

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 limítrofe

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](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)

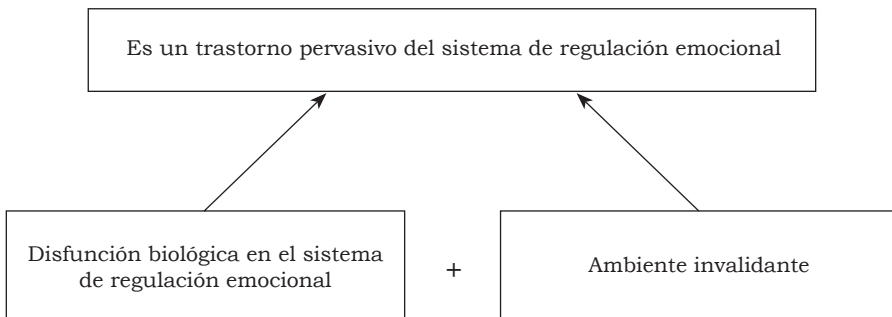
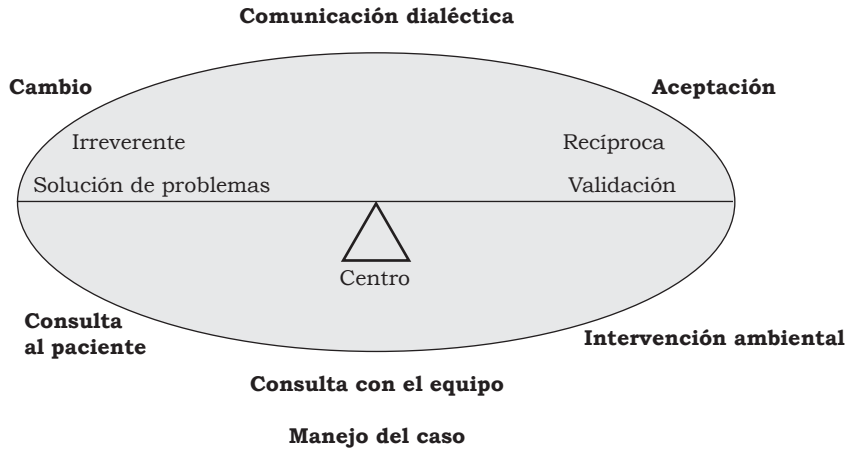


Figura 2. Estrategias de la TCD



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.

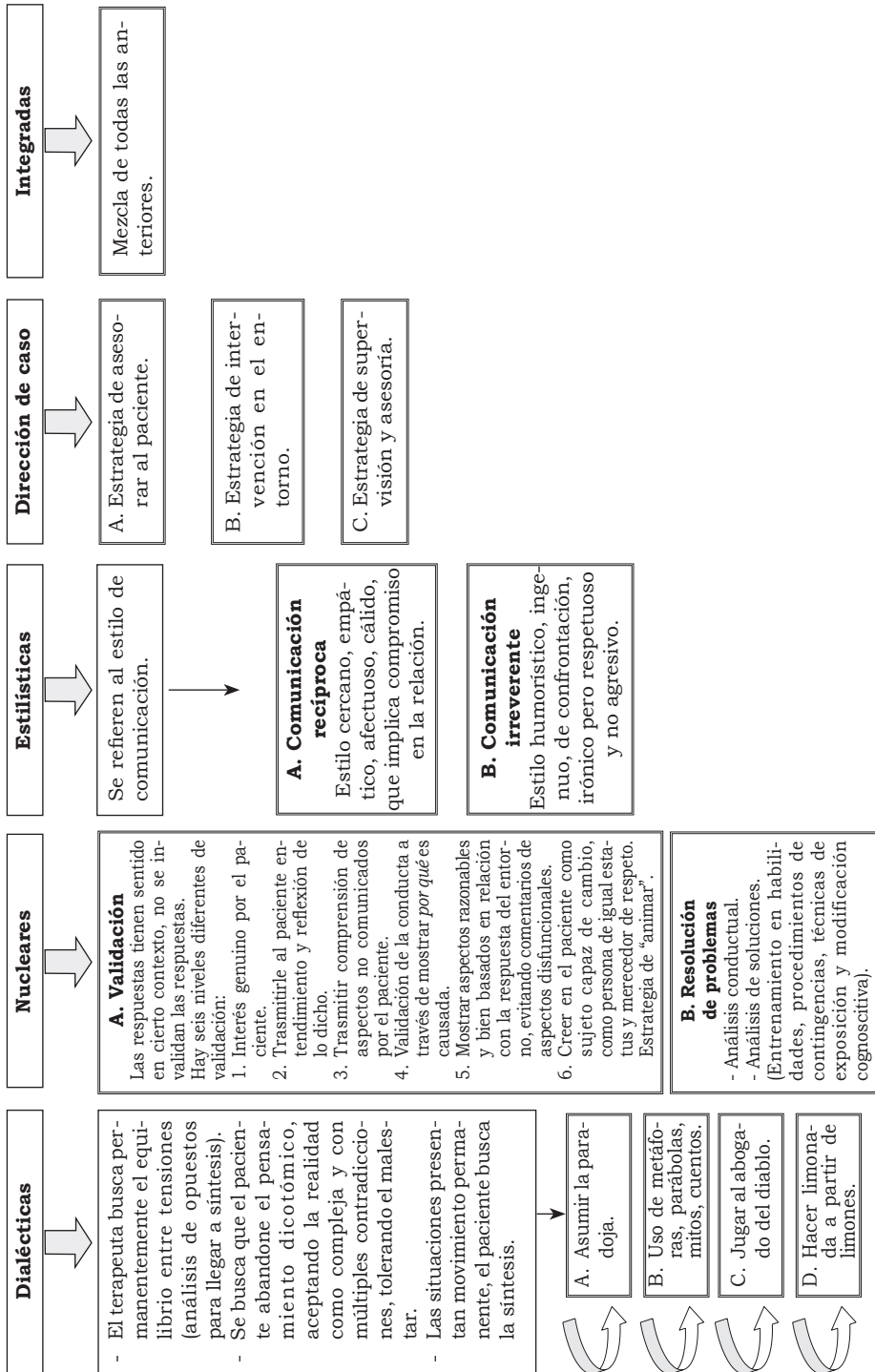
Las técnicas básicas de la TCC utilizadas por la TCD son el entrenamiento en habilidades, la terapia de exposición, la terapia cognoscitiva (con énfasis en la solución de problemas), y el manejo de contingencias.

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 moverse 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 dissociarse, 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

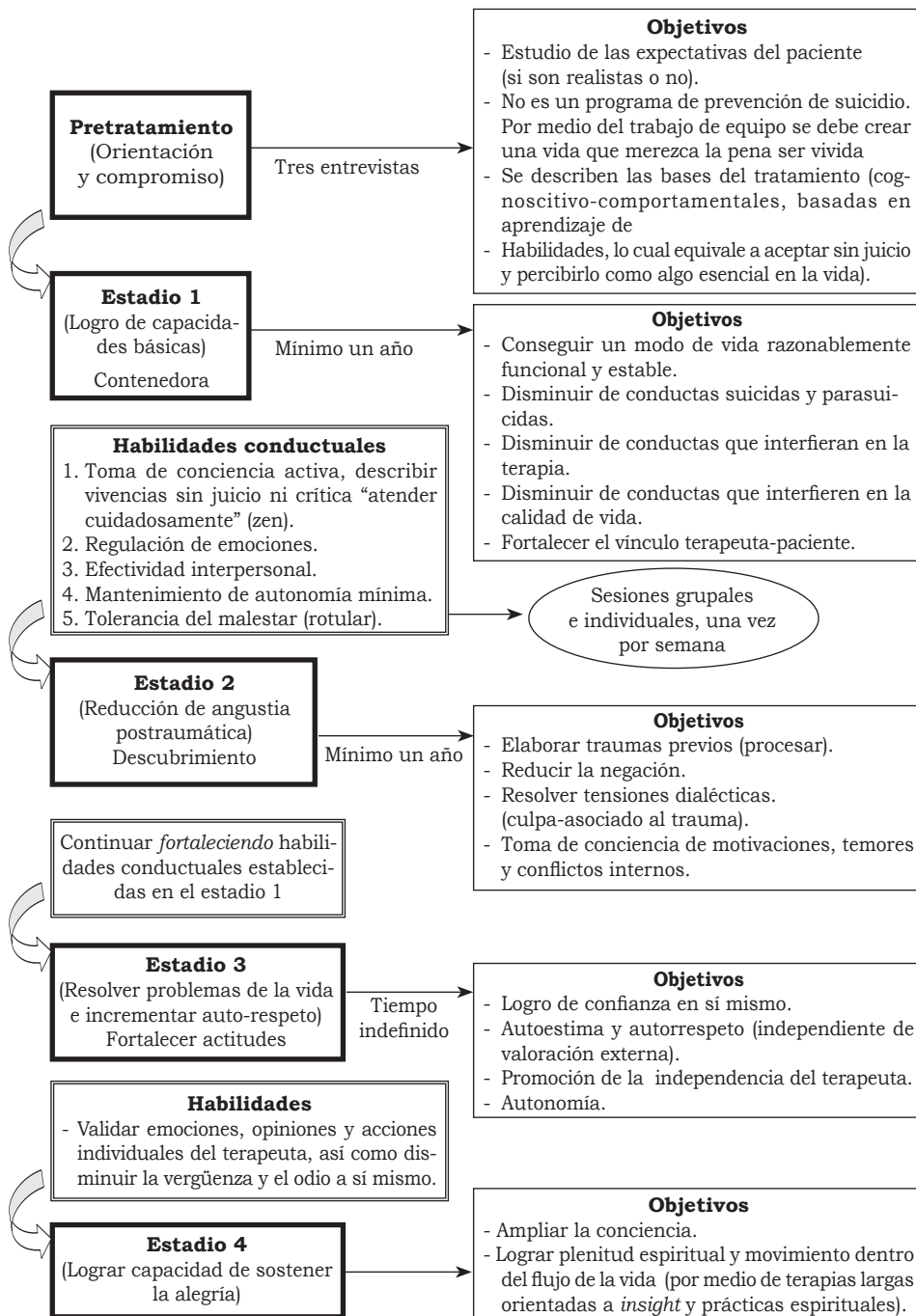
Dos estudios controlados (5,6) financiados con fondos del Instituto de Salud Mental y el Instituto Nacio-

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 auto daño 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