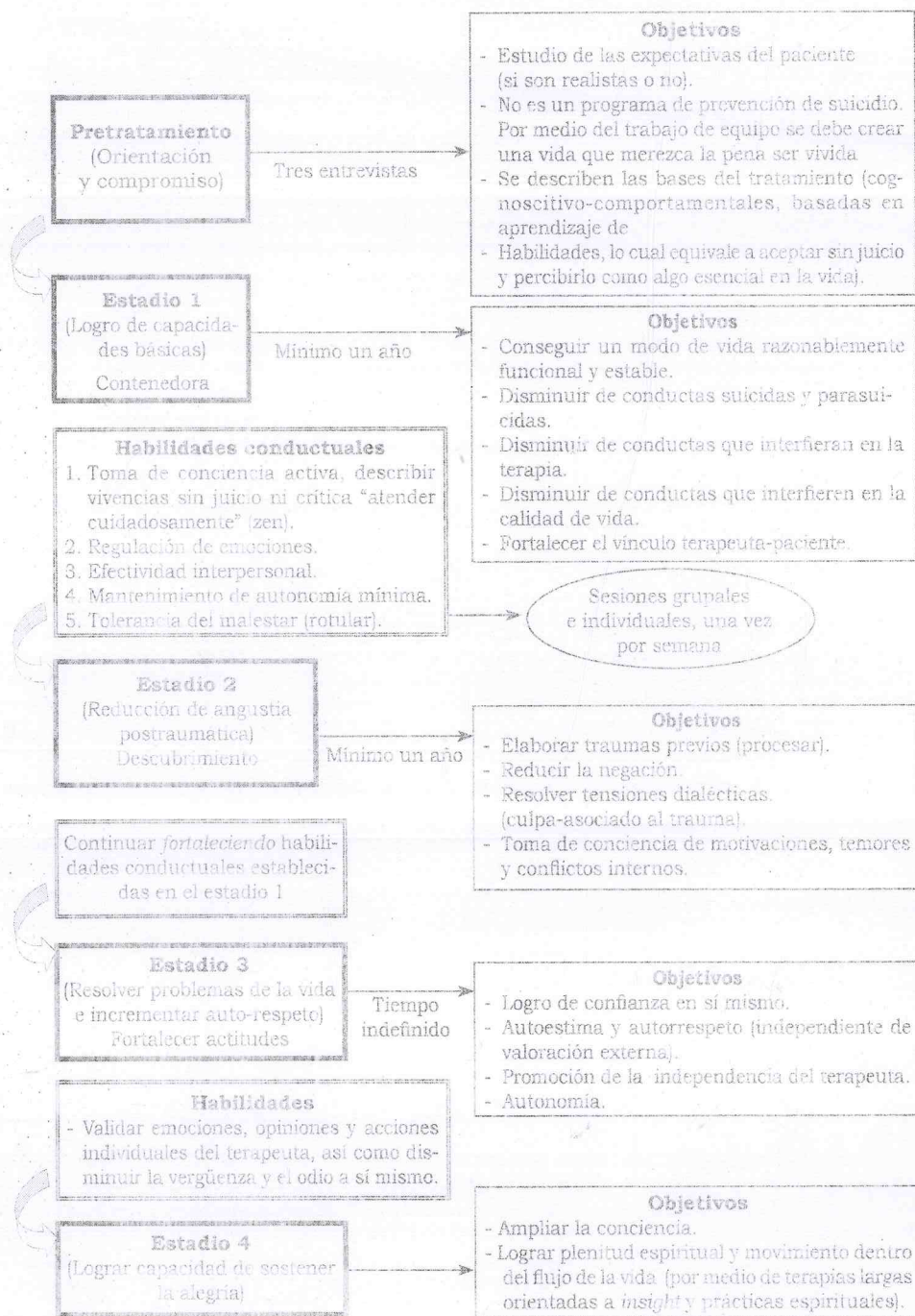
Dos estudios controlados (5,6) financiados con fondos del Instituto de Salud Mental y el Instituto Nacio-

nal de Abuso de Drogas mostraron que la TCD es más efectiva que el tratamiento usual TAU (*Treatment-as-usual*) en el tratamiento del TPL y sus diagnósticos comórbidos de abuso de sustancias. Quienes recibieron TCD al compararlo con TAU, presentaron una menor probabilidad de dejar la terapia, reportaron menos comportamientos para suicidas y si los presentaron, fue menos probable que necesitaran una hospitalización, estuvieron menos días en el hospital y tuvieron mayores puntajes en las escalas de ajuste global y social.

La TCD ha sido usada en varios estudios controlados, aleatorizados, fuera de la Unidad de Investigación de Linehan en la universidad de Washington. Koons, Robins, Tweed & Lynch (7), asignaron al azar a veinte mujeres diagnosticadas con TPL a TCD o TAU. A diferencia de los estudios originales de Linehan (1991, 1993), los sujetos no debían tener una historia reciente de parasuicidio. Los sujetos que recibieron TCD mostraron una reducción estadísticamente significativa en la ideación suicida, depresión, desesperanza y rabia, al compararlos con los sujetos que recibieron TAU.

Verheul *et al.*, (8) llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado en Noruega, comparando TCD y TAU. Sus resultados son consistentes con los obtenidos en los estudios reportados anteriormente. Los sujetos en

Figura 4. Terapia conductual dialéctica para trastornos de personalidad límite.
Estadios de la terapia y objetivos del tratamiento



la condición de TCD reportaron una mayor adherencia al tratamiento, reducción de comportamientos suicidas, reducción de episodios de autodaño y automutilación.

Varios autores han revisado la evidencia de la eficacia de la TCD para el tratamiento del trastorno de personalidad límite con o sin comorbilidad de abuso de sustancias (9-12), encontrando su superioridad en el tratamiento de estas patologías.

Linehan (13) presenta un estudio aleatorizado, controlado, de dos años de duración (un año de tratamiento propiamente dicho y otro de seguimiento de los pacientes), comparando la TCD con el tratamiento dado por expertos en comportamiento suicida y TPL, encontrando que la TCD estuvo asociada a mejores resultados en la mayoría de las áreas medidas (comportamientos suicidas, utilización de servicios de emergencia y funcionamiento psicológico general). Las conclusiones de este estudio señalan que la efectividad de la TCD no puede ser atribuida al hecho de que la terapia sea administrada por expertos. La TCD parece ser más efectiva en la disminución de intentos de suicidio.

Conclusiones

1. La TCD es un tratamiento cognoscitivo y del comportamiento integral.
2. La TCD ha sido evaluada y señalada como el tratamiento de elección para el TPL.
3. La TCD ha sido reformulada como un tratamiento para poblaciones con múltiples diagnósticos resistentes al tratamiento.

Referencias

1. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
2. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
3. Behavioral Tech, LLC. Dialectical Behavior Therapy Frequently Asked Questions [citado: 20 de mayo de 2008]. URL disponible en: http://www.behavioraltech.com/downloads/dbtFaq_Cons.pdf.
4. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):459-80.
5. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch General Psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
6. Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter JW, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999;8(4):279-92.
7. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, González AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32(2):371-90.
8. Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline persona-

- lity disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2003;182:135-40.
9. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:181-205.
 10. Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *J Personal Disord*. 2004;18(1):73-89.
 11. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*. 2004;42(5):487-99.
 12. 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;67(1):13-26.
 13. 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;63(7):757-66. Comment in: *Evid Based Ment Health*. 2007;10(1):18.

Recibido para evaluación: 8 de mayo 2008

Aceptado para publicación: 23 de julio de 2008

Correspondencia
Juanita Gempeler Rueda
Programa Equilibrio
Calle 108 No. 14-22
Bogotá, Colombia
jgempeler@cable.net.co

Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad

María José Sarmiento Suárez¹

Resumen

Introducción: El trastorno de personalidad límite es uno de los trastornos de personalidad más frecuentes en poblaciones clínicas; sin embargo, aunque en la actualidad se dispone de una serie de abordajes tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, la adherencia a los tratamientos no es adecuada. Tratando de mejorar dicha adherencia, Marsha Linehan y su equipo de colaboradores diseñaron la terapia conductual dialéctica como una modificación de la terapia cognitiva comportamental estándar. *Objetivo:* Revisar las bases teóricas y los principios fundamentales de la terapia conductual dialéctica, así como la evidencia clínica disponible sobre su efectividad para el tratamiento de los pacientes con trastorno de personalidad límite. *Método:* Revisión narrativa de la literatura. *Desarrollo y conclusiones:* La terapia conductual dialéctica fue el primer tratamiento psicoterapéutico para pacientes con trastorno de personalidad límite que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados, especialmente en el manejo de las conductas autolesivas y en la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: terapia conductual dialéctica, trastorno límite de personalidad, psicoterapia.

Title: Dialectical Behavioral Therapy in Patients with Borderline Personality Disorder

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is one of the most frequent personality disorders in clinical populations. However, although currently a series of both pharmacological and psychotherapeutic approaches is available, treatment compliance is inadequate. Trying to improve compliance Marsha Linehan and her collaborators designed a dialectical behavioral therapy (DBT) as a modification of the standard cognitive behavioral therapy. *Objective:* To review the theoretical bases and fundamental principles of DBT, as well as the clinical evidence available on its efficacy in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Method:* Narrative review of literature. *Development and conclusions:* DBT was the first psychotherapeutic treatment for patients with borderline personality disorder that showed its efficacy in controlled clinical trials, especially regarding the management of self-injury behaviors and treatment compliance.

Key words: Dialectical behavioral therapy, borderline personality disorder, psychotherapy.

¹ Médica residente de tercer año de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos más frecuentes en las poblaciones clínicas, dada su alta tasa de comorbilidades. Se presenta como una entidad heterogénea, cuyos factores etiológicos y formas de presentación clínica y comportamental varían no sólo de un individuo a otro, sino de una etapa de la vida a otra en el mismo individuo. Por estas razones se constituye en un reto diagnóstico y terapéutico (1).

La principal característica de los pacientes con TLP es la inestabilidad, que se refleja tanto en el afecto como en las relaciones interpersonales, los pensamientos y la conducta (2). Con esta entidad, las personas tienen alterada la capacidad para manejar las emociones, aparte de que hay una marcada tendencia a la impulsividad, por lo que fácilmente se ven involucrados en conductas autolesivas, especialmente en conductas suicidas y parasuicidas (3).

La vivencia interna de estos pacientes es a su vez inestable, ya que la imagen de sí mismos, sus objetivos personales y sus tendencias son a menudo confusas o se encuentran alteradas. Por lo general, su autoimagen se basa en ser "desgraciados" o "incompletos", incluso a veces experimentan la sensación de "no existir". Esta experiencia es vivida de una manera extremadamente do-

lorosa, con una profunda sensación de ausencia de sentido de la vida y desesperanza (3).

El TLP es un trastorno que suele aparecer en la adolescencia y perdura durante la vida adulta. Presenta períodos de mejoría evidente, alternados con períodos de crisis, generalmente desencadenados por algún suceso vital (separaciones, divorcios, pérdida del empleo, duelos, entre otras). La mayoría de los pacientes que sufren este trastorno refieren estabilizarse cerca de la cuarta década de la vida (3,4). Tiene una prevalencia estimada, que varía según los estudios, entre el 1,1% y el 4,6%. Es mayor en mujeres que en hombres, en proporción de 3:1 (5,6).

Algunos autores plantean que el TLP es un trastorno *vincular*, ya que la inestabilidad en las relaciones interpersonales causa un malestar significativo en las personas que los rodean, quienes al estar expuestas al comportamiento típico de estos pacientes pueden, sin saberlo, transformarse en parte del problema. Amigos, parejas y familiares usualmente toman este comportamiento como una cuestión personal y se sienten atrapados al tratar de afrontar la situación de una manera que no funciona en el largo plazo o que la empeora (7).

Teniendo en cuenta el gran malestar que genera este trastorno tanto en el individuo como en sus allegados,

las consultas a los especialistas en salud mental son frecuentes y constituyen el 10% de estas (3). Pese a que actualmente se dispone de una variedad de estrategias, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas para el manejo de estos pacientes, los estudios muestran que en general los individuos con TLP intentan varios tratamientos a lo largo de su vida y que los cambios de médicos y psicoterapeutas son frecuentes, debido a que el grado de satisfacción con ellos no siempre es el esperado (4).

Marsha Linehan (2) encontró que el grado de satisfacción con el tratamiento mejoraba cuando a un grupo de mujeres con conductas autolesivas que cumplían criterios para diagnóstico de TLP se les combinaban las estrategias para el cambio, usualmente utilizadas en terapia cognitiva-comportamental (TCC) estándar, con estrategias para la aceptación. De esta manera, las pacientes sentían que sus terapeutas las entendían mucho mejor, y así fortalecían la alianza terapéutica, con lo que se lograba una mejor adherencia al tratamiento y una mejoría más rápida (3).

Así fue como Linehan y su equipo diseñaron la *terapia conductual-dialéctica* (TCD), el primer tratamiento psicoterapéutico que mostró efectividad en ensayos clínicos controlados (8), por lo que actualmente es recomendada como el tratamiento

de elección para los pacientes con TLP por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y por el Departamento de Salud del Reino Unido (9,10).

La TCD se basa en la teoría biosocial del TLP, propuesta por Marsha Linehan, y se fundamenta en los principios de la ciencia comportamental, la filosofía dialéctica y la práctica zen (11). Aunque inicialmente fue diseñada para pacientes con TLP, hoy en día ha sido reformulada y conceptualizada para el tratamiento de pacientes con depresión y algunos trastornos de la conducta alimentaria, que han sido resistentes a otros tratamientos (11).

Método

Se revisó la literatura médica disponible consultando la base de datos de PubMed, con los términos MeSH: *dialectical behavior therapy* y *borderline personality disorder*, que arrojó 96 artículos, de los cuales se escogieron 20 por considerarlos relevantes. Además, se revisaron libros de texto sobre el tema y se consultó personalmente a autores interesados en la práctica e investigación en esta área.

Teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad

La TCD se basa en la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad, que sostiene que la principal

alteración en los pacientes con TLP es la desregulación de las emociones, que implica el uso poco adaptativo e inadecuado de estrategias para la modulación emocional. La desregulación de las emociones sería el resultado conjunto de una vulnerabilidad emocional determinada biológicamente, un ambiente invalidante y la interacción entre estos dos factores durante el desarrollo del individuo (12).

Vulnerabilidad emocional

La vulnerabilidad emocional se refiere a las siguientes características: una alta sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta intensa a dichos estímulos y un lento retorno a la calma una vez inducida la respuesta emocional. Es decir, los pacientes con TLP se activan fácilmente ante situaciones donde no se esperaría esa respuesta. Dichas emociones producen una respuesta más intensa de lo predecible y el retorno a la calma toma más tiempo que el usual en otras personas. Las emociones se hacen tan insoportables que el paciente busca de forma urgente regresar a la calma y es en ese momento donde aparecen las llamadas conductas impulsivas (2,12).

Ambiente invalidante

Un ambiente invalidante es aquel que tiende a responder de manera errática e inapropiada a la experien-

cia privada, es decir, a las creencias, sentimientos y pensamientos del individuo, quien reacciona exageradamente o muy poco a las experiencias privadas compartidas por el grupo, pero especialmente a aquellas no compartidas (12).

Tal tipo de ambiente contribuye a la desregulación de las emociones, porque fracasa a la hora de enseñar al individuo a ponerle nombre a sus emociones, a modular la activación, a tolerar el malestar y a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. También le enseña a invalidar sus propias experiencias, por lo que se hace necesario obtener en el ambiente claves acerca de cómo actuar y cómo sentirse (12).

Si bien un ambiente invalidante es nocivo para una persona con vulnerabilidad emocional, a su vez provoca que este invalide un medio que de otra manera sería sustentador (3). Una de las experiencias invalidantes más traumáticas es el abuso infantil. Se calcula que aproximadamente entre el 66% y el 75% de los pacientes con TLP han experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia (13). Este tipo de experiencias permiten la formación de creencias relacionadas con el rechazo, la desilusión y la amenaza constante de ser abandonados, al mismo tiempo que favorecen la autoinvalidación y el rechazo de las propias experiencias emocionales,

lo que reduce la capacidad para identificarlas y modularlas (14).

Principios de la TCD

Principios dialécticos

La TCD, como su nombre lo sugiere, se basa en una visión dialéctica del mundo. Para los griegos, la *dialéctica* significaba "el arte de conversar, discutir o debatir"; posteriormente, Hegel la asumió como un proceso que se encuentra en la historia como un todo y consiste en un movimiento necesario de la tesis a la antítesis y después una síntesis entre las dos (15).

La perspectiva dialéctica de la naturaleza y de la conducta humana tiene tres características principales, esenciales para entender a los pacientes con TLP. La primera consiste en la interrelación fundamental, donde el análisis de cada una de las partes de un sistema no tiene mucho valor si no se relacionan las partes con el todo. Por lo tanto, la TCD involucra no sólo el aprendizaje de habilidades de autogestión, sino también capacitarse para influir en su medio ambiente (12).

La segunda característica se refiere a que la realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis-antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Desde el punto de vista de la TCD, los

pacientes con TLP presentan pensamientos, conductas y emociones dicotómicos y extremos, que son considerados fracasos dialécticos, ya que al encontrarse atrapados en la polaridad, son incapaces de lograr una síntesis (12).

Existen tres grandes polaridades a las que el terapeuta debe prestar especial atención para ayudar al paciente a lograr una síntesis viable: la primera es la dialéctica entre la necesidad de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambio, la segunda es la polaridad entre obtener lo que necesita y perder la ayuda una vez se haga más competente y la tercera es la dialéctica entre mantener la integridad y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de nuevas habilidades que lo ayudarán a salir del sufrimiento (12).

La tercera característica se basa en el supuesto de que la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura. Por lo tanto, la terapia no se concentra en mantener un ambiente estable y consistente, sino en ayudar al paciente a sentirse cómodo con el cambio (12).

Validación y aceptación

La principal característica de la TCD es buscar la síntesis entre la aceptación y el cambio; por lo tanto, la

validación y las estrategias para la resolución de problemas son partes esenciales de la TCD (2). La validación es la estrategia más importante en la aceptación, ya que conduce a la persona a entender sus acciones, emociones y pensamientos. Por su parte, la resolución de problemas es la estrategia directa para el cambio, pues lleva al paciente a analizar su comportamiento y a tomar medidas activas en el camino hacia el cambio (2).

La esencia de la validación es que el terapeuta le comunique al paciente que sus respuestas tienen sentido y son entendibles si se tiene en cuenta el contexto y la situación actual (2). Es importante tener presente que validar no significa estar de acuerdo ni darle la razón al otro; es aceptar y reconocer las emociones como expresión auténtica de su

propia visión del mundo y de sus sentimientos. Por lo tanto, lo que se valida son las emociones, no las conductas (3).

En la TCD existen distintos niveles de validación, que se resumen en la Tabla 1; sin embargo, el principal paso para validar es observar y escuchar atentamente, respetando lo que el paciente dice, siente y hace (3,14).

Terapia cognitivo-comportamental

La TCD es una modificación de la TCC estándar que incorpora a las técnicas conductuales del cambio algunas estrategias de aceptación, para buscar el cambio conductual a través de la experiencia. La TCD utiliza herramientas terapéuticas fundamentales de la TCC, como el análisis comportamental, la expo-

Tabla 1. Niveles de validación

1. Escuchar y observar	Mantener una actitud de atención e interés
2. Reflexión certera	Afirmar que su conducta tiene sentido de acuerdo con las circunstancias
3. Expresar lo no verbal	Ayudarle a comunicar al paciente lo que puede estar pensando o sintiendo, pero no puede manifestar, como una forma involucrarse en las experiencias del paciente
4. Validar en términos de eventos pasados	Ayudarle al paciente a darles sentido a sus acciones o reacciones, en términos de eventos pasados y predisposición biológica
5. Validar en términos de las circunstancias actuales	Reconocer que en un momento dado la respuesta del paciente es entendible dado el contexto, las habilidades adquiridas y su historia
6. Sinceridad radical	Tratar al paciente como capaz, efectivo y razonable, no como una persona frágil

Fuente: Traducido y adaptado de Feigenbaum (14).

sición, el manejo de contingencias y la reestructuración cognitiva (14). En la TCD se recalca la importancia de encontrar un equilibrio entre el cambio y la aceptación, y por ello se le enseña al paciente a aceptarse a sí mismo y al mundo tal cual es en el momento (3,12).

Otra de las modificaciones a la TCC estándar que hace Linehan en la TCD es la importancia que le da tanto a la relación terapéutica (parte esencial del tratamiento) como al manejo de las conductas que interfieren en la terapia por parte del paciente y del terapeuta (12).

Principios de práctica Zen

Linehan incluyó dentro de la TCD versiones psicológicas y conductuales de las prácticas espirituales orientales, fundamentalmente de las prácticas Zen, que permiten a las personas comportarse de una forma más eficiente y poder vivir una vida más equilibrada (11,12).

Una de las habilidades centrales en la TCD, derivada de estas prácticas, es la *conciencia plena* —traducción del término en inglés *mindfulness*—, que se refiere a la habilidad de adquirir una mayor conciencia de sí mismo y del contexto donde se encuentra. Implica adoptar una postura no sentenciosa, enfocarse en una sola cosa a la vez y ser efectivo. El objetivo es identificar las acciones más adecuadas para

generar soluciones efectivas y aplicables, atendiendo al estado emocional actual y a los pensamientos asociados, que muchas veces son disfuncionales (12,14).

La conciencia plena facilita los estados de “mente sabia”, que son una integración entre la “mente racional” y la “mente emocional”, es decir, son estados en los cuales el individuo puede encontrar la síntesis entre la experiencia emocional y los pensamientos lógicos (12).

Funciones del tratamiento y herramientas terapéuticas

La TCD es un tratamiento completo, diseñado para cumplir cinco funciones básicas: reforzar las capacidades y aptitudes del paciente, mejorar la motivación, reafirmar la importancia de generalizar a la vida diaria lo aprendido durante el tratamiento, estructurar el ambiente y destacar las capacidades y motivaciones del terapeuta para tratar a los pacientes con TLP (14). En la Tabla 2 se resumen las funciones de la TCD y se dan algunos ejemplos sobre las intervenciones utilizadas para cada una.

Para cumplir estas funciones, la TCD cuenta con cinco modalidades básicas de tratamiento: (i) psicoterapia individual, (ii) grupo para el entrenamiento en habilidades, (iii) asistencia telefónica, (iv) reuniones de equipo y (v) grupos de psicoeducación para familiares y allegados.

Tabla 2. Funciones de la terapia conductual-dialéctica

Reforzar las capacidades del paciente	Mejorar las capacidades y aptitudes del paciente, enseñándole nuevas habilidades y el uso más efectivo de las ya adquiridas	Entrenamiento en habilidades, psicoeducación y tareas conductuales
Mejorar la motivación	Incentivar el uso de nuevas habilidades en la vida cotidiana, para que cuando el paciente se active emocionalmente, pueda utilizarlas efectivamente, ya que cuando estas habilidades se han adquirido de manera reciente o no se usan con frecuencia tienden a olvidarse en los momentos de mayor activación, y por ello recurre a los comportamientos disfuncionales	Análisis comportamental, análisis en cadena, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva
Generalizar	Asegurarse de que las nuevas habilidades van a ser usadas en un rango amplio de situaciones y experiencias de la vida cotidiana. En el grupo para el aprendizaje de nuevas habilidades, el paciente se encuentra en un ambiente donde tiene un adecuado control emocional, se siente seguro, y tanto el terapeuta como el grupo le proveen apoyo y retroalimentación en el uso de las habilidades, a través de la discusión, el juego de roles o ensayando-los entre los miembros del grupo. Sin embargo, los pacientes deben aprender a utilizar estas habilidades en la vida diaria y, en especial, cuando se presenta la activación emocional, se encuentran en un contexto donde se resiste a usar la habilidad o en el cual una variación en el uso de la habilidad puede ser efectivo	Asistencia telefónica, intervenciones en vivo y tareas
Estructurar el ambiente	Suministrarle al paciente un ambiente que apoye tanto al terapeuta como al paciente en el uso de nuevas habilidades, para reforzar las conductas adaptativas y eficaces, tratando de no estimular o promover las conductas problemáticas	Intervenciones familiares o de pareja
Realzar las capacidades del terapeuta	Apoyar al terapeuta para reforzar sus propias capacidades y su motivación para trabajar con estos pacientes de manera efectiva y segura, a través del desarrollo constante de habilidades, haciéndole seguimiento a los síntomas de estrés (<i>burnout</i>) e identificando los esfuerzos del paciente por modificar la conducta del terapeuta	Reuniones de equipo, supervisión y educación continuada

Fuente: Traducido y adaptado de Lynch y cols. (11) y Feigenbaum (14).

Psicoterapia individual

Implica la relación diádica tradicional entre paciente y psicoterapeuta. El psicoterapeuta individual es quien se encarga de dirigir el tratamiento del paciente y de supervisar el cumplimiento de las metas terapéuticas; de ahí que sea el punto de integración entre las otras modalidades de tratamiento y maneje los momentos de crisis y las conductas que amenazan la vida del paciente (11). La psicoterapia individual se organiza alrededor de los siguientes objetivos:

- Eliminar las conductas que amenacen la vida del paciente, principalmente los intentos de suicidio y las conductas autolesivas, así como las conductas que interfieran en la terapia.
- Disminuir los factores y las conductas que van en detrimento de la calidad de vida del paciente, como el aislamiento, el abuso de sustancias y otros trastornos en el eje I (11).
- Enseñar al paciente (en pro de cumplir estos objetivos) a relacionar las habilidades aprendidas con sus metas y problemas específicos. Todas las personas en la TCD reciben entre 60 y 90 minutos a la semana de psicoterapia individual (14).

Grupo para el entrenamiento en habilidades

El grupo para el entrenamiento en habilidades es una intervención

didáctica, diseñada para reforzar las capacidades del paciente. El formato es psicoeducativo y está estructurado para el aprendizaje de nuevas habilidades. El entrenamiento en habilidades se divide en cuatro módulos básicos: conciencia plena, efectividad interpersonal, regulación de emociones y tolerancia al malestar (14).

En el módulo de *conciencia plena* se enseñan habilidades para integrar la experiencia emocional y los pensamientos lógicos a través de observar, describir, participar activamente, no criticar, centrarse en una cosa en el momento y ser efectivo (12). El entrenamiento en *efectividad interpersonal* está diseñado para ayudar al paciente a relacionarse con los otros en una vía que permita fortalecer la relación sin perder los valores y el respeto (11). Incluye estrategias efectivas para pedir lo que se necesita, para decir "no" y para manejar un conflicto interpersonal (12).

Enseñar habilidades para la *regulación de emociones* en los pacientes con TLP resulta difícil, ya que por lo general estos pacientes resisten cualquier intento de controlar sus emociones, y esto sólo es posible en un contexto de autovalidación emocional, donde se pueda enseñar al individuo a identificar y etiquetar las emociones; a ser consciente de sus emociones actuales sin juzgarlas, inhibirlas, bloquearlas o distraerse

de ellas; a identificar los obstáculos para el cambio de las emociones cuando decida hacerlo, y a incrementar la frecuencia de acontecimientos emocionales positivos (11,12).

Las habilidades de *tolerancia al malestar* están dirigidas a tolerar y sobrevivir a la crisis aceptando la vida tal como es en un momento determinado, es decir, aceptando aquello que no se puede cambiar (11,12). Lo ideal es que cada paciente reciba, al menos, dos horas a la semana de entrenamiento en habilidades (3).

Asistencia telefónica

Por lo general, estas consultas son intervenciones breves, enfocadas en ayudar al paciente a utilizar una habilidad ante una circunstancia específica (11). El propósito de la consulta telefónica es disminuir las conductas de crisis, suicidio y autolesión, para enseñarle al paciente a pedir ayuda de forma más adaptativa y ayudarlo a aplicar las habilidades aprendidas durante el tratamiento en la vida diaria. Es esta una oportunidad de mejorar o reforzar la relación terapéutica (16).

Reuniones de equipo

Esta modalidad de tratamiento está diseñada para apoyar a los miembros del equipo tratante y tiene dos objetivos principales: supervisar los casos clínicos y desarrollar habilidades en el terapeuta. Las re-

uniones de equipo también buscan disminuir la carga emocional del terapeuta, fomentar la empatía por los pacientes y discutir en equipo las dificultades de cada paciente, ya sea en la psicoterapia individual o en los grupos de habilidades (11).

Grupos de psicoeducación para familiares y allegados

Si tenemos en cuenta que el TLP es un trastorno vincular que causa un elevado malestar en las personas que rodean a los pacientes, el trabajo con los familiares y allegados es de vital importancia, ya que muchas veces sus conductas pueden empeorar la situación (7). Uno de los objetivos de los grupos de familiares es brindarles psicoeducación sobre el TLP, así como el entrenamiento en algunas habilidades que les permitan entender, aceptar e identificar los factores relacionados con las manifestaciones del trastorno y actuar de un modo más efectivo frente a las crisis y a las conductas problema, para así crear un ambiente validante (17).

Objetivos y etapas del tratamiento

El objetivo principal de la TCD es ayudar a los pacientes a crear "una vida que valga la pena ser vivida"; por lo tanto, este objetivo varía de una persona a otra, ya que cada paciente le da su propio significado; sin embargo, el objetivo común a todos los pacientes con TLP es

mantener bajo control todas las conductas, especialmente aquellas que ponen en riesgo su vida (3).

La TCD es un tratamiento flexible que puede variar de acuerdo con el grado de malestar y las necesidades del paciente (11). El tratamiento se ha estructurado en cuatro etapas, interconectadas entre sí, cada una de las cuales tiene sus propios objetivos y conductas problema asociadas (3).

Etapas I. Pasar de tener conductas fuera de control a estar en control

Entre los objetivos de esta etapa están eliminar los comportamientos letales, como los intentos de suicidio, la ideación suicida y las conductas autolesivas y los comportamientos que puedan interferir con el tratamiento (por ejemplo, aquellos comportamientos que no favorecen una alianza terapéutica, como la inasistencia a las sesiones y la falta de cumplimiento con las tareas asignadas).

Así mismo, disminuir la necesidad de hospitalización para el manejo de las crisis, en la medida en que el paciente aprenda a entender sus emociones y como tolerarlas sin recurrir a conductas autolesivas (3).

Otro de los objetivos es reducir los comportamientos que afectan la calidad de vida e incentivar los comportamientos que conduzcan a una vida más plena. Es decir, dar un manejo adecuado a las comor-

bilidades, tanto psiquiátricas como médicas, y mejorar las condiciones de vida, buscando estrategias para tener una actividad académica o laboral que sea gratificante, conservar a los amigos, ganar suficiente dinero para mantenerse, vivir en un lugar agradable, comenzar nuevas relaciones, mejorar las actuales, terminar con aquellas que sean problemáticas, entre otras (3).

Etapas II. De la clausura emocional a experimentar las emociones plenamente

El objetivo principal de esta fase es ayudar al paciente a experimentar las emociones sin necesidad de disociarse. En esta fase, tiene control sobre su conducta, pero se encuentra enfrentado a sus emociones, por lo que el trabajo se orienta a enseñarle a experimentar todas sus emociones, sin negarlas. Así, se trabaja sobre los síntomas del estrés postraumático y se orienta hacia conductas que lo activen, no hacia las conductas problema que se trabajan en la etapa I (3).

Etapas III. Construir una vida normal y resolver problemas de la vida cotidiana

El objetivo de esta fase es trabajar sobre los estresores familiares, sociales o laborales, como disfunción de pareja, insatisfacción laboral o aspiraciones profesionales. Aquí los pacientes pueden decidir

si continúan con el mismo psicoterapeuta, si interrumpen la terapia y trabajan en esta meta solos o si continúan con un psicoterapeuta en otra clase de terapia (3).

Etapa IV. De la sensación de falta de sentido a la sensación de plenitud/conexión

Algunos de los pacientes, a pesar de haber completado la tercera fase de la terapia y haber conseguido lo que buscaban en la vida, manifiestan una "sensación de vacío" o de "estar incompletos", por lo que en esta fase muchos pacientes le encuentran un nuevo sentido a la vida, a través de caminos espirituales, o tanto cambiando su rumbo profesional o sus relaciones como encontrando una sensación de plenitud (3). El objetivo es ayudar al paciente a sentirse libre y disfrutar (11).

El tratamiento está estructurado de tal manera que sin cumplir los objetivos de una etapa no se puede pasar a la siguiente, por eso lo esencial es eliminar las conductas que amenacen la vida para tener un paciente a quien tratar y que este vaya a terapia. Esta última sólo termina hasta que todas las metas sean alcanzadas (3).

Evidencia clínica de la terapia conductual-dialéctica

En 1991, Linehan y sus colaboradores llevaron a cabo el primer estudio

controlado aleatorizado que comparaba la TCD con un tratamiento usual en un grupo de pacientes con TLP, que fueron seguidos durante un año. Los pacientes que recibieron la TCD mostraron una reducción en la frecuencia y en la gravedad de las conductas parasuicidas, menos días de hospitalización y una mejor adherencia al tratamiento (18,19).

Así mismo, los pacientes reportaban que se encontraban menos irritables y que su funcionamiento social había mejorado. Posteriormente, se reprodujo el estudio en pacientes veteranos de guerra con diagnóstico de TLP y se encontró una merma en la ideación suicida, en la desesperanza y en los síntomas depresivos (20).

En un estudio llevado a cabo en Holanda con pacientes diagnosticados con TLP con abuso de sustancias y sin este, se comparó la TCD con un tratamiento usual y se encontró que la primera se asociaba con una mejor adherencia al tratamiento y una reducción en las conductas autolesivas e impulsivas en un seguimiento de seis meses (21,22).

En 2006, Linehan y sus colaboradores, en el estudio controlado aleatorizado más amplio y riguroso que se haya realizado hasta el momento, compararon la TCD con un tratamiento con expertos en la comunidad. Se siguieron a 101 pacientes, que cumplían criterios para TLP y habían tenido, al menos, un

intento de suicidio o alguna conducta autolesiva en las últimas ocho semanas antes de ser incluidos en el estudio, durante dos años.

Los pacientes en ambos grupos mostraron alguna mejoría, pero aquellos que recibieron la TCD evidenciaron una mejor respuesta terapéutica, en especial al disminuir los intentos de suicidio y las conductas autolesivas, así como las visitas y admisiones a los servicios de urgencias (23).

Desde que se dio a conocer la TCD se han adelantado estudios sobre su eficacia en otras entidades, como depresión crónica en adultos mayores y trastorno por atracones, o en otros grupos de pacientes como pacientes hospitalizados con TLP y en adolescentes suicidas (24-28). Aunque los hallazgos disponibles sugieren una buena respuesta terapéutica en este grupo de pacientes, debe considerarse un tratamiento experimental en espera de estudios clínicos controlados que sustenten su eficacia (11).

Conclusiones

En los últimos años se ha considerado que el mejor tratamiento para los pacientes con TLP es la combinación de los abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos, con el fin de aliviar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida. No obstante, ninguno de los dos

tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica, debido a algunos factores, como la validez de los criterios diagnósticos para TLP, la presencia de comorbilidades y las altas tasas de abandono del tratamiento. Sin embargo, la TCD ha sido ampliamente estudiada y parece ser la más efectiva para el tratamiento de los pacientes con TLP, especialmente en la reducción de las conductas que afectan la vida y en la adherencia al tratamiento. Su utilidad en otras entidades aún se está estudiando.

Agradecimientos

A los doctores Pablo Gagliesi, Guillermo Lencioni, Carola Pechón, Sergio Apfelbaum, Juan Pablo Boggiano y Collin Stoewsand, del grupo Foro Argentino de TCD, en Buenos Aires, Argentina, que me acercaron al conocimiento sobre esta terapia, en especial a las pacientes y a sus familiares que nos permitieron compartir esta experiencia terapéutica.

Referencias

1. Ballus C, Vicens E. Trastorno límite de la personalidad (TLP). Quaderns de salut mental 8. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya-CatSalut; 2006.
2. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
3. Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, et al. Manual psicoeducacional para pa-

- cientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad. [Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (en prensa).
4. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. New York: Wiley; 1999.
 5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
 6. Mattia JI, Zimmerman M. Epidemiology. In: Livesley WJ, editor. Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment. New York: Guilford; 2001. p. 107-23.
 7. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*. 1996;153(6):752-8.
 8. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):971-4.
 9. American Psychiatric Association. Treating borderline personality disorder: a quick reference guide. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004.
 10. National Institute for Mental Health for England. Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. London: National Institute for Mental Health for England; 2003.
 11. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:181-205.
 12. Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós Ibérica; 2003.
 13. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Personal Disord*. 2000;14(3):264-73.
 14. Feigenbaum J. Dialectical behaviour therapy. *Psychiatry*. 2008;7(3):112-6.
 15. Urmson JO. Enciclopedia concisa de filosofía y filósofos. Madrid: Cátedra; 1979.
 16. Ben-Porath DD. Intercession telephone contact with individuals diagnosed with borderline personality disorder: lessons from dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract*. 2004;11(2):222-30.
 17. Apfelbaum S, Gagliesi P. El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *VERTEX*. 2004;15(58):295-302.
 18. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
 19. Swales M, Heard HL, Williams JGM. Linehan's Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for borderline personality disorder: overview and adaptation. *J Ment Health*. 2000;9(1):7-23.
 20. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, González AM, Morse JQ, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32(2):371-90.
 21. 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, randomized clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2003;182:135-40.
 22. 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;43(9):1231-41.
 23. 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;63(7):757-66.
 24. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical beha-

- vioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2004;42(5):487-99.
25. Teich CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(6):1061-5.
 26. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(3):276-82.
 27. Linehan MM, Dimeff LA. Dialectical behavior therapy manual of treatment interventions for drug abusers with borderline personality disorder. Seattle: University of Washington; 1997.
 28. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003;11(1):33-45.

Recibido para evaluación: 9 de junio de 2008
Aceptado para publicación: 31 de julio de 2008

Correspondencia
María José Sarmiento Suárez
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario San Ignacio
Cra. 7^a N° 40-62
Bogotá, Colombia
majosar@hotmail.com

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 colaboradores ¹², y en otros países como Alemania por Bohus y otros ¹³, 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 Robins ¹⁹ 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.

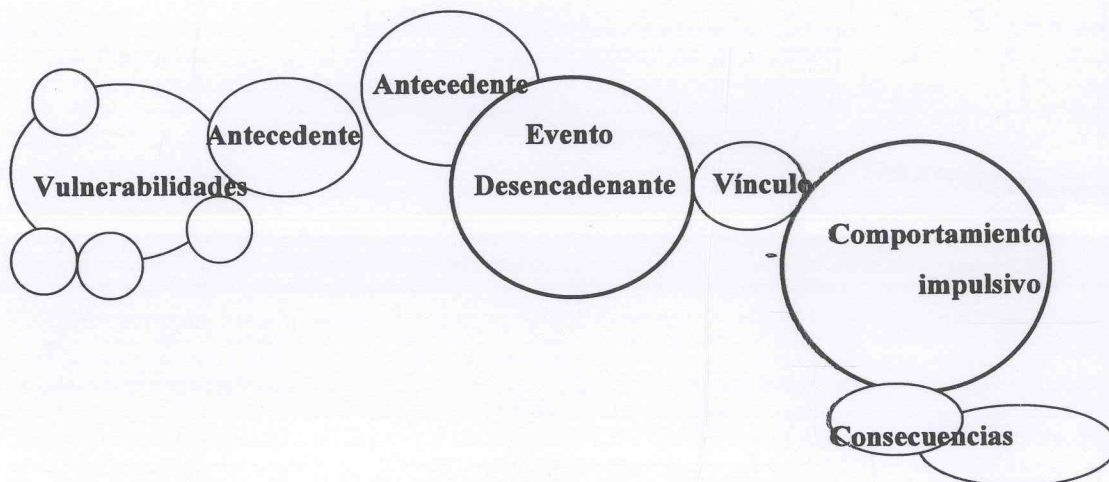
El motivo de consulta se relaciona con un último episodio de cortes. Se realizó entonces un análisis conductual. Para esto habitualmente se utiliza una entrevista semiestructurada que permite seguir un protocolo.

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** concurrió 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 concurre 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** necesitas 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.L., 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.

El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline
Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, nº013
Autor: J. Díaz-Benjumea, María Dolores



“Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder”, Marsha M. Linehan, Bryan N. Cochran y Constance A. Kehrer, Capítulo 11 de Clinical Handbook of Psychological Disorders (comp. David H. Barlow), The Guilford Press, New York, 2001.

En este trabajo los autores presentan un enfoque de tratamiento muy novedoso, creado por Marsha Linehan. La Terapia Conductual Dialéctica (TCD), está creada especialmente para pacientes límite graves con alto índice de conductas suicidas. Se han obtenido pruebas empíricas que ponen en evidencia que TCD es muy exitosa, especialmente teniendo en cuenta el campo tan difícil con el que trabaja. Lo que nos parece más llamativo es el carácter enormemente integrador de esta aproximación pues la autora muestra conocimiento y aplicación de puntos de vista y técnicas muy dispares, como son los psicodinámicos, cognitivos, conductuales, la filosofía oriental y la dialéctica. Y además, también llama la atención la honradez de los autores, porque en la exposición de ejemplos de caso han ido hasta el final, no rehuyendo presentar el final trágico de una paciente que resulta desgarrador. Expondremos el tratamiento siguiendo el orden del trabajo.

Los autores comienzan señalando que el trastorno límite o borderline de la personalidad (TLP) es uno de los más difíciles de tratar, de los más estresantes para los terapeutas, especialmente debido a que son los pacientes que presentan con más frecuencia conductas suicidas y parasuicidas, entendiéndose por éstas conductas autolesivas graves, o intentos de suicidio. Otra razón para que sean tan difíciles es que estos pacientes suelen tener dificultades con la vivencia y expresión de su ira, y es frecuente que dirijan una intensa ira hacia sus terapeutas

A continuación exponen los criterios para la definición de este trastorno, basados en el DSM-IV. En general estos pacientes manifiestan inestabilidad y falta de regulación en todos los dominios de funcionamiento, y específicamente, muestran:

- 1- Inestabilidad y falta de regulación emocional. Tienen problemas con los sentimientos de ansiedad, depresión, los episodios de irritabilidad, y con la ira y la expresión de la ira.
- 2- Falta de regulación conductual, evidenciada en las conductas impulsivas extremas, como los actos autolesivos o los intentos de suicidio, que pueden acabar (un 10%) en suicidios reales.
- 3- Falta de regulación cognitiva, en formas breves, no psicóticas, falta de regulación sensorial y de pensamiento, y delirios. Éstos se limitan a las situaciones estresantes y desaparecen cuando estas situaciones acaban.
- 4- Falta de regulación del sentido del self, con sentimientos de vacío y de no saber quienes son.

5- Por último, falta de regulación de las relaciones interpersonales. Estas relaciones son intensas, caóticas, llenas de dificultades, pero aún así no pueden renunciar a ellas sino que más bien, al contrario, intentan por todos los medios aferrarse a sus personas significativas y evitar que les abandonen.

Comentan los autores que el TLP es un trastorno sobre el que se ha escrito mucho en la literatura clínica, pero a pesar de ello no hay muchos estudios empíricos sobre la eficacia de los distintos tratamientos, y esto se atribuye a la gran dificultad que tiene la terapia con estos sujetos, y más dificultad aun si se añade al encuadre clínico la complejidad de un estudio controlado para investigar los resultados.

Revisión de otros enfoques de tratamiento

En este apartado los autores hacen una brevísimas revisión de los distintos enfoques que han abordado anteriormente el trastorno límite de la personalidad. Especialmente se detienen en el enfoque psicodinámico representado por Kernberg (que podemos encontrar en Kernberg, 1984, y más actualmente en Kernberg y otros, 2000), donde el autor expone un modelo de tratamiento específico para los trastornos límite de la personalidad, la "psicoterapia expresiva", que se caracteriza por resaltar en primer lugar la interpretación, el mantenimiento de la neutralidad terapéutica y el análisis de la transferencia. El tratamiento se centra en analizar los conflictos intrapsíquicos, con los objetivos de conseguir mayor control de impulsos, mayor tolerancia a la ansiedad y habilidades para modelar los afectos y desarrollar relaciones interpersonales estables. Por otra parte, Kernberg propone una terapia de apoyo para los pacientes límite más graves. La característica de esta modalidad de terapia es que en las primeras etapas de tratamiento sólo se analiza e interpreta la transferencia negativa, dejando para etapas posteriores el análisis de otros aspectos de la relación terapéutica.

Es interesante la referencia de los autores a un estudio de Bateman y Fonagy de 1999 en el que por primera vez se aportan datos a favor de la eficacia del tratamiento psicoanalítico. Estos autores ven el trastorno límite de la personalidad como un trastorno del apego, y la terapia se centra en el análisis de los modelos de relación y los factores inconscientes que inhibían el cambio. Realizaron un estudio empírico que comparaba los efectos del tratamiento en un grupo experimental que recibía su programa con otro grupo control que recibía un tratamiento estándar, sin psicoterapia. Según la interpretación Bateman y Fonagy, las características de su programa que están relacionadas con la efectividad del tratamiento son: una base teórica consistente, la focalización en la relación, y el mantenimiento del tratamiento durante un tiempo.

A partir de aquí, hay referencias aún más breves al enfoque interpersonal de Lorna Benjamín, el Integrativo de Langley, y al cognitivo-conductual de Beck, que ha sido adaptado por otros autores a este tipo de pacientes. Especialmente, sostienen, la adaptación de Turner ha mostrado resultados prometedores. Respecto al tratamiento psicofarmacológico, los autores se muestran precavidos en cuanto a considerarlo útil, excepto en determinados casos, debido a la probabilidad de que se dé abuso de las drogas prescritas o automedicación, y también debido a los efectos secundarios de ésta.

La terapia conductual dialéctica

Exponen los autores que la terapia conductual dialéctica o TDC está diseñada para individuos severamente disfuncionales, suicidas crónicos, y la orientación teórica de este tratamiento es una mezcla de tres posiciones: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. Dentro de estas teorías tan distintas, la orientación conductual es contrarrestada por la aceptación del paciente extraída del Zen y la práctica contemplativa de Occidente, y la equilibración de esos dos polos se resuelve por lo que denominan el marco dialéctico, es decir, un tener en cuenta orientaciones que aparecen como contradictorias entre sí y la búsqueda de una síntesis entre ambas. Aunque los procedimientos y estrategias que usan están basados en la teoría conductual, los autores reconocen que superponen otras orientaciones muy diversas de terapia, como teorías psicodinámicas, centradas en el paciente, cognitivas, y las denominadas "estratégicas".

En cuanto a la medición de su eficacia, Linehan y sus colegas han publicado hasta ahora dos investigaciones que comparan la eficacia de TCD con tratamientos usuales para el trastorno límite de la personalidad. Aunque no especifican de qué tipo eran estos tratamientos, probablemente se refieren a enfoques cognitivos conductuales estándares. Los resultados en general son bastante contundentes. En prácticamente todas las áreas hubo mejores resultados en el tratamiento TCD, y especialmente resalta la reducción de la conducta parasuicida, y la permanencia de los pacientes en el tratamiento. En las poblaciones menos graves se reduce, notoriamente más que en el tratamiento estándar, la ideación suicida y la depresión. Además, cuando se ha podido hacer seguimiento, 1 año después del tratamiento la mejoría persiste.

Bases filosóficas: la dialéctica

Los autores utilizan el término "dialéctica" aplicado a la terapia con dos sentidos. Por un lado como una visión del mundo o posición filosófica, de donde parte el desarrollo de las hipótesis teóricas que explican los problemas del paciente y el tratamiento. Por otro lado como método de diálogo y de relación, de donde se derivan las estrategias usadas por el terapeuta para obtener el cambio.

La dialéctica como visión del mundo quiere decir que se enfatiza el conjunto, la interrelación y el proceso (o cambio) como características fundamentales de la realidad. Se ve el conjunto no como la mera suma de partes, ya que para analizar cada parte ha de ponérsela en relación con el todo. Por otro lado, aunque la visión enfoca el todo lo reconoce como complejo. Resalta la polaridad inherente a cada cosa o sistema, que está representada por fuerzas polares llamadas "tesis" y "antítesis", y el proceso de cambio lleva a la "síntesis" que es el resultado de esas fuerzas. La tensión entre esas fuerzas existentes en cada sistema es lo que mueve al cambio, pero el nuevo estado no está libre tampoco de nuevas contradicciones. Por tanto el cambio es considerado continuo y esencial en la vida. Los autores toman así el término dialéctica en el sentido Hegeliano clásico.

En cuanto a la dialéctica como persuasión, dentro la relación y el diálogo entre dos personas, se refiere al uso de la persuasión para producir el cambio, basándose para ello en las oposiciones inherentes a la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Partiendo de dos posiciones contradictorias, tanto el paciente como el terapeuta pueden llegar a nuevos

significados. La filosofía básica es no aceptar nunca una proposición como verdad final o indiscutible. Es interesante el comentario de los autores sobre su aplicación, en los casos en que hay fuertes desavenencias entre el personal implicado en el tratamiento sobre cómo tratar a un paciente, cuando cada terapeuta o grupo cree que ellos conocen toda la verdad sobre un paciente o un problema clínico concreto.

La aplicación de estos principios a la hora de concebir el caso lleva a los autores a pensar en éste en términos que podríamos ver como cercanos a la teoría del pensamiento complejo de Morín (1990). En primer lugar conciben el caso como una disfunción sistémica, la cual se caracteriza porque se ve una continuidad entre la salud y la enfermedad, y ésta se ve como resultado de causas múltiples, más que de causas simples. De este modo, no hay un único factor que lleve al trastorno sino toda una gama, desde los factores constitucionales hasta los que resultan de la interacción con el entorno.

Otra suposición de la que parte esta aproximación dialéctica es que la relación entre individuo y entorno es de influencia recíproca. Siguiendo el ejemplo ofrecido en el trabajo, un niño que haya tenido un accidente puede requerir un grado de atención y dedicación por parte de sus padres que lleve al extremo los recursos que ellos puedan aportar, tras lo cual estos padres pueden llegar a invalidar o culpar al niño. Por tanto no tiene porqué ser un fallo del sistema de padres exclusivamente, sino de éstos ante una situación que los desborda. Para los autores esta visión de los hechos tiene la ventaja de no culpabilizar al poder explicar el punto de vista de cada una de las partes.

Por último, en la concepción dialéctica la noción de conducta es más amplia que en la teoría conductista general. Esto es importante, porque a lo largo de la exposición del trabajo vamos a utilizar mucho el término "conducta", pero hay que dejar claro lo que significa en este contexto. Se señala que la teoría conductista divide la conducta en verbal, motora y psicológica, y a su vez cada una de esta puede ser pública o privada. Para estos autores, estos tipos de conducta, aunque son distintos están muy interrelacionados y superpuestos. Y para ellos, además, no hay un modelo de conducta que sea intrínsecamente más importante que otro (no es necesariamente más importante la conducta motora visible, pública, que la conducta psicológica —que conlleva la vivencia fenoménica). Todo esto explica la diferencia entre este enfoque y el conductista clásico, a pesar de que ellos insisten en conservar el término, y tiene además consecuencias en toda la línea de tratamiento, empezando por su objetivo global, como veremos.

Teoría biosocial: la disregulación emocional

Para Linehan, la autora que ha desarrollado este enfoque terapéutico, el trastorno límite consiste principalmente en una disfunción del sistema de regulación de la emoción, y a partir de esto, lo cual considera el núcleo de la patología y no sólo lo más sintomático o manifiesto, se dan el resto de los síntomas conductuales típicos del cuadro.

Esta disfunción a la hora de regular las emociones tiene por un lado causas biológicas que tienen que ver con la vulnerabilidad inicial del sujeto, por la cual es muy sensible a los estímulos emocionales. Este déficit produce dificultades en la inhibición del estado de ánimo cuando se ha de organizar una conducta independientemente de aquél, déficit para

incrementar o bajar la excitación fisiológica cuando se necesita, déficit para distraer la atención de estímulos que evocan emociones no deseadas, y para experimentar emociones sin poder inhibirlas inmediatamente, o bien produciendo una emoción secundaria negativa extrema.

Por otra parte, como el nombre "biosocial" indica, para Linehan no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un "entorno invalidante". Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos. No se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde, y no toleran la manifestación de afectos negativos. El resultado de todo esto es la exacerbación de la vulnerabilidad emocional del individuo, lo cual, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante. De ahí resulta la persona con TLP, que no sabe cómo etiquetar y cómo regular su excitación emocional, ni confía en sus respuestas emocionales para interpretar y juzgar los hechos. El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado. Estos tres factores, las relaciones con los demás, la capacidad para regular las propias emociones y el sentido del self estable y cohesionado, influyen recíprocamente entre sí y, por tanto quedan todos alterados. Por último, para Linehan las conductas autolesivas de los sujetos límite se interpretan como intentos de regular el afecto, y además tienen un importante papel comunicativo en tanto que provocan conductas de ayuda en un entorno que en sí no responde empáticamente hacia ellos.

Linehan describe los modelos conductuales de los pacientes como una serie de dilemas dialécticos. Un dilema dialéctico es una dimensión bipolar en la cual el terapeuta tiene la labor de encontrar una posición más equilibrada (síntesis) que supere las anteriores oposiciones (tesis y antítesis). Estos dilemas están representados por un lado por la dimensión "factores-biológicos", y por otro por la dimensión "entorno-invalidante" (algo que tiene mucho que ver con las series complementarias freudianas). La autora propone tres dimensiones de conductas definidas por polos opuestos. En una primera dimensión, un paciente TLP puede oscilar entre invalidarse y culparse a sí mismo por su sufrimiento emocional, o bien culpar al resto del mundo por tratarlo injustamente. Así, la conducta suicida puede explicarse tanto como agresión a sí mismo como conducta de petición desesperada de ayuda. Una segunda dimensión consiste en uno de sus polos en la tendencia biológica a la "pasividad activa", en la cual el paciente se acerca a los demás para que le den soluciones, y en el otro polo estaría la conducta del paciente que aparenta más competencia de la que realmente tiene, porque su entorno invalidante ha exigido de él en demasía. El propio terapeuta tiende, dependiendo de la posición en que se ubique el paciente, a subestimar o bien a sobreestimar sus capacidades. Por último, la tercera dimensión tiene en el polo biológico la tendencia del paciente a experimentar la vida como una serie interminable de crisis, y en el otro polo estaría la conducta provocada por el entorno de "aflicción inhibida" (lo que nosotros llamaríamos disociación) por la que el paciente no puede experimentar las emociones asociadas a traumas o pérdidas significativos. Como dijimos, el terapeuta trabaja en la dirección de buscar el equilibrio y la síntesis de los opuestos existentes en el sujeto.

Estadios de la terapia y objetivos del tratamiento

Exponen los autores que TCD está creada para tratar con pacientes de todos los niveles de gravedad, y está concebida para aplicarse en estadios. Los pacientes gravemente trastornados entran en tratamiento en el estadio 1. Cada estadio prepara al paciente para el siguiente. Veremos ahora cada uno de ellos con detenimiento.

Pretratamiento: orientación y compromiso. A lo largo de las tres primeras entrevistas, terapeuta y paciente llegan a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos. Pero para esto se trabaja primero con las expectativas que el paciente tiene, estudiándose si son o no realistas. Se aclara que este tratamiento no es un programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida que merezca la pena vivirse (aquí vemos la importancia que se da no sólo a la conducta, sino a las vivencias del paciente). Además, se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades. Ya en esta fase se utilizan estrategias específicas, que son explicadas más adelante.

Estadio 1: lograr capacidades básicas. Este estadio se centra en conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable. Con los pacientes suicidas, graves, normalmente esta etapa dura un año como mínimo. A continuación los autores describen los objetivos de este estadio.

En primer lugar las conductas suicidas. Señalan con toda claridad que la primera prioridad de la terapia es mantener al paciente vivo. Por tanto, se trabaja todo lo relacionado con conductas suicidas y parasuicidas, incluyendo las amenazas de suicidio, planearlo, prepararlo, pensar sobre ello, así como con la conducta autolesiva. Lo más significativo en este enfoque es que este objetivo se hace explícito al paciente, lo que no deja de plantear problemas, como veremos después.

Un segundo objetivo son las conductas que interfieren con la terapia. Este objetivo es importante con este tipo de pacientes, debido por un lado a que presentan un índice muy elevado de abandono de la terapia, y por otro al alto grado de tensión que se produce en los terapeutas, o sea la posibilidad de que éste "se quemé" o intervenga de modo iatrogénico. Los autores dejan claro que las conductas que interfieren con la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta, son trabajadas "directamente, inmediatamente, consistentemente y constantemente -y, lo más importante, antes más bien que después, de que bien el terapeuta o el paciente no quieran continuar más tiempo" (p. 484). Un ejemplo de conducta que interfiere con la terapia por parte del paciente sería la de intentar traspasar los límites personales del terapeuta, y esto se trabaja dentro de la sesión. Un ejemplo de conducta interferente del terapeuta serían conductas iatrogénicas como las que causan ansiedad innecesaria al paciente, o aumentan sus dificultades. Se tratan estas conductas del terapeuta en las sesiones de terapia si el paciente trae este material, pero también en las supervisiones/consultas.

No podemos menos que resaltar que en un enfoque que se denomina a sí mismo como primordialmente conductual, se otorgue tanta importancia al vínculo de la relación terapéutica, ya que lo aquí expuesto tiene que ver con lo que en términos psicoanalíticos llamamos

trasferencia y contratransferencia. Esta es sin duda una de las raíces psicodinámicas más evidentes de esta aproximación.

Un tercer objetivo son las conductas que interfieren con la calidad de vida. Aquí se incluyen conductas como el abuso de sustancias, trastornos graves de alimentación, conductas sexuales de alto riesgo y fuera de control, dificultades financieras extremas (jugar o gastar de forma incontrolada), conductas criminales que pueden llevar a la cárcel, o conductas relacionadas con el trabajo o la escuela (como faltar, no hacer nada productivo, abandonar prematuramente, etc.), conductas disfuncionales relacionadas con el hogar (como vivir con gente que abuse de ellos, no tener casa estable), con la salud mental (como no tomar los medicamentos prescritos o bien abusar de ellos), y con la salud en general (como no tratarse problemas médicos serios). Se trata de alcanzar una vida mínimamente segura y adecuada.

Por último, en el Estadio 1 se tratan las habilidades conductuales. Aquí se busca aumentar las habilidades en relación a regular las propias emociones, mantener las relaciones interpersonales, y tener autonomía mínima. Principalmente se trabajan estas habilidades en sesiones grupales semanales especialmente destinadas a ello, aunque el terapeuta individual dirige durante un tiempo su adquisición y ejercitación. Dentro de estas habilidades, hay una que los autores incluyen como central en su tratamiento, y que está tomada de la práctica de meditación Zen, que ellos llaman habilidades de "toma de conciencia". Esta toma de conciencia se refiere especialmente a poner nombre a lo que se está sintiendo, vivenciarlo conscientemente, prescindiendo de la instancia que lo juzga o lo critica, algo que consideran está muy relacionado con la tolerancia a la ansiedad. Aquí vemos de nuevo una relación muy cercana con las propuestas de la escuela psicoanalítica del self (Kohut, 1971).

Estadio 2: reducción de la angustia postraumática. Aunque en el Estadio 1 se han podido explorar la relación entre la conducta presente y eventos traumáticos previos, incluidos los de la niñez, es en el Estadio 2 donde el foco se dirige específicamente a elaborar ("procesar" es el término que usan) hechos traumáticos anteriores. El procedimiento consiste en volver a exponer al paciente a claves asociadas con el trauma, dentro de la terapia. Los autores explican que en un lenguaje psicodinámico el Estadio 1 sería una fase "contenedora" y el Estadio 2 una fase de "descubrimiento". Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, reducir la estigmatización y autoinculpación que suele asociarse con ellos (se da un alto índice de abuso sexual infantil entre estos pacientes), reducir la negación y resolver las tensiones dialécticas en cuanto a la atribución de la culpa que produce el trauma. Pero para pasar a este estadio, los autores ven necesario haber superado los objetivos del Estadio 1, ya que de lo contrario el paciente no podrá afrontar la ansiedad que desencadena este nuevo proceso.

Efectivamente, como los propios autores indican, vamos viendo que éste es un proceso al que no le faltan ingredientes para ser descrito como psicoanalítico. Lo que de momento señalamos como distinción es la clara y evidente programación de antemano de los objetivos a tratar, evidentemente surgida de la extrema gravedad de los pacientes para los que se ha diseñado el tratamiento. Siguiendo un criterio pragmático, se señala que los objetivos primeros pasan por que el paciente siga vivo, siga con la terapia, y su vida esté mínimamente resuelta como para poder pasar a los objetivos más clásicamente psicoanalíticos de elaboración de situaciones

traumáticas y toma de conciencia de motivaciones, temores y conflictos internos inconscientes. Y este orden es explícito, se trabaja directamente con el paciente cada iniciativa referida a esos primeros objetivos. En un enfoque analítico tradicional, podría pensarse que mientras los traumas no estén elaborados no tiene sentido pedir al paciente que controle su conducta suicida o parasuicida. Aquí se hace justo lo contrario: se establecen en primer lugar unos criterios conductuales mínimos (que duran, como mínimo, 1 año) para poder entrar después en un trabajo más profundo. Pero bajo nuestra interpretación no es que no se dé a los criterios del segundo estadio el valor de agentes causales de la conducta (en amplio sentido) del paciente. Por lo que podemos ver, se trata más bien de un criterio pragmático, estratégico, según el cual lo primero es establecer un vínculo fuerte y con alto nivel de compromiso en base al cual las conductas más peligrosas sean controladas, y sólo después se entra en el trabajo interpretativo que es el que realmente dotará al paciente de la autonomía necesaria para que las habilidades que se están enseñando y practicando, sean realmente internalizadas.

Estadio 3: resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto. Aquí se presupone que el paciente tiene ya un nivel de funcionamiento suficientemente bueno en casi todos los dominios. El objetivo ahora se dirige por un lado a la confianza en sí mismo y la autoestima y por otro lado a la autonomía. El paciente debe conseguir que su autorrespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa. Y esto significa que deben promoverse también la independencia para con el propio terapeuta, que irá estimulando los pasos hacia la autonomía del paciente respecto a él mismo.

De nuevo una digresión para señalar la sensación a la vez de cercanía y lejanía para con la técnica psicoanalítica. En el lenguaje clásico del psicoanálisis se habló de resolución de la neurosis de transferencia. Hoy día, la transferencia se ve de forma distinta a como se veía antes (Westen y Gabbard, 2002), se considera necesario una progresiva toma de conciencia de las modalidades de reacción activadas en el específico contexto interpersonal de la relación terapéutica, para así regularlas -si bien la perspectiva teórica de ahora ve que este trabajo va combinado con los efectos directamente terapéuticos del nuevo vínculo, que no pasan por la toma de conciencia.

Entendemos que en este Estadio 3 se trabaja específicamente con las actitudes del paciente que puedan implicar dependencia del vínculo para el mantenimiento del self, y se tiene cuidado de tomar conciencia de las actitudes del propio terapeuta que puedan potenciar esta dependencia, para manejarlas.

Estadio 4: lograr la capacidad de sostener la alegría. Los autores no se detienen mucho en explicar esta fase, diciendo sólo que ahora los objetivos pasan por ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital, y que en este momento los pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia de larga duración orientada al insight, y de dirección espiritual o las prácticas espirituales. En el ejemplo clínico que ofrecen al final del trabajo, la paciente es Sally. Ella ha perdido a uno de sus dos hijos en un accidente, y poco después perdió a su madre, y su padre enfermó. Trabaja de forma estable y satisfactoria, y está casada con un hombre fiel y dedicado, pero que tiene poca sensibilidad interpersonal y tiende a desvalorizarla. El Estadio 1 de Sally duró dos años, y después la terapia se ha prolongado, aunque con sesiones muy espaciadas, durante 15 años. A lo largo del tratamiento se ha

trabajado su duelo y en su Estadio 4 el objetivo es superar el sentimiento de incompletud que se opone a su capacidad de disfrutar. Para esto necesita una "aceptación radical" de la muerte de su hijo, de manera que retome actividades espirituales que anteriormente la llenaban, como la meditación.

LA ESTRUCTURACIÓN DEL TRATAMIENTO: FUNCIONES Y MODOS DE ABORDAJE

En este apartado, tras exponer las funciones o servicios esenciales del tratamiento TCD, los autores van describiendo las distintas modalidades de abordaje para realizar dichas funciones. En este enfoque las responsabilidades están desperdigadas a través de distintas modalidades de tratamiento, realizadas en distintos ámbitos y por distintas personas. Sin embargo, el terapeuta individual es en todo momento el principal terapeuta, y es responsable de organizar el tratamiento de forma que las distintas intervenciones estén coordinadas.

La primera modalidad de intervención es la terapia individual. Ésta se organiza normalmente en una sesión semanal de entre 50 y 90 minutos, pero en los estadios iniciales, o en los periodos de crisis, puede haber dos sesiones semanales.

En la terapia individual se van trabajando los objetivos diseñados de modo ordenado, pero siempre atendiendo a la relevancia que un determinado problema tenga en el presente, es decir, se prioriza el material importante que es traído a la sesión o el que se manifiesta en la misma sesión. Esto significa un trabajo siguiendo objetivos programados, diseñados en base al tipo de trastorno que se trata, como vimos antes, pero a la vez flexibilidad suficiente como para tener en cuenta lo que en cada momento presente está siendo activado en el paciente. Por ejemplo, en el Estadio 1 se va trabajando la temática propia de esta etapa, como son los temas relacionados con las habilidades interpersonales, o con la habilidad para tolerar la ansiedad. Pero si ha habido una conducta parasuicida, o una conducta que interfiere con la terapia de las que anteriormente se han expuesto, siempre se dedica a este tema al menos parte de la sesión.

Como ayuda para establecer la relevancia de las conductas que hay trabajar, el terapeuta usa tarjetas diarias que el paciente ha de rellenar en casa, y se revisan al principio de cada sesión. En ellas el paciente escribe cada incidente de conductas parasuicidas, ideación suicida, tristeza, consumo de drogas (tanto lícitas como ilícitas), y la práctica de habilidades conductuales que haya realizado. Si el paciente no completa la tarjeta esto se considera una conducta que interfiere con la terapia.

De este modo, en las sesiones individuales se trabajan tanto los problemas estructurados en el programa como los que surgen espontáneamente, y se utilizan diferentes estrategias de las que se describen en el apartado próximo, incluyendo la interpretación y la validación (nombre que aquí se da a las interpretaciones afirmativas).

Otra modalidad de intervención dentro del tratamiento es el entrenamiento en habilidades. Esto se lleva a cabo en sesiones grupales de dos horas o dos horas y media que se imparten cada semana, y a las cuales los pacientes asisten durante al menos el primer año de tratamiento, y después continúan si ellos lo desean. Podríamos decir que, aunque no separadas de forma rígida, en este ámbito las estrategias de intervención son más conductistas

(como adquisición, refuerzo y generalización de habilidades), siguiendo un programa estructurado, trabajando los temas que tocan o que el terapeuta propone. Por el contrario, diríamos que en las sesiones individuales, aunque partiendo también de los objetivos generales, el abordaje es más flexible y dependiente del material que el paciente traiga a la sesión, y las estrategias de intervención son evidentemente más psicodinámicas. Como vemos, los autores consideran más productivo, por ser menos dificultoso, separar la función psicopedagógica de la psicoterapéutica.

Una modalidad añadida especialmente para pacientes que tienen problemas de consumo de drogas, es la consulta de habilidades. Se trata de que uno de los líderes del grupo de entrenamiento en habilidades lleve un seguimiento directo de un paciente en cuanto a los ejercicios de reforzamiento, revisión de trabajo para casa, retroalimentación (o devolución de su punto de vista sobre cómo lo va realizando). Es decir, un miembro aventajado del grupo imparte clases particulares a otro, con lo que se persigue así reforzar el vínculo del paciente a, al menos un miembro del grupo, y así incrementar la asistencia a las sesiones grupales.

Parte integral de esta terapia son las consultas telefónicas. Éstas tienen diversas funciones: dirigir la puesta en práctica de las habilidades, favoreciendo su generalización en ámbitos cotidianos, intervenir en crisis de emergencia, y aportar un contexto para reparar la relación terapéutica sin que haya que esperar a la próxima sesión. Esto último es importante en este tipo de pacientes que frecuentemente tienen reacciones negativas a las interacciones de las sesiones de terapia, y teniendo en cuenta la falta de regulación emocional se considera importante darle la oportunidad de restaurar la relación, de forma que por teléfono se alivie y se reasegure al paciente hasta el siguiente encuentro, en el que se trate el tema con profundidad. Los autores lo expresan con claridad "Un terapeuta hábil usa las llamadas de teléfono por sólo una razón: mantener un paciente en la terapia (incluyendo, por supuesto, mantener al paciente vivo cuando es necesario)" (p. 488).

Nos detendremos aquí en algo que los autores consideran sumamente importante, la captación y control de todas las posibles contingencias que puedan favorecer los síntomas o conductas disfuncionales. Se entiende aquí por contingencia los hechos que pueden ocurrir coincidentes con los síntomas, y que por tanto quedarán asociados a estos. En TCD se enfatiza el hecho de que lo que se ofrezca en los distintos tipos de llamadas de ayuda sea lo más similar posible, es decir, tanto si el paciente llama diciendo que está a punto de cometer suicidio, como si llama para pedir una orientación sobre cómo comportarse ante un problema familiar, o para tener una charla tranquilizadora, lo que el terapeuta esté dispuesto a darle debe ser similar. Y esto para que el paciente no asocie la conducta suicida a un incremento de contacto telefónico. Como para evitar esto el terapeuta sólo puede hacer dos cosas, o bien rehusar recibir ninguna llamada o bien hacer que el paciente lo llame no sólo entonces sino también en otras situaciones, Linehan opta por lo segundo. Por eso sostienen que en TCD es considerado una conducta que interfiere con la terapia tanto el llamar al terapeuta demasiado poco como llamarlo con demasiada frecuencia.

Efectivamente, esto se ve claro en uno de los ejemplos clínicos del final del trabajo. Expondremos aquí una parte de este caso porque ilustra bien el tema que ahora queremos resaltar. Cindy es una paciente muy grave, con múltiples incidentes suicidas y parasuicidas. Las

conductas parasuicidas de Cindy la hacían ingresar en el hospital con frecuencia, o bien otras veces ella misma avisaba de estar teniendo fuertes ideas de suicidio y pedía hospitalización por temor a realizarlo. Analizando un modelo de conducta que se repetía, la terapeuta (Linehan), consideró de máxima importancia causal la contingencia entre la hospitalización y los actos parasuicidas (autolesiones graves, como cortarse o quemarse). La interpretación aquí es que alguna motivación relacionada con internarse en su hospital preferido, como podría ser el sentirse cuidada, producía que la hospitalización actuara como reforzador de las conductas autolesivas. Esto llevó a la terapeuta a sentir la necesidad de tomar medidas para cortar esta contingencia. Pero por otra parte, la paciente no estaba de acuerdo con esta visión de las cosas, y sentía que la terapeuta no la comprendía, no creía en su sufrimiento real y le atribuía actitudes manipuladoras, por lo que se sentía dolida y ofendida. Usando una estrategia a la que después nos referiremos (consulta de asesoramiento sobre el caso con otros profesionales, estando Cindy presente), la terapeuta planteó un nuevo régimen de tratamiento que impidiera esta contingencia. El nuevo plan consistió en que Cindy podría elegir a voluntad estar tres días en el hospital, y al final de este tiempo siempre tendría que salir. Si ella seguía pensando que estaba en serio peligro de suicidio, podría ser transferida entonces a otro hospital menos preferido por ella, de modo que su seguridad estuviera salvaguardada. De este modo, la base de la admisión en su hospital no sería la conducta parasuicida. Pero los autores explican el extremo cuidado con que se planteó esta medida en la reunión, haciendo hincapié al respeto de la terapeuta por el punto de vista de la paciente, y en la consideración de la interpretación de la terapeuta de lo que ocurría como un punto de vista más, sólo que, debido a su responsabilidad como profesional que llevaba la dirección del caso, ésta se veía en la obligación de ser consecuente con lo que ella pensaba que estaba ocurriendo, porque creía que esto estaba poniendo en peligro la vida de la paciente.

Todo esto muestra los tremendos desafíos con que se enfrenta Linehan por sostener un modelo que integra con similar peso puntos de vista conductuales y psicodinámicos, y muestra sus esfuerzos por resolver las dificultades que ello les provoca.

En relación con este énfasis en la búsqueda de contingencias, se propone otra modalidad de intervención: la estructuración del entorno. Se trata de estar siempre buscando qué factores en las reglas y en el personal del programa de tratamiento están reforzando conductas que se quieren eliminar, si a través de las conductas suicidas o maladaptativas el paciente consigue la ayuda que quiere, con lo cual esta contingencia provoca la asociación y refuerza la conducta. Un ejemplo que dan los autores para evitar esto consiste en hacer contratos con los pacientes por los cuales si mejoran después de por ejemplo un año de tratamiento se continuará la terapia, y en caso contrario se derivarán a otro programa.

El programa comprende también una importante atención a los terapeutas, al considerar que éstos están sometidos a un estrés enorme. Se requiere que todo terapeuta esté en relación de supervisión semanal con una persona o con un grupo, en ambos casos terapeutas que atienden pacientes límite con TCD, de modo que en el grupo cada miembro es a la vez terapeuta y "paciente" de otros terapeutas.

El encuadre puede ser variable, y dependiendo de éste (no es lo mismo trabajar en el marco de un hospital de día, de un hospital con pacientes internos, o en una consulta privada), se

contempla adaptar el tratamiento. Por ejemplo, en la práctica privada podría adoptarse la modalidad de que el terapeuta pueda ver al paciente dos veces por semana y actuar una como psicoterapeuta y otra como pedagogo para el entrenamiento en habilidades, al ser más difícil organizar un grupo, o bien otras alternativas.

Por último, los autores hablan de las variables del paciente requeridas para entrar en TCD, poniendo como fundamental la participación voluntaria y el compromiso con un periodo de tiempo específico que, como mínimo, es entre 6 meses y 1 año (el paciente puede pedir interrumpir el tratamiento pero ha de asumir que si la petición es denegada tendrá que continuar). Aquí sostienen explícitamente que lo primero es crear un vínculo fuerte con el paciente, y después usar este vínculo para promover el cambio. Esto es, de nuevo, una muestra de las raíces psicodinámicas del enfoque, y lo podríamos traducir al lenguaje psicoanalítico como el necesario establecimiento de una importante transferencia positiva.

En cuanto a las variables del terapeuta, Linehan propone rasgos de personalidad importantes expresados en términos de dimensiones bipolares que han de estar equilibradas. La primera es la aceptación y valoración del paciente y de la relación tal como es en el momento presente, sin juzgar, a la vez que se asume la necesidad de cambio y la responsabilidad de dirigir ese proceso. La segunda, equilibrio entre seguridad en la propia posición y por otra parte capacidad de autocuestionamiento, y la tercera, equilibrio entre la capacidad de "nutrir" (enseñar, ayudar, reforzar), por un lado, y por otro la capacidad de ver al paciente como alguien capaz, de modo que se le vaya dando margen para que cambie y se independice.

ESTRATEGIAS DEL TRATAMIENTO

En este apartado los autores describen las diferentes estrategias que se usan, de forma coordinada, en TCD. Existen cinco clases de estrategias: dialécticas, nucleares, estilísticas, estrategias de dirección del caso y estrategias integradas. En este trabajo los autores exponen las cuatro primeras.

Estrategias dialécticas

Con la expresión "estrategias dialécticas" se refieren a distintos significados. Por un lado, a que el terapeuta tiene que estar continuamente buscando el equilibrio entre las tensiones que se producen en la terapia, por ejemplo se busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio, entre el "nutrir" (para nosotros afirmar, validar, reconocer) y el retar (psicoanalíticamente sería confrontar, interpretar), entre prestar atención a las capacidades y hacerlo a las limitaciones o déficits. Los autores reconocen que hoy día todos los enfoques terapéuticos buscan este equilibrio, pero en TCD se convierte en central el buscar el equilibrio a través de analizar los opuestos y encontrar una síntesis. Este equilibrio ha de enseñarse al paciente, no de forma explícita o teórica (debido a lo abstracto de estos conceptos) sino a través de ir viendo en cada ejemplo cómo la comprensión y aceptación de una idea, un deseo, no invalida otro opuesto que también está presente. En resumen, se intenta que el paciente abandone su pensamiento dicotómico y vaya haciendo suya una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, que tolere sus contradicciones internas.

Para la visión psicoanalítica, que ha trabajado desde los orígenes con la noción de conflicto como clave central, todo esto no suena nuevo. Pero sí es enriquecedor ver la nueva forma de expresarlo y concebirlo, relacionada con la cultura budista a decir de los autores. Se tiene la impresión de que aquí se hace explícito algo que es presupuesto en psicoanálisis: que el conflicto es inherente a la vida y al ser humano, que no hay que huir de él sino comprenderlo y aceptarlo, y buscar soluciones teniendo en cuenta que los deseos son siempre múltiples y muchas veces contradictorios. A continuación vemos las estrategias dialécticas específicas usadas en TCD.

Asumir la paradoja. El terapeuta no niega las paradojas implícitas en el proceso de tratamiento o en la realidad en general, sino que las presenta tal como se dan, sin explicarlas racionalmente. Se deja que sea el paciente el que busque la síntesis de las polaridades para comprender. Ejemplos de paradoja de Linehan son: los pacientes son libres de elegir su conducta, pero no pueden estar en terapia si no trabajan para cambiarla. Se les enseña a adquirir más independencia, para que la usen pidiendo ayuda a los otros. El paciente tiene derecho a matarse a sí mismo, pero si alguna vez se considera que están en serio riesgo de suicidio se le encerrará. El paciente no es responsable de estar como está, pero es responsable de lo que llega a ser... (Cuántas veces uno se ha podido sentir incoherente, y por tanto con cierta carga de malestar, por no saber admitir estas contradicciones esenciales).

Usar la metáfora: parábola, mito, analogía y contar cuentos. Se utilizan todos estos recursos para que el paciente comprenda algo que en principio le cuesta. De nuevo vamos a un ejemplo que se relata en las sesiones clínicas transcritas. La paciente llega a sesión tras un incidente esa semana en que se ha autolesionado abriéndose una herida previa que ella misma se había infligido. La explicación que da es que el médico no quiso facilitarle medicamentos para el dolor, y como éste no se creía hasta qué punto le dolía, sintió que tenía que demostrárselo de alguna forma. De manera que la explicación o "pensamiento falso" de la paciente es que se autolesionó por no poder soportar el dolor físico, pero la terapeuta quiere hacerle ver que la motivación real no era el dolor, sino más bien otra (que más adelante sale a la luz, relacionada con su sentimiento de no importarle a nadie, de no ser cuidada ni reconocida ni amada). Para esto, la terapeuta cuenta a la paciente una historia, le pide que se imagine que ambas van en una barca en medio del océano, porque su barco se ha hundido. Al hundirse el barco la paciente se cortó la pierna y le duele mucho. Se la han vendado, pero no tiene ningún analgésico en la balsa a la deriva. La cuestión es, si ella le pidiera medicación y la terapeuta dijera que no, ¿se habría lesionado la pierna para ponerse peor? E incluso, si hubiera medicamentos para el dolor pero le dijera que no se lo daba porque debían guardarlos y no gastarlos por la situación en que estaban, ¿se habría lesionado entonces? La paciente responde que no. Así se avanza en la aclaración de que el dolor no es lo que le provoca herirse sino, más bien, sentir que alguien no le ofrece ayuda cuando ella siente que podría dársela si quisiera.

Jugar a abogado del diablo. Esta estrategia proviene de las terapias cognitivas, y se trata de que el terapeuta se coloque en la posición de quien defiende creencias disfuncionales del propio paciente, en una versión extrema. Siguiendo el ejemplo de los autores, si el paciente dice "estoy tan gorda, que mejor estaría muerta", el terapeuta entonces argumenta a favor de esto, y sugiere que como eso es verdad para la paciente, también debe ser verdad para el

resto de la gente, de modo que toda la gente con sobrepeso debería estar muerta. Y como es muy relativo lo que cada uno considera que es estar gordo, debe haber muchísima gente que debería morir.

Más interesante es el ejemplo clínico al que nos referiremos ahora. En una de las primeras sesiones, Linehan está intentando conseguir que la paciente se comprometa con la terapia. La paciente dice tener deseos de empezar, porque ya no aguanta más su estado, viviendo así desde los 11 años, y dice (P): "Estoy entre la espada y la pared. Necesito empezar (el tratamiento) o morir. Estas son mis dos elecciones". Entonces la terapeuta (T) dice: "¿Por qué no morir?", y la paciente (P) responde: "Bueno, si esto no resulta moriré", (T): "¿Pero, por qué no ahora?". (P): "Porque si me queda esta última esperanza, prefiero vivir que morir si puedo hacerlo".

Sin embargo, la estrategia de abogado del diablo puede volverse en contra si el terapeuta no tiene suficiente sensibilidad como para sentir cuándo está llegando al límite de la tensión que la paciente puede soportar. De hecho, esto ocurre poco después en esta misma sesión, cuando la terapeuta intenta reforzar el compromiso utilizando de nuevo esta estrategia. En este momento le está aclarando a la paciente que el compromiso de estar un año en tratamiento implica no cometer suicidio, y aunque la paciente asiente, la terapeuta sigue: (T): "¿Preferirías estar en una terapia en la que si tú quisieras pudieras matarte?", (P): "No sé, nunca lo he pensado de ese modo." (T): "Hmmm", (P): "No quiero... Quiero ser capaz de alcanzar el punto en que yo pudiera sentirme como no estando forzada a vivir", (T): "¿Luego estás de acuerdo conmigo, porque te estás sintiendo forzada a estarlo?", (P): "Sigues preguntándome todas estas cosas", (T): "¿Qué piensas?", (P): "No sé lo que pienso ahora, honestamente." Poco después, la paciente empieza a llorar, y la terapeuta da marcha atrás.

Desde nuestra visión lo que ocurre aquí es que la paciente se ha sentido presionada, y ha sentido que se considera que ella opta por el suicidio con plenas facultades, pero no es así, sino que lo vive como un acto necesario cuando no soporta el sufrimiento psíquico. La paciente por tanto aquí no se ha sentido reconocida por la terapeuta, y empieza a sentirse mal. La terapeuta cambia entonces a otra actitud y otra estrategia, pasa a reconocer y animar a la paciente y también a exponerle lo que ella pretendía hablándole así: (T): "Hoy tienes un estado de ánimo muy alto, pero dentro de 5 horas puede no ser así, y nosotros tenemos que trabajar para hacer que esto siga siendo una buena idea. Será un infierno, pero yo tengo confianza". La relación queda restaurada.

"Hacer limonada a partir de los limones". Se trata de ver los problemas como oportunidades para que el paciente se desarrolle. Seguimos con el ejemplo anterior. La paciente va relatando los pasos que precedieron a su autolesión, y cómo fallaron los intentos de aguantar el dolor, de soportar la ansiedad, de regular las emociones que la abrumaron. Ante esto, la terapeuta muestra que ella realmente usó habilidades que estaba aprendiendo, y durante un breve tiempo funcionaron (intentó evadirse del dolor tocando música, leyendo, haciendo crucigramas; intentó la estrategia de "aceptación" concienciándose de que la realidad —los otros— no iba a cambiar y debía aceptarlo) hasta que algo no dio resultado. Así, la terapeuta anima y ofrece a la paciente una visión más positiva de sí misma.

Estrategias nucleares

Las estrategias nucleares son de dos tipos: validación y resolución de problemas, y en todo momento los autores enfatizan la necesidad de equilibrar ambos tipos en los distintos momentos del tratamiento.

Validación. Pensamos que este nombre equivale a lo que en psicoanálisis aportó Kilingmo (1995) con el nombre de "afirmación" o "interpretación afirmativa". Implica reconocer al paciente, la legitimación de su self presente vía la comprensión de su sufrimiento. Aquí los autores señalan que una terapia puede ser intensamente iatrogénica si el terapeuta se centra exclusivamente en la necesidad de cambio por parte del paciente, y además, en el caso de los trastornos límite, con esta actitud se confirman los peores temores del paciente y se repite la posición del entorno invalidante: desconfianza e invalidación sobre cómo ellos responde a los hechos del entorno.

La validación, intervención en la que los autores se extienden de modo que da buena idea de la importancia que le otorgan, implica comunicar al paciente que sus respuestas tienen sentido dentro de su contexto y su situación vital, y con ello se comunica una aceptación. No se minusvalora el sufrimiento que le lleva a sus respuestas, por más disfuncionales o destructivas que éstas puedan parecer. Los autores sostienen que la validación es un reconocimiento de lo que es válido, pero no significa "hacer" válido. Pensamos que con esto intentan diferenciarla de lo que podría entenderse erróneamente como una transmisión directa de valores, cuando especifican que el terapeuta no aporta al paciente la conducta que es válida, sino que reconoce su validez para el paciente, ya que si éste la sostiene es porque ha tenido sus motivos—aunque esto no implique que esa conducta sea saludable o adaptativa. Por otra parte, ese reconocimiento le viene dado a través de la intersubjetividad, reconociéndose a sí mismo el terapeuta como otra persona capaz de tener esa misma conducta si sus circunstancias hubieran sido similares.

En el libro de Linehan a que continuamente hacen referencia los autores, se muestra la importancia de este concepto. Ella establece seis niveles distintos de validación, en orden creciente de complejidad. Estos niveles son descritos como: 1) estar genuinamente interesado en el paciente; 2) transmitir a éste entendimiento y reflexión de lo que éste ha dicho; 3) transmitirle a su vez comprensión de aspectos de la experiencia que el paciente no ha comunicado directamente; 4) validar la conducta a través de mostrar que ésta es causada; 5) mostrar los aspectos razonables y bien basados, en relación con la respuesta del entorno, de la conducta (sin evitar comentar también los aspectos disfuncionales); y 6) creer en el paciente como sujeto capaz de cambio, como persona de igual estatus e igual merecido respeto, que va más allá de lo que implica la etiqueta de su diagnóstico o su rol como paciente.

Dentro de la validación, sitúan los autores la estrategia de "animar", a través de la cual el terapeuta transmite al paciente una visión positiva de sí mismo, le comunica su creencia de que lo están haciendo de la mejor manera y que cree en sus habilidades, y resalta cualquier evidencia de mejoría. Pensamos que esta estrategia tiene que ver con lo que Kohut (1971) describió como función especular desarrollada por los padres hacia el niño, y también por el terapeuta hacia el paciente, mediante la cual la representación del otro como válido en la intersubjetividad acaba siendo interiorizada por el sujeto, convirtiéndose en su propia manera

de verse a sí mismo. La diferencia está, como después analizaremos, en que en psicoanálisis huimos en general del término "estrategia" para explicar estos conceptos, por lo que puede implicar de actitud preparada y no genuina.

Por otro lado, es interesante algo que aquí los autores señalan: la necesidad de manejar con mucho cuidado la estrategia de "animar", ya que en caso contrario puede tener efectos opuestos al invalidar la percepción que el paciente tiene de sí mismo, aunque ésta sea negativa, invalidar su desesperanza.

Resolución de problemas. Éste es el otro grupo de estrategias que forman el núcleo de TCD, y son la contrapartida de la validación, ya que si ésta se centra en la aceptación de la situación presente, la resolución de problemas se centra en el cambio. Recordamos que el objetivo siempre en mente en este enfoque es mantener en cada momento una fina armonía entre ambos tipos de actitud-intervención. Se proponen 6 tipos de estrategias de resolución de problemas, que iremos describiendo a continuación.

En primer lugar está el análisis conductual. Aquí el terapeuta selecciona un problema, normalmente a través del relato del paciente o de lo que escribe en su tarjeta diaria, y se define en términos conductuales. A partir de ahí, se realiza un análisis exhaustivo de toda la cadena de eventos que se suceden unos a otros hasta llegar a la conducta. El terapeuta así va construyendo un esquema general que es como un mapa, en el que se ve cómo el paciente llega a sus respuestas disfuncionales, cómo empieza el proceso, y también señala qué posibles vías alternativa hubieran llevado a otra posible solución. El objetivo aquí es determinar qué función tiene la conducta en el contexto de una serie de conductas. Para este análisis en cadena se empieza siempre con un evento específico del entorno, atendiendo siempre a la descripción de todos los eventos que estuvieron presentes simultáneamente con el comienzo del problema, y algo importante, se realiza este análisis a partir de aquí utilizando segmentos de conducta muy pequeños (para poner una analogía, recordemos el análisis que realiza Stern [1985] en su estudio de la interacción madre hijo, cuando graba sesiones de juego y después las reproduce a cámara lenta, analizando así las sutiles reacciones producidas en espacios de tiempo mínimos). Por otra parte, se estudian también las consecuencias que mantienen esta respuesta problemática, es decir, no sólo se presta atención a los eventos antecedentes, sino a los posteriores, tanto para las emociones, sensaciones somáticas, pensamientos o suposiciones del paciente, como a lo que cambió en el propio entorno. Y para esto los autores piensan que es crucial el conocimiento de las reglas de aprendizaje y principios de reforzamiento. Por último se construyen hipótesis sobre las causas, los hechos que son importantes a la hora de generar y mantener la conducta problema, tanto externos al sujeto como internos (estados emocionales intensos para los que existe la motivación a reducirlos, déficits en pensamiento dialéctico o en habilidades conductuales...).

Detengámonos aquí. Los autores expresan la necesidad de analizar la función de la conducta, entendiendo función en dos sentidos. Por un lado, cuando hablan de los eventos precedentes que fueron dando lugar, a través de la reacción en cadena, a la respuesta problemática, están situándose en el campo de las teorías psicoanalíticas de la motivación. Aquí estudian qué dio lugar a ella en términos de qué la motivó, consciente o inconscientemente. Por otro lado, los autores hablan de la función de la conducta en términos de consecuencias, para lo que abogan

por estar atentos a las contingencias de modo que se pueda captar los posibles reforzamientos que impiden que esa conducta disfuncional desaparezca. De modo que aquí se estudia la función de la conducta en el sentido conductista, por eso aluden a la necesidad de tener conocimiento de las teorías del aprendizaje. Este doble sentido de la "función" de la conducta está en relación con los dos distintos modos de concebir la motivación, bien como empuje, bien como meta (Pervin, 1996). De manera que una vez más, dos enfoques en principio muy diferentes están integrados en esta aproximación. Dejaremos para el final el análisis y la crítica de lo que consideramos que ellos privilegian en esta integración.

En un ejemplo de sesión transcrito, se muestran los pasos del análisis conductual cuando la terapeuta está intentado ver qué cadena de eventos llevó a la paciente a autolesionarse abriendo su propia herida. Empezando por cuándo empezó a sentir dolor en la herida, qué pasos fueron viniendo después, cómo actuó y cuáles fueron las reacciones del entorno a esos pasos (la actitud cariñosa de la enfermera que directamente la atendió, frente a la negativa del médico a darle la medicina), qué sentimientos fueron produciendo en ella esas reacciones del entorno (al principio se sintió herida, lloró, luego se fue rearmando con rabia), etc. Y a la vez la terapeuta va construyendo caminos alternativos, como plantearse si hubiera sido posible pedir a la enfermera que estuviera con ella para sentirse acompañada y querida. En medio de todo esto, la terapeuta se enfrenta con lo que para nosotros son resistencias de la paciente, que continuamente tiene que desafiar.

El análisis de la solución es la segunda estrategia de resolución de problemas del TCD, y consiste en un intento activo de encontrar soluciones alternativas al problema que ya se ha identificado y analizado. Aunque a veces esto ya se ha hecho antes, como hemos visto en el ejemplo, otras veces no ha surgido tan fácilmente y hay que completar la tarea, pidiéndose al paciente una lluvia de ideas para buscar soluciones posibles, teniendo en cuenta primar los resultados a corto plazo más que a largo, y primar también que esas soluciones den ganancias para el paciente más que para los otros.

Procedimientos de resolución de problemas. Estos procedimientos están directamente extraídos del enfoque cognitivo-conductual: son el entrenamiento en habilidades, los procedimientos de contingencia, la exposición y la modificación cognitiva. Ahora bien, aquí los autores resaltan una diferencia respecto al modo como se trabaja en los tratamientos clásicos conductuales y cognitivos. La diferencia está en que en TCD estas estrategias no se emplean de forma estructurada sino entrelazadas con el diálogo terapéutico, no diferenciando demasiado entre una u otra técnica, y en sus propias palabras "aunque el terapeuta debe también ser consciente de los principios que gobiernan la efectividad de cada procedimiento, el uso de cada uno es normalmente una respuesta inmediata a los eventos que se despliegan en una sesión particular" (p. 498).

Esto de nuevo nos da una idea de cómo se ha integrado el enfoque psicodinámico con el cognitivo-conductual. Por un lado se utilizan técnicas cognitivo-conductuales pero, por otro, se prioriza la espontaneidad en la sesión (como corresponde a la importancia dada al vínculo), y se da privilegio al material que trae el paciente, puesto que refleja su mundo interno, y concretamente el que está activo en el momento de la sesión, tal como es clásico en la orientación psicoanalítica.

La única parcela de estos procedimientos que se trabaja sistemáticamente, al dársele un encuadre especial (el grupo), es el entrenamiento en habilidades. Para TCD el término "habilidad" se usa en sentido amplio, para referirse a capacidades no sólo conductuales, sino emocionales y cognitivas, y la integración de todas ellas. Se modela, se instruye y aconseja al paciente, se refuerza su utilización, y se trabaja para que se generalicen a otras situaciones externas a las sesiones grupales.

Ya hemos señalado antes que el análisis de la contingencia, es decir, de la relación entre dos conductas, es de extrema importancia para este enfoque, y los procedimientos de contingencia se refieren a la contingencia dentro de las sesiones de tratamiento, en tanto que toda respuesta del terapeuta es un posible reforzamiento, castigo, o eliminación de reforzamiento para una determinada conducta del paciente. Señalan los autores que la contingencia más importante para la mayoría de los pacientes límite es la conducta interpersonal del terapeuta con el paciente, y que a su vez la habilidad del terapeuta para influir en el paciente está directamente relacionada con las características de la relación existente entre los dos. Ahora nos detendremos en esto porque está muy en conexión con los desarrollos recientes en psicoanálisis.

Efectivamente, el tema del que hablan los autores es equiparable a la transferencia psicoanalítica, pero ésta tal y como se comprende hoy día a la luz de los recientes desarrollos de la neurociencia y los modelos cognitivos de procesamiento paralelo (Westen y Gabbard, 2002). La definición que hacen de la contingencia en la sesión presenta una concepción equivalente a la transferencia entendida en términos procedimentales, la transferencia explicada por el aprendizaje asociativo previo, puesto en marcha en la relación intersubjetiva construida momento a momento. En esta concepción de la transferencia se trata de tomar conciencia de la relación entre cada rasgo o actitud del terapeuta que provoca una respuesta de entre las existentes en el repertorio del paciente, y ver cómo a su vez esta respuesta provoca una reacción en el terapeuta. Y de esto se deriva la necesidad de atender a la toma de conciencia de estas reacciones porque pueden significar un refuerzo que mantenga conductas indeseables ("conductas" en un sentido amplio: sentimientos, fantasías, actuaciones), repitiendo así el terapeuta las actitudes del medio que las provocó (de los otros significativos).

Esta equiparación la hacen los propios autores cuando continúan diciendo que el manejo de la contingencia puede requerir el uso de consecuencias aversivas, y que esto es equivalente al "establecimiento de límites" propugnado por otros tratamientos. Para dar un ejemplo concreto de castigo en la sesión hablan de un paciente que ha realizado un acto parasuicida, y el hecho de tener que hablar de él con detenimiento es ya un castigo (una contingencia aversiva para con la conducta, un fenómeno displacentero que es asociado con ésta). Pero los autores dan indicaciones de cómo deben de impartirse los castigos o límites, señalan que: 1) Es importante que el paciente pueda tener algún modo de terminar con su aplicación; lo que vemos está relacionado con tener en cuenta la motivación del sujeto hacia la autoeficacia (Lichtenberg, 1989) hacia sentir que puede controlar, de algún modo, los eventos externos. Siguiendo con el ejemplo anterior, los autores señalan que después de hablar del incidente, el paciente debe poder cambiar a otros temas. 2) Es importante que el castigo nunca sea demasiado fuerte como para que no pueda ser restaurada la relación positiva. 3) El castigo debe ser suficientemente fuerte como para que funcione. En último término, la terminación de

la terapia es el mayor castigo, pero siempre es mejor dar "vacaciones", de modo que si la situación es tan seria que han fallado otras estrategias, o se han cruzado los límites personales del terapeuta, se debe identificar las conductas a cambiar y dejar claro que cuando se reúnan las condiciones, el paciente debe volver, de este modo "En términos coloquiales, se echa al paciente a la vez que se lo engancha para que vuelva" (p. 499).

Por otro lado, los autores sostienen que deben evitarse los límites arbitrarios del encuadre, y que estos variarán según los terapeutas y según el momento del tratamiento (una actitud constructivista como ésta ha de ver diferente lo que puede ser tolerable o no según la persona del terapeuta y el momento por el que pase). Y algo interesante, sostienen que los límites deben presentarse al paciente como planteados por el bien del terapeuta, no por el bien del paciente. Algo que podríamos asumir dentro de la orientación psicoanalítica, pues si bien es cierto que gran parte de la justificación de los límites en nuestro campo ha sido puesta sobre necesidades propias del tratamiento en sí, por el bien del paciente, no es menos cierto que en muchas ocasiones, un trabajo autocrítico de reconocimiento de los propios intereses en juego del analista se ha echado en falta. Aquí los autores dan una razón de peso para su postura: los pacientes pueden siempre dar argumentos de que ellos saben mejor que nadie lo que les viene bien o mal, pero no pueden tener lo último que decir sobre lo que es bueno para su terapeuta.

La modificación cognitiva es el tercer procedimiento de resolución de problemas, veamos lo que dicen los autores. Para ellos, aunque se usan las clásicas técnicas de reestructuración cognitiva de Beck o Ellis, éstas no son predominantes en TCD, contrariamente al análisis de contingencia, que se usa sin interrupción. Además, sostienen que se da a los pacientes el mensaje de que es igualmente probable que se produzca una distorsión cognitiva a causa de la excitación emocional, como que se dé al revés, que la excitación emocional sea causa de la distorsión cognitiva. Señalan que la mayor parte de las veces lo que causa el sufrimiento son los eventos en extremo estresantes de su vida, y no que se distorsionen los eventos reales.

¿Qué vemos aquí? En primer lugar, siguiendo la expresión de los autores, TCD es un tratamiento mucho más conductual que cognitivo, pero nosotros también vemos que es más psicodinámico que cognitivo. Y esto porque 1) enfatizan los aspectos procedimentales más que los declarativos o simbólicos; pero, también 2) enfatizan más, quizá por la población a la que se dirigen -los pacientes límite- los factores emocionales como causas, sobre los factores cognitivos. Para Linehan, la causa más importante no estriba en un funcionamiento automático del psiquismo exento de motivación, que es la explicación primordial de la orientación cognitiva. Contrariamente, en TCD el factor motivacional está privilegiado por encima de cualquier otro, y en esto coinciden con el modelo psicoanalítico plenamente. Ellos ven como causa primaria del trastorno la búsqueda del sujeto de evitar el displacer que le causan las emociones tremendamente displacenteras y angustiosas, sin que por otro lado hayan desarrollado recursos para enfrentarse a su angustia y a sus necesidades con modos más constructivos y satisfactorios.

La técnica de la exposición

Por último, un cuarto procedimiento es lo que se conoce como exposición. Esta es una técnica conductual que, recordamos, consiste en exponer al paciente a las condiciones que le perturban pero para poder enfrentar la situación de una manera diferente desde el punto de

vista emocional. Un ejemplo de exposición es que un paciente fóbico a una situación (viajar en autobús, ir a un lugar, etc.) se "exponga" a esa situación, enfrentándola.

Las indicaciones de los autores en este apartado van en tres sentidos: 1) cuidar que no se refuerce la clave o señal que precede a la conducta problema, 2) obstaculizar las respuestas disfuncionales (por ejemplo, conseguir que un paciente se desprenda de medicamentos acumulados para no facilitar la sobredosis), 3) reforzar las conductas opuestas a la conducta disfuncional (si una conducta suicida está relacionada con sentimientos de vergüenza y dolor, reforzar al paciente para que hable de estos sentimientos). Estos procedimientos se usan a lo largo de toda la terapia, pero especialmente en el Estadio 2, y previamente se orienta al paciente sobre el sentido de la técnica y su dificultad. Además, se va enseñando al paciente a ir adquiriendo control sobre los hechos aversivos, de ahí que en TCD se cuida que el paciente vaya teniendo algún medio de finalizar la "exposición" (el enfrentamiento a lo que se teme, por haberse dado condicionamiento previo disfuncional) cuando las emociones sean muy fuertes. En el ejemplo de una paciente que está hablando de un tema que le está produciendo fuertes emociones dolorosas, como puede ser recordar el abuso sexual en su niñez, el paciente debe poder finalizar esa exposición al reencuentro con la memoria del acontecimiento de alguna manera previamente acordada en la terapia.

Estrategias estilísticas

Estas estrategias se refieren al estilo de comunicación. Se presentan dos estilos diferentes, contrapuestos, para aplicar en distintas ocasiones pero entre los que ha de haber equilibrio.

Con la comunicación recíproca se intenta colocar al terapeuta en una posición más cercana a la del paciente, de modo que se reduzca la diferencia de poder que conlleva la relación terapéutica. Los autores la comparan con el estilo de comunicación defendido por la terapia centrada en el paciente (Rogers, 1951). Es un estilo afectuoso, empático, cálido, que implica compromiso en la relación. Lo más interesante aquí es que conlleva la autorrevelación (algo similar ya fue propuesto por Kernberg, 1984). El terapeuta comunica al paciente sus reacciones inmediatas, personales, ante su conducta, por ejemplo "Cuando exiges calidez de mí, eso me empuja a alejarme y se me hace más difícil ser cálido". Estas declaraciones validan —en cuanto lo que tiene de la implicación afectiva que muestra la respuesta— y a la vez desafían, en tanto que muestran al paciente lo inapropiado de su conducta para conseguir lo que desea. Los autores la muestran como ejemplo de manejo de la contingencia, refiriéndose con esto a que son a la vez reforzadoras y castigadoras, y un ejemplo también de clarificación contingente, porque hacen que el paciente se de cuenta de los efectos inmediatos de su conducta interpersonal.

El otro estilo es la comunicación irreverente. Es la contrapartida del anterior, pues implica una dosis de humor, de ingenuidad, y de confrontación, usando la lógica para atrapar al paciente en la red de su propia actitud. Sirven para dar empuje a la terapia cuando la comunicación se estanca. Ejemplos dados para ilustrarla son: el paciente dice "voy a matarme, y el terapeuta responde "pensaba que estabas de acuerdo en no abandonar la terapia". Es un estilo que maneja la ironía, pero siempre con cuidado de que esta no sea agresiva. Otros ejemplos: el terapeuta puede decir "estás ida", o bien "no habrás creído ni por un momento que yo iba a pensar que era una buena idea, ¿no?".

Estrategias de dirección del caso

La primera estrategia de esta clase es la estrategia de ser asesor/a del paciente. Consiste en considerar que el terapeuta es un asesor del paciente. Esto implica que el terapeuta no interviene en el entorno (por ejemplo la familia) para que éste se ajuste al paciente, sino que asesora al paciente para que éste trate con aquél. Tampoco en el caso de que el terapeuta necesite asesoramiento de otros profesionales lo hace a espaldas del paciente, por el contrario, hace que el paciente esté presente e, incluso, organice la puesta en común.

Volvemos al ejemplo de Cindy, que ya mencionamos antes. Recordamos que es una mujer con intentos muy serios de suicidio y conductas autolesivas, como quemarse y cortarse, que la llevaban a ingresar en el hospital con mucha frecuencia. Linehan consideraba claro que había una contingencia entre la hospitalización y su conducta parasuicida que implicaba reforzamiento de esta última y por tanto estaba poniendo en peligro su vida, pero Cindy no estaba de acuerdo con esto y lo vivía como falta de comprensión por parte de la terapeuta. Lo que Linehan planteó fue una reunión con todo el equipo implicado en el tratamiento, (médicos, psicólogos, incluido el director de la compañía de seguros que coordinaba el pago de la terapia). Pero fue la propia Cindy quien organizó la reunión, quien efectuó cada llamada telefónica.

¿Qué tenemos que decir de este tipo de intervención? En cuanto a la negativa a asesorar directamente al entorno, no es algo nuevo para la técnica psicoanalítica, por el contrario en este campo es clásico trabajar así. Pero aquí los autores van más allá, considerando que cuando el terapeuta necesita consultar a otros terapeutas sobre cómo llevar la terapia –cosa que es frecuente en TCD- se considera bueno que el paciente esté presente, e incluso que tenga el máximo protagonismo. Esta intervención puede tener gran valor terapéutico especialmente con las personalidades límite, por lo que conlleva de transmisión al paciente de una visión de él como alguien digno de confianza, capaz de manejar o dirigir su propia vida, y sobre todo con control de los eventos que le atañen.

Sin embargo, una segunda estrategia es la de intervención en el entorno, que aunque no es predominante tampoco se rechaza cuando se considera necesario. Aquí la regla de los autores es que cuando los pacientes carecen de las habilidades necesarias, pero pueden recibir un daño importante si el terapeuta no interviene, éste lo hace.

Por último, la estrategia de supervisión/asesoramiento al terapeuta se considera crucial en TCD. El supervisor o equipo de consulta ayuda al terapeuta a mantener la relación terapéutica, a guardar el equilibrio. A veces será necesario mantener una posición fuerte (no dejarse manipular o no ceder cuando lo considerado terapéutico es mantener los límites fijados previamente), y otras veces por el contrario lo ayudará a acercarse emocionalmente al paciente.

COMENTARIO CRÍTICO

Lo primero que nos llama la atención de la aproximación de Linehan es la gran capacidad de integración de diferentes teorías psicopatológicas y de las diferentes técnicas psicoterapéuticas correspondientes. Reconocemos esto como un valor. Muestra una visión de

la realidad muy compleja, y la capacidad consecuente de abordarla en muy diversas direcciones. Posiblemente ahí radique la demostrada efectividad del tratamiento, y por tanto es algo digno de ser emulado. Y en el éxito de esta integración ha sido clave la visión dialéctica, que permite aproximarse más a la complejidad de lo real.

Algunas propuestas son más fáciles de asimilar desde un punto de vista psicoanalítico; otras, sin embargo chocan, no sólo con la filosofía sino también con las formas en que estamos acostumbrados a desarrollar nuestro trabajo. Por ejemplo, podríamos preguntarnos acerca de porqué un planteamiento de objetivos tan prefijado de antemano. En algún caso la respuesta es evidente, como el hecho de que lo primero a tratar deben ser las tendencias suicidas y parasuicidas del paciente. Pero pasando el Estadio 1, la progresión de temáticas a trabajar nos parece un tanto artificial, si bien está basada en las hipótesis psicopatológicas sobre el cuadro límite, se corre el riesgo de homogeneizar esta clase de pacientes frente a las muy diferentes historias personales y problemáticas vitales surgidas que puedan presentarse con este diagnóstico.

Otro aspecto que choca a la visión psicoanalítica tiene que ver con cuestiones más formales que esenciales. Se refiere al uso de técnicas que los autores llaman "estratégicas". Este es efectivamente un término muy usado por ellos, y hace referencia especialmente a sus estrategias dialécticas. Acostumbrados como estamos a la búsqueda de los sentimientos profundos, auténticos, tanto del paciente como del propio analista, hablar de estrategias no resulta agradable porque tiene connotaciones de manipulación. A veces no se trata sólo del término, sino de la técnica usada. Intervenciones como la de "abogado del diablo" en que la terapeuta provoca a la paciente, dan la sensación de manipulación porque se la hace reaccionar premeditadamente a expensas de su propia conciencia. Es una forma de trabajar que está muy lejos del ideal psicoanalítico de intervención a través de la toma de conciencia, con lo que esto implica de actitud ética de contar siempre con el otro como sujeto para dirigir su propio cambio (Strenger, 1991). Lo mismo puede decirse de la estrategia estilística de "comunicación irreverente". Sin embargo, tenemos que admitir que nosotros, especialmente desde que se ha asumido que el cambio va mucho más allá de hacer consciente lo inconsciente y tiene que ver con lo terapéutico de la relación misma, que ocurre en gran medida por vías procedimentales –es decir, cambio directo del inconsciente- también usamos técnicas que podríamos llamar estratégicas, como cuando hablamos de la mejor manera de decirle a un paciente algo de sí mismo, para que no active directamente mecanismos de defensa, o para que no ponga en marcha modos de reacción preexistentes y nada adaptativos (Ortiz, 2002). De manera que la distancia pudiera ser, en muchos casos, más ilusoria y terminológica que real.

El tercer punto a analizar es el más importante. Tiene que ver con uno de los casos que los autores exponen como ejemplo, el de Cindy, la gravísima paciente con severas conductas suicidas y autolesiones que era ingresada en el hospital con mucha frecuencia. Esta paciente, tras alcanzar un grado importante de mejoría (al año de la terapia su tendencia al suicidio remitió, no hubo ningún ingreso hospitalario por miedo al suicidio ni por lesiones en los últimos 8 meses), se había separado del marido, ya que éste dijo querer el divorcio por no poder soportar más la angustia del posible suicidio de ella. Aunque este hecho había provocado en Cindy intensos sentimientos de tristeza, angustia y rabia, ella pasó a vivir con una compañera de piso, y poco más tarde fue readmitida de nuevo en la facultad de medicina

(donde estaba estudiando, cuando el suicidio de un compañero la afectó hasta perder el sutil equilibrio que había conseguido en su vida). Un motivo importante para este reingreso era su deseo de intentar recuperar el amor y la atención de su marido. Durante el primer mes en que vivió en su casa sin él, Cindy tenía severas borracheras y comía muy poco, por lo que mantenerse sobria y conseguir una ingesta de comida razonable se volvió uno de los nuevos objetivos de la terapia, así como lo fue el ampliar la red social con la que contaba. Cuando fue disminuyendo la frecuencia de las crisis, se fue pasando poco a poco al Estadio 2, superponiéndolo con los objetivos descritos del Estadio 1, analizando las experiencias familiares de negligencia e invalidación que pudieran tener que ver con posteriores problemas de su vida.

Pero en este punto ocurrió un incidente trágico, que cambió el curso de la evolución. Cindy llamó por teléfono a su ex marido y descubrió que vivía con otra mujer. Esto acabó con su "esperanza no verbalizada" de que algún día pudieran volver a estar juntos. Llamó a su terapeuta por teléfono y se lo contó, llorando, diciendo que había estado bebiendo. La terapeuta la animó, hablaron de cómo podría ella vivir sin su marido, en palabras de los autores, utilizó técnicas de intervención en crisis para mantenerla durante esa tarde hasta que acudiera a la sesión el día siguiente. Su compañera de piso estaba en casa, se ofreció a hablar con ella, ver una película de TV juntas e ir a la cama después. Cindy dijo que aunque se sentía suicida, podía dejar de beber y no hacer nada autodestructivo hasta la cita del día siguiente. Se le ofreció que llamara otra vez más tarde si lo necesitaba. Pero Cindy fue encontrada muerta en su cama a la mañana siguiente por su compañera, por una sobredosis de la medicación que estaba tomando más alcohol.

Los autores analizan este terrible final en profundidad, viendo por una parte las implicaciones que un hecho así tiene para el terapeuta, para los compañeros del grupo del programa de tratamiento, y para el equipo en general. Y también analizan las causas de este final y si hubiera podido evitarse de algún modo. Hay por supuesto un análisis ético, con el que estamos totalmente de acuerdo, que concluye con la afirmación de que en último término, el paciente es el responsable de mantenerse con vida, y nadie puede ayudar a una persona a tolerar los terribles sufrimientos que la vida le acarrea hasta que su terapeuta le ayude a poder sentirse de otra manera, si la propia persona no está dispuesta.

Pero nos interesa especialmente un comentario que los autores aportan sobre los posibles caminos que pudieran haber provocado un desenlace diferente. Refiriéndose al tema de si la terapeuta podría haber sabido que existía riesgo de suicidio y así haber tomado medidas para evitarlo, dicen "Sólo (quizá) si la terapeuta hubiera puesto más atención en el desencadenante y menos en el afecto expresado al final de la llamada". Y continúan diciendo que al revisar las notas sobre la paciente, la terapeuta vio que cada intento letal estaba precedido por la creencia de la paciente de que la relación con su marido estaba inevitablemente acabada.

Lo que nos sugiere esto tiene relación con lo que anteriormente expusimos en el apartado sobre el análisis de conducta. En TCD se presta atención tanto a los fenómenos que precipitan el acto o la tendencia suicida, por un lado, como a las consecuencias que vienen después, por otro. Vimos que lo primero tiene más que ver con las motivaciones que se activan en el psiquismo de un sujeto y desencadenan el síntoma, mientras que lo segundo tiene que ver con

los fenómenos de contingencia entendidos según la orientación conductista, como refuerzo de la conducta. Pues bien, aquí los autores dan una importancia superior a lo segundo, que merma la importancia que dan a lo primero. Desde nuestra perspectiva, la función de la conducta como motivación previa tendría un peso causal mayor que la contingencia del refuerzo, en general pero especialmente para un acto tan grave y contrario a la autoconservación como es el suicidio. No olvidemos que Freud (1905) también contó con la contingencia del refuerzo concibiéndolo como beneficio secundario de la enfermedad, y lo consideró causa importante de mantenimiento del síntoma, pero no llegó a verlo como causa importante para su desarrollo. En esto, hasta ahora la posición psicoanalítica no ha cambiado. Desde el psicoanálisis se prestaría más atención a la detección de cuál es el tipo de ansiedad más importante de el paciente- en este caso, de abandono- que al posible beneficio secundario del síntoma que supone la hospitalización como modo de obtener un sentimiento de ser cuidada. Con esto por supuesto no queremos tener la prepotencia de decir que el trágico final se hubiera evitado, porque hay demasiadas variables en juego en el tema con que trabajamos como para pensar que podamos nunca controlar todos los hilos.

Para resumir, creemos que el abordaje creado por Linehan, una vez filtrado por el tamiz de nuestras perspectivas y planteamientos teóricos esenciales, puede ayudarnos a enriquecer nuestro trabajo, al ser un modelo en primer lugar de capacidad de integración, en segundo lugar de complejidad, y por último de pragmatismo, un valor incuestionable cuando se trata de enfermos tan frágiles como son los pacientes límite.

Bibliografía

- Freud, S. (1905), "Análisis fragmentario de una histeria", nota 504, adición de 1923. Obras completas, tomo I, Madrid: Biblioteca Nueva (tercera edición, 1973),
- Kenberg, O.F. (1984), Trastornos Graves de la Personalidad, Méjico: El Manual Moderno, 1987.
- Kernberg, O.F.; Stone, N.H.; Koenigsberg, H.W.; Diamond, D. y Yeomans, F.E. (2000), Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability, Basic Books.
- Killingmo, B. (1995), "Affirmation in psychoanalysis", International Journal of Psychoanalysis, vol. 76, pp. 503-517.
- Kohut, H. (1971), Análisis del self, Buenos Aires: Amorrortu (tercera edición, 1989).
- Lichtenberg, J. D. (1989), Psychoanalysis and Motivation, Hillsdale, NJ: The analytic Press.
- Morin, E. (1990), Introducción al pensamiento complejo, Barcelona: Gedisa, 1997.
- Ortiz, E. (2002), "Las palabras para decirlo. Un enfoque intersubjetivo de la comunicación en psicoterapia", Aperturas Psicoanalíticas nº 12, revista de psicoanálisis en Internet (www.aperturas.org).
- Pervin, L.A. (1996), La Ciencia de la Personalidad, Madrid: McGraw-Hill, 1998.

Rogers, C. R. (1951), *Psicoterapia centrada en el cliente*, Buenos Aires, Paidós, 1977.

Stern, D. N. (1985), *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Barcelona: Paidós, 1901.

Strenger, C. (1991), *Between hermeneutics and science: An essay on the epistemology of psychoanalysis*, Madison: Board, International Universities Press. (second printing, 1994).

Westen, D. y Gabbard, G.O. (2002), "Desarrollos en la neurociencia cognitiva: II. Implicaciones para las teorías de transferencia", *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 12, revista de psicoanálisis en Internet (www.aperturas.org).