

LA TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Azucena García Palacios¹

RESUMEN: El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una inestabilidad persistente en áreas de funcionamiento fundamentales: la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos. Este patrón se ve reflejado en una serie de características entre las que se encuentran los esfuerzos por evitar un abandono real o imaginario; un patrón de relaciones interpersonales intensas y disfuncionales; una alteración de la identidad; una notable impulsividad que puede acarrear consecuencias potencialmente peligrosas; amenazas e intentos suicidas y conductas autolesivas recurrentes; inestabilidad afectiva relacionada con una elevada reactividad del estado de ánimo; ira inapropiada e intensa; y sentimientos crónicos de vacío. Este patrón de funcionamiento es altamente disfuncional y causa un gran malestar.

Pese a la gravedad de este trastorno, el desarrollo y puesta a prueba de estrategias de intervención eficaces para el mismo es escaso. Los logros terapéuticos son lentos y se producen abandonos y recaídas con mucha frecuencia.

En este artículo presentamos un programa de tratamiento para este trastorno. Se trata de la terapia dialéctico comportamental desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington en Estados Unidos.

El objetivo de este artículo es ofrecer una visión general de este programa de tratamiento. En primer lugar, describiremos brevemente la teoría dialéctica que sustenta el tratamiento, para posteriormente adentrarnos en el programa de tratamiento describiendo sus estrategias esenciales y la estructuración del mismo.

INTRODUCCIÓN

El DSM-IV (APA, 1994, 2000), incluye el trastorno límite de la personalidad entre los trastornos de personalidad y lo describe como *un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos* (p. 760).

Linehan (1993a) realiza una reorganización de los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), con lo que determina las áreas problemáticas más características de este trastorno de personalidad. Esas áreas son las siguientes: a) Disfunción emocional. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad manifiestan muchas dificultades en la regulación de sus emociones. Presentan una alta reactividad emocional y sufren episodios depresivos, irritabilidad, ira o ansiedad frecuentemente. Asimismo, presentan muchas dificultades en la modulación de sus emociones, reaccionan de forma intensa y les resulta muy difícil retor-

nar a la línea de base emocional; b) Disfunción interpersonal. Las relaciones interpersonales suelen ser intensas, cambiantes y caóticas. Les resulta muy difícil dar por terminada una relación y realizan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono; c) Disfunción comportamental. En esta área es importante destacar la impulsividad y las conductas suicidas que están ampliamente relacionadas (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 2000). Los comportamientos suicidas en estos pacientes comprenden un amplio rango de manifestaciones que van desde autolesiones en las que no se pone en peligro la vida (pequeños cortes, quemaduras etc.), hasta intentos graves de suicidio en los que la vida está en grave peligro (sobredosis, apuñalamiento, etc.). Las conductas suicidas en el paciente límite están muy relacionadas con la disfunción emocional que presentan, ya que, en muchas ocasiones, se llevan a cabo para aliviar el dolor emocional que sufren, lo que, asociado a la elevada impulsividad, hace que el riesgo de causar daños importantes a sí mismos sea muy elevado; d) Disfunción cognitiva. El

¹Universitat Jaume I. Castellón

pensamiento aparece alterado en estos pacientes. Una característica muy importante es un patrón de pensamiento dicotómico, siendo frecuente encontrar creencias e ideas dicotómicas. Otras alteraciones cognitivas que pueden aparecer de forma transitoria y como respuesta al estrés son disociación o delirios; e) Alteraciones de la identidad. Una última área problemática son los problemas respecto a la autoimagen. Parece que estos individuos no han podido formar un conjunto integrado de esquemas sobre sí mismos (Caballo, 2001a). Aquí se incluirían los sentimientos crónicos de vacío y la incertidumbre en relación a su autoconcepto, su identidad sexual, su imagen corporal u otros aspectos del sentido de sí mismo.

El trastorno límite de la personalidad presenta una prevalencia vital de entre un 1 y un 3% en la población general (Widiger y Weissman, 1991, APA, 2000). En la población psiquiátrica, los datos hablan de un 10-11% de trastorno límite de la personalidad entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios y de en torno al 20% entre los pacientes hospitalizados. Entre los trastornos de personalidad, se estima que alrededor del 30% de los pacientes ambulatorios y el 60% de los hospitalizados cumplen criterios de trastorno límite de la personalidad (APA, 2000, Widiger y Frances, 1989). Presenta un alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, problemas relacionados con sustancias, trastornos alimentarios, trastorno de estrés postraumático y trastorno por déficit de atención por hiperactividad. También presenta comorbilidad con otros trastornos de personalidad (APA, 2000). Las conductas autolesivas y los intensos de suicidio son frecuentes en la población con trastorno de personalidad límite. Entre un 70 y 75% presentan una historia de al menos un acto de autolesión (Cowdry, Picar y Davis, 1985). Las tasas de suicidio son elevadas, estimándose en un 8-10% de los casos (APA, 2000).

Pese a la gravedad de este trastorno y a las consecuencias potencialmente dañinas, el desarrollo y puesta a prueba de estrategias de intervención eficaces para el mismo es escaso. Los logros terapéuticos son lentos y se producen abandonos y recaídas con mucha frecuencia. Estas razones son las que han impulsado el estudio, en los últimos años, del abordaje de este trastorno. Existen algunas aproximaciones terapéuticas a este problema (ver Caballo, 2001b para una revisión). El objetivo de este trabajo es presentar un programa

de tratamiento cognitivo-comportamental para este trastorno. Se trata de la terapia dialéctica comportamental desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington en Estados Unidos. Una descripción exhaustiva de su conceptualización y programa de tratamiento puede encontrarse en sus Linehan libros publicados en 1993, uno de ellos traducidos al español recientemente (ver bibliografía).

2. Teoría dialéctica del trastorno límite de la personalidad.

El enfoque teórico de Linehan sobre el trastorno límite de la personalidad supone una aproximación biosocial (Linehan, 1993). Su modelo propone la interacción entre influencias biológicas e influencias del aprendizaje social, de forma similar al enfoque biosocial de Millon (1987). Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para entender el trastorno. Linehan se refiere al enfoque filosófico que se ha reflejado en la teoría socioeconómica de Marx y Engels (1970), la teoría de la evolución científica de Khun (1970), o las teorías evolucionistas (Levins y Lewontin, 1985), entre otras. La adopción de este enfoque en el estudio del trastorno límite de la personalidad fue resultado de la experiencia clínica de Linehan con la población de pacientes límite al aplicar técnicas cognitivo-comportamentales. En la aplicación de estas técnicas, Linehan y su equipo observaron que, además de las técnicas cognitivo-comportamentales clásicas, era necesario aplicar otras estrategias, entre las que se incluían un énfasis en la aceptación más que en el cambio, exagerar las conclusiones absolutistas hasta caer en el absurdo, y una alternancia entre un estilo terapéutico confortador y un estilo irreverente y confrontador.

Estas técnicas, según Linehan, tenían que ver con un enfoque dialéctico con las siguientes características. En primer lugar, el principio de *interrelación y globalidad*. El análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. En segundo lugar se encuentra el principio de *polaridad*. La realidad se compone de fuerzas opuestas, tesis y antítesis, de cuya integración o síntesis se origina un nuevo *set* de fuerzas opuestas. El último principio es el de *cambio continuo*. La realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la síntesis.

sis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo. El trastorno límite de la personalidad puede entenderse como un fracaso dialéctico. Una de sus características es que mantienen posiciones rígidas y contradictorias (tesis y antítesis) y son incapaces de integrar distintas posiciones. Esta dicotomía en sus cogniciones, en el área afectiva, en sus relaciones interpersonales, es inamovible, lo que podría ayudar a entender su malestar emocional intenso. Podemos ver aquí un fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo de la teoría dialéctica. Otra característica de los pacientes límite son sus problemas de identidad. Experimentan sensaciones crónicas de vacío, se sienten separados del entorno y de los demás. Desde una perspectiva dialéctica, estamos frente a un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límite no se sienten parte del todo, ni son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano como la familia, los amigos, la pareja, etc.

En resumen, según esta perspectiva dialéctica los pacientes límites presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. La terapia dialéctico comportamental tiene entre sus objetivos la resolución o integración de dichos patrones opuestos.

Además de esta perspectiva dialéctica el modelo asume una aproximación biosocial desde la que el trastorno límite de la personalidad se conceptualiza como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. La disfunción en la regulación emocional se traduce en una alta vulnerabilidad emocional que se refiere a que el individuo presenta una alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, es decir, tiene un umbral muy bajo para reaccionar emocionalmente. Además de ese bajo umbral, presentan una tendencia a experimentar emociones intensas. Es decir, no sienten vergüenza, sienten humillación, no sienten enfado sino ira intensa, etc. Por último, una vez se encuentran en ese estado de intensa emoción, resulta muy difícil volver a su línea de base emocional. Este hecho tendría que ver con las teorías cognitivas de la emoción (p.ej., Bower, 1981) que señalan que la emoción tiene un efecto sobre los procesos cognitivos. Por ejemplo, a mayor intensidad emocional, se estrecha el foco atencional, con lo que los

estímulos que provocaron la emoción se vuelven más salientes, con lo que se hace más difícil no fijarse en ellos, lo que provoca una retroalimentación de la emoción.

Las dificultades en la modulación emocional están relacionadas con esa alta reactividad. Gottman y Katz (1990) enumeran las habilidades que nos permiten modular las emociones. En primer lugar, la capacidad de inhibir conductas inapropiadas relacionadas con alto afecto positivo o negativo. En segundo lugar, la habilidad para regular la activación fisiológica asociada a las emociones. En tercer lugar, ser capaces de refocalizar la atención en presencia de afecto intenso; y, en cuarto lugar, ser capaces de utilizar estrategias para realizar acciones al servicio de una meta externa no dependiente del estado de ánimo. Los pacientes límite presentan un déficit importante en habilidades de regulación emocional. Pese a que experimentan emociones muy intensas, suelen tener muchas dificultades en identificar y, sobre todo etiquetar las emociones. Las emociones son tan aversivas para estos pacientes que, como estrategia para afrontar las crisis emocionales muchas veces optan por la evitación de las mismas. Una de las consecuencias de la evitación, como sabemos por el estudio de los trastornos de ansiedad, es que al no enfrentarnos a lo que tememos, por una parte, el temor persiste y, por otro no nos permitimos conocer lo que tememos. El problema con los afectos es que para poderlos modular es necesario identificarlos, etiquetarlos y conocerlos. La evitación emocional produce en muchas ocasiones un desconocimiento de las propias emociones. Nos encontramos con frecuencia que los pacientes límite, pese a sus intensas manifestaciones emocionales, presentan un amplio grado de "analfabetismo" respecto a sus afectos. En resumen, el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una gran vulnerabilidad emocional que se traduce en un umbral emocional bajo, falta de habilidades en la modulación emocional, tendencia a sentir los afectos de forma intensa y dificultades en el regreso a la línea de base emocional.

El otro aspecto importante de la teoría de Linehan es el ambiente invalidante, referido, fundamentalmente, a patrones de crianza que no validan las expresiones emocionales de un niño vulnerable. La característica fundamental de este tipo de ambiente es que emite respuestas erráticas, inapropiadas o no contingentes a la

comunicación de las emociones y experiencias íntimas. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción y análisis de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. Suelen ser ambientes intolerantes a la expresión de afecto negativo y dan mucha importancia a hacer ver que todo va bien, que uno si quiere puede controlar sus emociones, que hay que tener una actitud positiva. Si eso no se cumple, reacciona con críticas, desaprobación y exigencias respecto a cambiar ese patrón.

El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. Una primera consecuencia es que el ambiente no enseña al niño a etiquetar sus experiencias íntimas ni a modular la expresión emocional. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le dice que se controle, que no está bien la manera en que expresa sus afectos, que no sabe reaccionar ante los acontecimientos. Es decir, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. Linehan (1993a) lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales. Además, el ambiente sobresimplifica la facilidad de resolver los problemas vitales. Mensajes como “si se quiere, uno puede controlarse” favorecen que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar. En tercer lugar, en un ambiente de esas características, muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza de forma intermitente, las expresiones emocionales muy extremas. Esto hace que el niño aprenda a oscilar entre la inhibición emocional y estados emocionales extremos. Por último, el niño no aprende a confiar en sus propias emociones como respuesta a interpretaciones correctas de acontecimientos personales ya que el ambiente le dice que se equivoca y el individuo acaba invalidando sus propias emociones. En un niño con alta vulnerabilidad emocional este ambiente crea una competición continua entre lo que el ambiente dice y lo que él siente, lo que lleva a un estado de frustración y culpabilidad por no ser capaz de cumplir las expectativas del ambiente.

Como conclusión podemos decir que el modelo de Linehan se fundamenta en la relación entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante como mecanismo clave para el desarrollo de un trastorno límite de la personalidad. Esta interacción produce una inestabilidad emocional, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, cognitiva y de identidad constituyen intentos por controlar la emoción o por conseguir el apoyo del ambiente. La inestabilidad emocional es el problema que el individuo quiere resolver y, los intentos de solución se convierten en la fuente de sus problemas. Las conductas límite, por ejemplo, las conductas autolesivas, son en muchas ocasiones intentos desadaptativos de regular el afecto intenso.

La terapia dialéctico comportamental se fundamenta en esta perspectiva biosocial del trastorno límite de la personalidad. El objetivo fundamental es reconocer y validar la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes y proporcionar las habilidades necesarias para la regulación de las emociones, lo que repercutirá en mejoras en el manejo de las relaciones interpersonales, el control de conductas impulsivas o desadaptativas, la flexibilización de los pensamientos y creencias y el afianzamiento de un sentido de la identidad personal. A continuación nos centraremos en la descripción y análisis del programa de tratamiento.

3. Terapia dialéctico comportamental

Los objetivos fundamentales de la terapia dialéctico comportamental son, por una parte, que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y, por otra, que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y actividades. El aspecto más innovador de la terapia de Linehan para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad es un cambio en el enfoque de la terapia. La terapia cognitivo-comportamental tradicional se centra en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Según el modelo de esta autora, los individuos con este trastorno han sufrido la invalidación por parte del ambiente, recibiendo el mensaje de que su

forma de pensar, comportarse y sentir es errónea y que tienen que cambiar. Cuando se presenta un tratamiento cognitivo-comportamental a este tipo de pacientes se corre el riesgo de que interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente. Le transmitimos que algo funciona mal en ellos y que la terapia sirve para cambiarlo. Esto puede causar frustración, bajas expectativas de cambio y adoptar una actitud defensiva respecto a la terapia. Es lo que llevan intentando hacer todas sus vidas, cambiar, pero no les da resultado. La experiencia en el tratamiento de estos pacientes llevó a la Dra. Linehan a enfatizar, como primer paso, la aceptación de los problemas emocionales del paciente y de la validación de sus capacidades, para, a partir de ahí conseguir el cambio. Se trata de crear un contexto de validación, es decir, reconocer y validar las capacidades, creencias, emociones y recursos que posee el paciente y, a partir de ahí, cambiar los aspectos desadaptativos que convierten su vida en un caos. Linehan considera que el cambio terapéutico sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación, por lo que otorga a este aspecto un papel fundamental en su programa de tratamiento.

Por otro lado, no hay que confundir la aceptación y la validación con una excesiva permisividad o una actitud paternalista hacia el paciente. Se trata de transmitir al paciente que su patrón de funcionamiento obedece a un problema emocional importante y que las conductas límite constituyen intentos de solucionar el problema por parte del individuo. Sin embargo, esto no es suficiente. Ese patrón está causando dolor al individuo y a su entorno y hay que dar pasos para aprender a modular las emociones, controlar la impulsividad, etc. Esto sólo es posible con la colaboración activa del paciente.

Adentrándonos ya en el programa de tratamiento, Linehan plantea una serie de aspectos generales que describimos a continuación:

1) Preparando el escenario

Los objetivos fundamentales de este primer estadio son comunes a cualquier psicoterapia, es decir, por un lado establecer las metas y orientar al paciente hacia la terapia, y, por otro, establecer la relación terapéutica. Las metas pueden variar de acuerdo a cada caso concreto, aunque la terapia dialéctico comportamental señala las más importantes: a) Reducción de conduc-

tas suicidas y parasuicidas; b) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia; c) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente; d) Incrementar habilidades comportamentales; e) Resolver estrés-postraumático; d) Lograr autovalidación y respeto por uno mismo.

En este periodo de pre-tratamiento es importante hacer explícitos una serie de acuerdos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta. En primer lugar se establece un compromiso de asistir a terapia durante un año que puede renovarse anualmente. Al final del año se evalúa el progreso y se discute si continuar o no. Asimismo se establece un compromiso de asistencia a las sesiones. Si se falta a más de cuatro sesiones seguidas sin una causa justificada, se da por terminada la terapia hasta la finalización del contrato (un año), momento en el que se volverá a negociar la admisión. También se establecen compromisos sobre las metas del tratamiento: conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia o en la calidad de vida del paciente y entrenamiento en habilidades.

El incumplir los compromisos es una característica de los individuos con trastorno límite de la personalidad, por lo que se asume con ellos cierta flexibilidad, en el sentido que se le avisa con tiempo y de forma explícita que están incumpliendo los acuerdos para darles la oportunidad de rectificar. Sin embargo, si aún con esa flexibilidad no se cumplen los compromisos se da por terminada la terapia hasta una nueva y posible renovación del contrato terapéutico. A mi entender ésta es una de los aspectos que pueden resultar más beneficiosos en la terapia dialéctico comportamental, el hacer explícitos de una forma muy clara los límites de la terapia, desde un principio y durante el desarrollo de la misma.

Por otra parte, el terapeuta también se compromete a realizar esfuerzos razonables y posibles en su labor profesional. Sin embargo, es necesario dejar claro que la misión del terapeuta no es "salvar" al paciente, ni solucionar sus problemas ni evitar que intente suicidarse. Es decir, como afirma Linehan, el terapeuta puede mostrar el camino, pero no caminar con el paciente. Es importante abordar cuáles son las expectativas del paciente con respecto a la labor del terapeuta porque, al igual que las expectativas que tienen sobre otras personas de su entorno, suelen ser excesivas y poco realistas. El terapeuta se compromete también a

TEMES D'ESTUDI

LA TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
AZUCENA GARCÍA PALACIOS

asistir a las sesiones, atender las llamadas telefónicas acordadas y asistir a las sesiones clínicas. Asimismo, manifiesta acatar sus obligaciones éticas, como la confidencialidad y el respeto por el paciente..

Por último, los terapeutas del equipo también se comprometen a realizar consultas en las sesiones clínicas y a mantener informado al paciente sobre las mismas. Asimismo acuerdan ser constantes y congruentes en la terapia, identificar y reconocer sus limitaciones y ser empáticos.

2) *Aplicar las estrategias esenciales.*

En el tratamiento dialéctico comportamental las estrategias básicas son la validación y la solución de problemas. Ya hemos comentado las estrategias de validación que se centran, por una parte, en que el terapeuta encuentre y reconozca el valor de capacidades, emociones, creencias, actitudes y otras experiencias adaptativas del paciente y transmita comprensión hacia las estrategias desadaptativas que constituyen las conductas límite. Por otra parte, se refiere a que el terapeuta crea en las posibilidades del paciente para salir del caos que constituye su vida a través de la terapia. La solución de problemas constituye la técnica de cambio básica del tratamiento. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales importantes de la persona. Se analiza de forma conductual dicho problema, describiendo las áreas problemáticas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia una posible solución, la terapia. Se pacta un compromiso para involucrarse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma de solución, ya que otras formas no han sido eficaces o tienen más consecuencias negativas que positivas. Por último, se aplica el tratamiento.

Además de estos dos tipos de estrategias básicas, se utilizan otras muchas estrategias en función de los problemas que presente el paciente. Por ejemplo, se evalúa qué habilidades tiene el paciente en su repertorio conductual y qué habilidades hay que entrenar. Dependiendo de las necesidades, se programa el entrenamiento de hasta cuatro tipos de habilidades: habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales.

También nos podemos encontrar con que los pacientes posean habilidades adaptativas pero estas estén

inhibidas por sentimientos de culpa o por temor excesivos, o por el mantenimiento de creencias irracionales. En estos casos se utilizan técnicas de exposición y de reestructuración cognitiva.

Asimismo, es muy común encontrar patrones de contingencias que pueden estar manteniendo las conductas límite. Por ejemplo, éstas pueden ser el resultado de un ambiente que ha castigado conductas adaptativas, o que ha reforzado conductas desadaptativas. Se aplica entonces el entrenamiento en procedimientos de manejo de contingencias.

3) *Equilibrar estilos de comunicación interpersonal.*

Linehan propone combinar lo que ella denomina un estilo "recíproco" con un estilo "irreverente" en la comunicación con el paciente. Vemos aquí de nuevo la influencia de la perspectiva dialéctica. El estilo recíproco consiste en manifestar empatía y calidez hacia las experiencias que nos comunica el paciente. El estilo irreverente es el propio de las tácticas paradójicas. Se trata de llevar argumentos que plantea el paciente al absurdo, hacer de abogado del diablo, etc.

4) *Combinar la terapia con el paciente con intervenciones en el ambiente.*

El objetivo de la terapia dialéctico comportamental es que el paciente pueda llegar a ser capaz de resolver los problemas vitales por sí mismo. Sin embargo, en muchas ocasiones la relación del paciente con el ambiente ha llegado a ser tan problemática que el terapeuta debe realizar también intervenciones en el entorno para que el paciente pueda aplicar las estrategias que va adquiriendo en la terapia. Por ejemplo, es posible que los familiares no sean receptivos a los cambios del paciente porque ya no confían en que pueda cambiar o interpretan su nuevo comportamiento como estrategias de manipulación y se ponen a la defensiva. Es común que se invite a los familiares a asistir a los grupos de entrenamiento en habilidades para que sean conscientes de que se están produciendo cambios adaptativos y puedan reaccionar a ellos favoreciendo la consolidación de esos cambios.

5) *Tratar al terapeuta.*

El patrón de funcionamiento de los pacientes límite es desadaptativo en general y esto se refleja en la rela-

TEMES D'ESTUDI

LA TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
AZUCENA GARCÍA PALACIOS

ción terapéutica lo que convierte el tratamiento de estos pacientes en una tarea compleja. Los compromisos adquiridos se rompen con frecuencia, se producen abandonos e intentos de manipulación. Linehan recomienda que los casos se lleven en equipo por medio de sesiones clínicas, supervisión del terapeuta y consulta de casos.

Otro aspecto atractivo de la terapia dialéctico comportamental es los distintos formatos de aplicación que utiliza. Estos formatos se complementan entre sí lo que proporciona un apoyo terapéutico muy completo a los pacientes. El modo de aplicación básico es la terapia individual. A cada paciente se le asigna un terapeuta que será el que lleve a cabo el diseño y aplicación del tratamiento completo. La terapia consiste en sesiones con periodicidad semanal con una duración de entre 50 y 60 minutos y en algunas ocasiones, según las técnicas que se estén entrenando pueden llegar a 90 o 110 minutos. Como complemento a la terapia individual se lleva a cabo terapia grupal con el objetivo de entrenar en habilidades (toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades sociales). El entrenamiento consta de 8 sesiones, a razón de una por semana con una duración

de 2 horas y media. El grupo consta de 6 a 8 pacientes y de 2 terapeutas. Después de haber finalizado el entrenamiento en habilidades en grupo el paciente tiene la posibilidad, al mismo tiempo que continúa con la terapia individual de unirse a grupos de apoyo formados por otros pacientes con el fin de seguir practicando e integrando las habilidades adquiridas y fomentar actividades que aumenten la calidad de vida. Por otro lado, se establecen también consultas telefónicas. El objetivo de las consultas telefónicas es disponer de un recurso para reducir el riesgo de conductas suicidas, incrementar la generalización de habilidades comportamentales y reducir sentimientos de distancia o confrontación con el terapeuta.

Las sesiones clínicas se consideran un modo más del programa de tratamiento. En ellas cada miembro del equipo terapéutico recibe supervisión y recomendaciones por parte de los demás miembros y se toman decisiones sobre el desarrollo de la terapia.

Por último, a veces es necesaria la utilización de tratamientos auxiliares, según la problemática que presente el paciente. Los tratamientos farmacológicos son frecuentes. En ocasiones se requiere hospitalización o la asistencia a centros de día, así como el tratamiento de problemas asociados como por ejemplo adicciones,

Tabla 1: Estructura del tratamiento dialéctico comportamental

Pretratamiento	Establecimiento de metas terapéuticas
	Establecimiento de la relación terapéutica
	Acuerdos entre paciente y terapeuta
Fase 1 (un año)	Reducción conductas suicidas
	Reducción conductas que interfieren en la terapia
	Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida
	Incremento de habilidades comportamentales: toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar, habilidades sociales.
Fase 2	Tratamiento del estrés postraumático
Fase 3	Incrementar el respeto por uno mismo
	Logro de metas individuales

TEMES D'ESTUDI

LA TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
AZUCENA GARCÍA PALACIOS

trastornos alimentarios, problemas de pareja o asesoramiento vocacional.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos que hemos comentado, la estructura de la terapia dialéctico comportamental se establece en una fase de pretratamiento y tres fases de tratamiento (ver tabla 1).

El pretratamiento está dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia, es decir, el establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos.

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

La segunda fase del tratamiento no tiene una duración determinada y está destinada al tratamiento del estrés postraumático. Una de las características de estos pacientes es la dificultad en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas. Además, es posible encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes como abusos sexuales o maltrato. Esas dificultades se traducen en muchas ocasiones en la aparición de trastorno de estrés postraumático. Por ello, la terapia dialéctica dedica una fase del programa al tratamiento de este aspecto. Las intervenciones que se utilizan para ello son técnicas cognitivo-comportamentales como la diseñada por Foa y Rothbaum (1998). Asimismo, en esta fase se siguen consolidando las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes pueden asistir a grupos de autoayuda.

La tercera fase se podría considerar como un componente de prevención de recaídas. En ella un objetivo importante es que el paciente vaya consolidando el respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias, es decir, que confíe en sí mismo y en sus capacidades. En ese momento el paciente ya ha experimentado una mejoría considerable y es capaz de funcionar de una forma más adaptativa, controlando la modulación del afecto y la impulsividad y relacionándose de forma más adecuada con los demás. También es el momento de hacer planes de una forma

realista con respecto a sus vidas en distintas áreas como el trabajo, los estudios, la relación familiar o de pareja, etc.

Las estrategias que se utilizan en la terapia dialéctico comportamental son numerosas y su descripción excedería los objetivos de este artículo. De todas ellas nos centraremos brevemente en el entrenamiento en habilidades, por constituir uno de los objetivos terapéuticos más importante de este programa de tratamiento.

Los individuos que sufren un trastorno límite de la personalidad presentan un déficit importante en destrezas de modulación emocional, cognitiva y comportamental y en habilidades sociales. La meta principal del entrenamiento en habilidades comportamentales consiste en aprender y aplicar en la vida diaria habilidades con el fin de mejorar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida de los pacientes límite.

El entrenamiento en habilidades comportamentales se lleva a cabo durante la primera fase del tratamiento y se realiza utilizando dos formatos: el grupo, en el que se entrena y se practican las habilidades, y el tratamiento individual en el que se practican las destrezas y se generalizan a la vida de los pacientes.

Es importante señalar que una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas. Esto resulta comprensible debido a la inestabilidad emocional que sufren, que interfiere en el proceso de aprendizaje. Por esta razón, es recomendable que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización de las destrezas adquiridas, meta de todo entrenamiento en habilidades.

Como ya hemos comentado, el grupo de terapia se compone de entre 6 a 8 pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de unas 2 horas y media. El entrenamiento grupal consta de 8 sesiones. En la tabla número 2 se presenta un resumen de la estructura del entrenamiento. Al mismo tiempo, el paciente practica con su terapeuta individual y aplica las destrezas que va aprendiendo a los acontecimientos de su vida cotidiana.

(Ver tabla 2)

Tabla 2: Metas del entrenamiento en habilidades comportamentales

Reducir:	Aumentar:
Caos interpersonal	Aceptación:
Labilidad emocional	Habilidades de toma de conciencia
Impulsividad	Habilidades de tolerancia del malestar
Disfunción cognitiva	Cambio:
Confusión sobre la identidad	Habilidades sociales
	Habilidades de regulación emocional

La primera sesión del entrenamiento está destinada a la presentación de cada uno de los miembros del grupo y de sus problemas, a describir las estrategias que se van a aprender en el grupo, incluyendo la explicación de la base lógica de las mismas y a establecer las normas de funcionamiento del grupo. Las normas hacen referencia por una parte, a aspectos generales de la terapia de grupo como la asistencia a las sesiones, la puntualidad o el mantenimiento de la confidencialidad de la información que los pacientes dan al grupo, y, por otra, a aspectos que son más específicos en el tratamiento de los pacientes límite, como no acudir a las sesiones bajo el efecto de alcohol o drogas, no discutir con otros pacientes conductas suicidas fuera de las sesiones, tratar en el grupo los problemas de relación que surjan entre los participantes y no acudir al mismo grupo de terapia pacientes que mantengan una relación de pareja.

Las siguientes sesiones se dedican al aprendizaje y puesta en práctica de los distintos tipos de habilidades. Las habilidades de toma de conciencia y las destrezas de tolerancia del malestar son técnicas que favorecen la aceptación y la validación de los propios sentimientos, pensamientos y conductas. Las habilidades sociales y las habilidades de regulación emocional son estrategias para lograr el cambio en dos áreas problemáticas importantes del trastorno límite de la personalidad, las relaciones interpersonales y la modulación de las emociones. A continuación describiremos brevemente estas estrategias terapéuticas.

Las *habilidades de toma de conciencia* están basadas en la filosofía oriental Zen. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar control de sus

mentes y no que sus mentes les controlen. Se trata de adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas de forma impulsiva y dependientes del estado de ánimo. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, reemplazar los comportamientos disfuncionales por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más beneficiosas.

Estas destrezas se dividen en dos tipos de estrategias. Las técnicas “Qué” y las técnicas “Como”. Las técnicas “Qué” incluyen el aprendizaje de observar, describir y participar de nuestras experiencias. La meta es desarrollar una actitud de participar con conciencia de nuestras experiencias. Las técnicas “Cómo” se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias “Qué”. Observar, describir y participar, ¿cómo?: sin juzgar y experimentando los acontecimientos de uno en uno, participando activamente primero de uno y luego del siguiente, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiar lo que nos traiga problemas.

Las estrategias de toma de conciencia se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias. Por ejemplo, para practicar tácticas de regulación emocional se empieza por la observación, descripción y participación en las emociones.

Quizás las técnicas que reflejan mejor las estrategias de aceptación en el entrenamiento en habilidades son las *tácticas de tolerancia del malestar*. El tratamiento

dialéctico comportamental da mucha importancia a encontrar significado también en el sufrimiento. Las razones que esgrime para ello son, por una parte, que éste forma parte de nuestras vidas y no nos podemos deshacer de él; la incapacidad de aceptar este hecho lleva invariablemente a mayor sufrimiento. Por otra parte, y lo que es muy importante en el caso de los pacientes límite, tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que me permitan sufrir menos. Si niego el malestar, o lo inhibo, o lo evito, no puedo conocerlo, ni conocer los factores asociados a él, y, por tanto, no puedo cambiarlo. La meta de estas técnicas es ser capaz de tolerar lo que está ocurriendo en aquellas ocasiones en las que es muy difícil que la situación cambie en ese momento. La idea básica es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor. Se trata de afrontar situaciones de crisis y poder sobreponerse a las emociones. Con estas tácticas no se consigue solucionar problemas vitales, pero nos permiten no empeorar una situación dada. Las tácticas de tolerancia del malestar se incluyen cuatro tipos de técnicas: Tácticas de distracción, confortarse a sí mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras.

El tratamiento de las emociones es un objetivo primordial de la terapia dialéctico comportamental, que se refleja en el componente de regulación emocional del entrenamiento en habilidades. Los objetivos de este módulo son los siguientes:

1. Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir la situación, la interpretación, la emoción y sus consecuencias. Aquí se aplican las técnicas de toma de conciencia con el fin de romper mecanismos de evitación emocional. El módulo incluye psicoeducación sobre qué son las emociones, se analizan los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se propone un modelo de las emociones que ayuda a discriminar lo que ocurre cuando se experimenta una emoción, y por tanto, a conocerlas.
2. Identificar obstáculos para el cambio emocional, analizando las contingencias que refuerzan ciertas emociones.
3. Reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables.

4. Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras.

El módulo de habilidades de regulación emocional constituye, a mi entender, una de las aportaciones más relevantes de la Dra. Linehan al tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ya que incide de forma directa en el tratamiento de las emociones, que constituye el área más problemática de este trastorno.

El último módulo del entrenamiento en destrezas comportamentales lo constituye el componente de habilidades sociales. El entrenamiento en estas estrategias es similar a cualquier programa de habilidades sociales de orientación cognitivo-comportamental. Las técnicas que se aprenden incluyen tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando solución de problemas. La experiencia de Linehan con estos pacientes es que suelen poseer buenas habilidades sociales. El problema estriba en que han creado expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones sociales. El entrenamiento está dirigido a retar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre su entorno, sus relaciones sociales y sobre ellos mismos. Específicamente se trabaja en ocuparse de las relaciones con los demás, equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir respeto por uno mismo y competencia.

En este módulo, Linehan adapta de forma inteligente el entrenamiento en habilidades sociales tradicional a las características específicas de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, lo que seguramente revierte en una mayor comprensión por parte de los pacientes, y una mejor aplicación y generalización de las destrezas sociales aprendidas.

4. Conclusiones

El objetivo del presente artículo ha sido presentar de forma general un programa de tratamiento diseñado para el trastorno límite de la personalidad, la terapia dialéctica comportamental, desarrollada por la Dra. Marsha Linehan.

Este programa de tratamiento se basa en un modelo biosocial de este problema que señala como el mecanismo etiológico clave del trastorno límite de la personalidad la interacción entre una vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante.

Otro aspecto importante de la teoría de Linehan es la inclusión de una perspectiva dialéctica en la conceptualización del trastorno, que se describe como un fracaso dialéctico en relación a tres principios básicos: el principio de interrelación y globalidad, el principio de polaridad y el principio de cambio continuo.

El programa de tratamientos se ha desarrollado muy en consonancia con este modelo teórico. Un aspecto innovador es hacer explícita la necesidad de validar las experiencias de los pacientes y de intentar encontrar un significado a las conductas límite como base del tratamiento y como requisito para conseguir el cambio terapéutico. Esto favorece que el entorno terapéutico se convierta en un ambiente validante en el que el paciente se encuentre más seguro.

La terapia ofrece una intervención muy completa tanto en su forma como en su contenido. Respecto a la forma la terapia dialéctica comportamental ofrece tratamiento en formato individual, en grupo, grupos de autoayuda, consultas telefónicas y tratamientos auxiliares. Asimismo, establece un formato muy sistematizado con unas normas muy explícitas, que favorecen, a mi modo de ver, el dotar de un entorno estable que proporciona mensajes claros y explícitos al paciente límite, lo que supone un ambiente muy beneficioso para estos pacientes, que suelen desenvolverse en entornos inestables que proporcionan mensajes contradictorios.

Por lo que respecta al contenido, las técnicas utilizadas tratan de forma exhaustiva las áreas problemáticas del trastorno: la vulnerabilidad e inestabilidad emocional, las conductas suicidas e impulsivas, las relaciones interpersonales, la rigidez cognitiva y las alteraciones en la identidad.

El entrenamiento en habilidades comportamentales constituye un programa muy sistemático y detallado. Una constante es el énfasis en la práctica y en la repe-

tición de las destrezas en todos los contextos relevantes, sugerencia muy útil teniendo en cuenta las dificultades de los pacientes límite en generalizar lo logros terapéuticos. Todas las destrezas contribuyen de forma conjunta a favorecer la estabilidad emocional, desde el reconocimiento y la aceptación de las emociones negativas, mediante las técnicas de toma de conciencia y las de tolerancia del malestar, hasta el cambio de comportamientos dependientes del estado

de ánimo y experiencias emocionales disfuncionales, mediante las estrategias de regulación emocional y las habilidades sociales.

La terapia dialéctica comportamental ha recibido apoyo empírico. Existen algunos estudios que prueban su eficacia. (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan et al., 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons et al., 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001). El programa de tratamiento se ha aplicado en pacientes ambulatorios y hospitalizados y en pacientes con adicción a sustancias y con trastorno por atracón. Los datos indican que el programa en su primera fase (un año), comparado con otra condición de tratamiento, consigue reducciones significativas en intentos de suicidio, hospitalizaciones y abandonos.

Los datos son alentadores, aunque son necesarios más estudios para determinar la eficacia del tratamiento en variables más específicas del trastorno límite. En conclusión, el programa aquí descrito constituye una de las intervenciones más completas de las que disponemos para el tratamiento de un trastorno tan complejo como el trastorno límite de la personalidad.

Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*,

El tratamiento de las emociones es un objetivo primordial de la terapia dialéctica comportamental, que se refleja en el componente de regulación emocional del entrenamiento en habilidades.

- 4ª edición, *DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Original Washington DC: APA).
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (Original Washington DC: APA).
- Bower, G. H. (1981). *Mood and memory*. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Caballo, V. (2001a). *Una introducción a los trastornos de personalidad en el siglo XXI*. *Psicología Conductual*, 9, 455-470.
- Caballo, V. (2001b). *Tratamientos cognitivo conductuales para los trastornos de personalidad en el siglo XXI*. *Psicología Conductual*, 9, 479-605.
- Cowdry, R. W., Picar, D. y Davis, R. (1985). *Symptoms and EEG findings in the borderliner syndrome*. *International Journal of Psychiatry in medicine*, 15, 201-211.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford.
- Gottman, J. M. y Katz, L. F. (1990). *Effects on marital discord on young children's peer interaction and health*. *Developmental Psychology*, 25, 373-381.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Koerner, K. y Linehan, M. M. (2000). *Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Butterfield, M. J. y Bastian, L. A. (2001). *Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder*. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Levins, R. y Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós. (2003).
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1993). *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence*. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1994). *Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients*. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Marx, K. y Engels, F. (1970). *Selected words* (vol. 3). New York: International.
- Millon, T. (1987). *On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder*. A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372.
- Mintz, R. S. (1968). *Psychotherapy of the suicidal patient*. In H. L. P. Resnik (Ed.). *Suicidal behaviors: Diagnosis and management* (págs. 271-296). Boston: Little Brown.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. y Ulrich, R. (2000). *Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., Linehan, M. M. (2001). *The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units*. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
- Telch, C. F., Agras, W. S. y Linehan, M. M. (2001). *Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Widiger, T. A. y Frances, A. J. (1989). *Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder*. In A. Tasman, R. E. Hales y A. J. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry* (vol. 8, págs. 8-24). New York: Guilford Press.
- Widiger, T. A. y Weissman, M. M. (1991). *Epidemiology of borderline personality disorder*. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.