

# **UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: LA TERAPIA DIALÉCTICO COMPORTAMENTAL**

**Azucena García Palacios**  
Universitat Jaume I. Castellón. España

## **RESUMEN**

Pese a los buenos resultados de eficacia que la terapia cognitivo-comportamental ha demostrado en diversos trastornos mentales, existen todavía problemas psicológicos para los que los programas de tratamiento eficaces son todavía escasos. Los trastornos de la personalidad se podrían incluir entre los trastornos más difíciles de abordar desde cualquier perspectiva terapéutica. De entre los trastornos de personalidad, uno de los que ha recibido más atención es el trastorno límite de la personalidad (TLP), dada la grave sintomatología y consecuencias adversas que conlleva padecer este problema. Numerosos investigadores se han preocupado por estudiar el TLP y por desarrollar intervenciones diseñadas específicamente para el mismo. En esa labor han desarrollado nuevos programas que han contribuido a la mejora en su abordaje. Uno de los grupos más activos en el tratamiento del TLP ha sido el equipo de la Dra. Marsha Linehan en la Universidad de Washington, en Estados Unidos. Este grupo ha diseñado y validado un programa de tratamiento denominado Terapia dialéctico-comportamental (DBT) dirigida principalmente a dotar a los pacientes de estrategias que les ayuden a regular mejor las emociones. El objetivo de este artículo es ofrecer una visión general de este programa de tratamiento enfatizando los aspectos más novedosos.

**PALABRAS CLAVE:** Terapia de conducta, terapia cognitivo-comportamental, terapia dialéctico-comportamental, trastornos de la personalidad, trastorno límite de la personalidad.

## **ABSTRACT**

Cognitive Behavior Therapy has demonstrated to be efficacious in several mental disorders. However, effective treatment programs for some other psychological problems are still scarce. Personality disorders are among the most difficult problems to treat from any psychotherapeutic perspective. Borderline Personality Disorder (BPD) is receiving a lot of attention given its severe symptomatology and impairment linked to this disorder. An important number of researchers have devoted their work to study BPD and develop specific interventions. These researchers have designed new approaches and techniques that have contributed not only to improve the treatment of BPD. One of the most active research groups in the study and treatment of BPD is Dr. Marsha Linehan's team at the University of Washington in the United States of America. This group has designed and validated Dialectical Behavior Therapy (DBT), with the aim of train the BPD individual with strategies to regulate emotions. The aim of this work is to offer a general view of Dialectical Behavior Therapy, highlighting the innovative aspects of the program.

**KEYWORDS:** Behavior Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Personality Disorders, Borderline Personality Disorder.

## Introducción

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de funcionamiento desadaptativos persistentes que se dan en áreas estructurales del individuo, como son la afectividad, las relaciones interpersonales, la cognición y el control de los impulsos. Una característica esencial de estos trastornos es la dificultad que presentan en modificar el patrón de funcionamiento pese a los graves problemas vitales que les acarrea esta forma de comportarse, sentir y relacionarse. La inflexibilidad dificulta enormemente el cambio. Los trastornos de la personalidad interfieren significativamente en la vida social, familiar, de pareja, laboral y en otras áreas vitales importantes. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre con la personalidad no patológica, el individuo no puede modificar esa forma de relacionarse con el mundo y consigo mismo. Estas características hacen que los trastornos de la personalidad constituyan un reto importante para los profesionales de la salud mental. Los programas de tratamiento cognitivo-comportamentales que tan buenos resultados ofrecen en muchos los llamados trastornos de eje I (APA, 2000) como los trastornos de ansiedad o la depresión no parecen funcionar de la misma manera en los trastornos de eje II o trastornos de la personalidad. Por ello, en los últimos años han surgido programas de tratamiento que incluyen estrategias diseñadas específicamente para abordar la personalidad patológica. El objetivo de este artículo es describir uno de esos programas de tratamiento, la Terapia Dialéctico-comportamental diseñada originalmente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) describe el trastorno límite de la personalidad 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). El trastorno límite de la personalidad presenta una prevalencia vital de entre un 1 y un 2% en la población general (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005). Cuando estudiamos la frecuencia de TLP en la población psiquiátrica, los datos indican que un 11% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios cumplirían criterios de trastorno límite de la personalidad y un 20% de los pacientes hospitalizados. Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son frecuentes en la población con trastorno de personalidad límite y las tasas de suicidio son elevadas, estimándose en alrededor de un 9% de los casos y siendo 400 veces más alto que en la población general (APA, 2000, Selva et al., 2005). El trastorno límite de la personalidad presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, abuso o dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (Girolano y Dotto, 2000).

La gravedad del trastorno y los enormes gastos sanitarios que conlleva ha propiciado un aumento del interés de los investigadores por conocer y abordar mejor el TLP. Existen algunas aproximaciones terapéuticas a este problema (ver Caballo, 2001). En una revisión realizada por Brazier et al. (2006) para identificar la eficacia de las terapias psicológicas desarrolladas para el TLP, se concluye que ya existen estudios que demuestran evidencia que

apoya la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TLP. Los autores indican que estos resultados deben ser interpretados con precaución ya que hay diferencias considerables en las características de los pacientes, en los grupos de comparación y en los resultados entre los estudios.

Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico es la Terapia dialéctico-comportamental (*Dialectical Behavior Therapy, DBT*) desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington en Estados Unidos. A continuación describiremos el modelo teórico que sustenta a este programa de tratamiento y los aspectos más relevantes del programa.

### La Terapia Dialéctico-comportamental

Linehan (1993a) elabora una teoría o modelo para explicar el TLP. El modelo teórico constituye también la base lógica del programa de tratamiento. El enfoque teórico de esta autora supone una aproximación biosocial. Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para entender el trastorno, enfoque filosófico en el que se sostiene la teoría de Marx y Engels (1970), la teoría de la evolución científica de Khun (1970), o las teorías evolucionistas (Levins y Lewontin, 1985).

Desde esta aproximación biosocial el TLP se conceptualiza como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante. La disfunción en la regulación emocional constituiría un componente muy determinado biológicamente que se traduce en una *alta vulnerabilidad emocional* que se refiere a que el individuo presenta una alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultades respecto a volver a su línea de base emocional. Las dificultades en la modulación emocional están relacionadas con esa alta reactividad. Los pacientes límite presentan dificultades importantes en estrategias de regulación emocional. Presentan déficits respecto a identificar, etiquetar y modular las emociones. Algunas de las conductas impulsivas características en el TLP se pueden conceptualizar como intentos de regular las emociones. Dentro de estas conductas se incluyen las autolesiones. En muchas ocasiones, cortarse, golpearse o quemarse sirve para aliviar el dolor emocional, el dolor físico “alivia” el dolor emocional. La conducta autolesiva se convierte en una conducta de evitación y el alivio momentáneo actúa como un refuerzo negativo que provoca que la conducta disfuncional se repita en el futuro. Además, el individuo no se enfrenta a las emociones y no se da la oportunidad de conocerlas, con lo que modularlas se hace más difícil.

El otro factor importante de la teoría biosocial de Linehan (1993a) es un factor psicosocial denominado *ambiente invalidante*. Este aspecto se refiere sobre todo a un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias íntimas. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. Es decir, se le pide a un niño vulnerable emocionalmente que cambie, pero no se le enseña cómo. Linehan lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales.

Además, en un ambiente de esas características, muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo. Por otra parte, el ambiente emite mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales. Esto favorece que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar. Por último, el individuo no aprende a confiar en sus propias emociones 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.

La interacción entre la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante durante el desarrollo de la personalidad del individuo lleva a una persistente inestabilidad emocional, que constituye el área más problemática del TLP. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, cognitiva y de identidad constituyen intentos por manejar las emociones 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 a su vez en problemas en otras áreas como la vida interpersonal.

En su modelo teórico Linehan incorpora también distintos principios dialécticos con el fin de entender y describir el trastorno. El principio de *interrelación y globalidad* consiste en que el análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. El principio de *polaridad* consiste en que la realidad se compone de tesis y antítesis. El principio de *cambio continuo* asume que la realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la integración o síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo. Linehan afirma que el TLP es un fracaso dialéctico. Las personas con este trastorno 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. Esto correspondería a un fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo. Por otra parte, los problemas de identidad, los sentimientos crónicos de vacío, o los sentimientos de no encajar podrían conceptualizarse como un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límite no son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano como la familia, el mundo laboral, los grupos de amigos, etc. Según esta perspectiva los pacientes límites presentan patrones de funcionamiento dicotómicos que constituyen polos opuestos que no son capaces de integrar. La terapia dialéctico comportamental tiene entre sus objetivos dotar al paciente de estrategias que le permitan la integración de dichos patrones opuestos.

La terapia dialéctico comportamental se fundamenta en este modelo. 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. Además la terapia contempla el entrenamiento en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, el control de conductas impulsivas o que atenten contra la calidad de vida, la flexibilización de los patrones cognitivos y la mejora del sentido de la identidad personal. A continuación describiremos el programa de tratamiento.

La terapia dialéctico-comportamental es un programa de tratamiento que se enmarca en la terapia cognitivo-comportamental. Nos gustaría destacar algunos aspectos que constituyen

importantes innovaciones de esta terapia. En primer lugar, a diferencia de otros programas cognitivo-comportamentales, la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento (Miller y Rathus, 2000). No existe un manual en el que se especifiquen las técnicas a utilizar en cada sesión de tratamiento en la terapia individual. Este programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente: 1. Conductas suicidas y parasuicidas; 2. Conductas que interfieran con el curso de la terapia; 3. Conductas que afecten a la calidad de vida; 4. Aumentar habilidades comportamentales.

Esta estructura permite un abordaje flexible en función de las necesidades de cada paciente. Así, imaginemos que un paciente está trabajando durante las últimas tres sesiones un aspecto que afecta a su calidad de vida, por ejemplo un problema familiar (número 3 en la jerarquía). Sin embargo, en la consulta siguiente se determina que durante la semana ha sufrido una crisis suicida o parasuicida. Entonces, en esa sesión ése será el aspecto a tratar (porque corresponde al aspecto más prioritario en la jerarquía).

Otra contribución importante, y que a mi modo de ver constituye el aspecto más innovador de la terapia de Linehan para el tratamiento del TLP 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 que describíamos en el apartado anterior 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 hay que cambiarlo. Esto puede provocar que el paciente adopte una actitud defensiva respecto a la terapia. Linehan propone la aceptación y validación de los problemas emocionales del paciente para, a partir de ahí conseguir el cambio. Es más, esta terapia supone que el cambio sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación.

Otro aspecto importante de la DBT es que establece que la intervención se realice por un equipo de terapeutas, no por terapeutas aislados. De hecho, las sesiones clínicas constituyen un modo más de terapia como lo es la terapia individual o grupal. En las sesiones clínicas, los terapeutas reciben retroalimentación y supervisión de los otros terapeutas en el seguimiento de cada uno de los casos. La terapia dialéctico-comportamental es, pues, una intervención de un equipo de terapeutas que trata a un grupo de pacientes.

Después de estas consideraciones generales, a continuación describiremos el programa de tratamiento. La intervención se estructura en una fase de pretratamiento y en tres fases de tratamiento.

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. Las metas coinciden con la jerarquía que comentábamos con anterioridad: a) Reducción de conductas 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 el pretratamiento se hacen 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 determina 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, momento en el que se volverá a negociar la admisión.

La fase de pretratamiento es esencial, porque en ella se determinan los límites de la terapia, unos límites flexibles, pero constantes que van a guiar la terapia. Uno de los efectos más beneficiosos de estas estrategias de pretratamiento y que hace a la DBT una intervención muy atractiva es que promueve la adhesión al tratamiento. A mi entender, establecer los límites de la terapia de una forma tan clara desde el principio contribuye a que el paciente acepte y se mantenga en terapia.

La primera fase del tratamiento tiene una duración 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 atención plena, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y eficacia interpersonal. Se establece una sesión individual y una sesión de grupo a la semana y las consultas telefónicas se utilizan entre sesiones principalmente para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en terapia a la vida cotidiana.

En la DBT las estrategias terapéuticas básicas son la validación y la solución de problemas. Ya hemos comentado lo que significa la validación. La solución de problemas constituye la estrategia de cambio básica. 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. A lo largo de la terapia se analizan de forma conductual los problemas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia la solución óptima. Se pacta un compromiso para involucrarse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma de solución y se utilizan las técnicas terapéuticas necesarias para solucionar el problema. Entre las técnicas que se utilizan se incluyen las técnicas cognitivo-comportamentales que sean adecuadas para tratar los problemas del paciente como la exposición, la terapia cognitiva o el manejo de contingencias. En esta fase se realiza un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: habilidades de atención plena o *mindfulness*, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales. Este entrenamiento es el objetivo de la terapia grupal. 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. 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 y por la rigidez e inflexibilidad característica de éste y otros trastornos de la personalidad. Por esta razón, se recomienda que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos

relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización y consolidación de las destrezas adquiridas. 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. A continuación describiremos brevemente las habilidades que se pueden categorizar en habilidades de aceptación (atención plena y tolerancia al malestar) y habilidades de cambio (regulación emocional y eficacia interpersonal) (Linehan, 1993b).

*Habilidades de atención plena (mindfulness).* La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar conciencia de sus experiencias (emociones, pensamientos, sensaciones, conductas, etc). 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. Se trata de centrar la atención en el momento presente y en las experiencias presentes, en vez de huir de ellas. Éste es el primer paso para poder descubrir y validar lo adaptativo y, por otra parte, para poder identificar aquellos aspectos más problemáticos. Las técnicas de *mindfulness* están basadas principalmente en la filosofía oriental Zen. Las estrategias se dividen en las técnicas “Qué” y las técnicas “Como”. Las técnicas “Qué” incluyen el aprendizaje de observar, describir y participar de nuestras experiencias. Las técnicas “Cómo” se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias “Qué”. ¿Cómo Observamos, describimos y participamos?: sin juzgar y experimentando los acontecimientos de uno en uno, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiar lo que nos traiga problemas. El entrenamiento en atención plena se practica durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias. Por ejemplo, para practicar tácticas de regulación emocional es un requisito que el paciente sea capaz de observar, describir y participar de las experiencias emocionales.

*Habilidades de tolerancia del malestar.* Estas estrategias sirven para sobrevivir a las crisis emocionales extremas. Se trata de fomentar la aceptación del sufrimiento. Tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que permitan reducir el sufrimiento. 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. Las tácticas de tolerancia del malestar incluyen cuatro tipos de técnicas: Tácticas de distracción, confortarse a sí mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras.

*Habilidades de regulación emocional.* Estas habilidades constituyen una de las aportaciones más relevantes de la DBT al tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ya que incide de forma directa en las emociones, el área más problemática de este trastorno. Los objetivos de estas técnicas son los siguientes: a) Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir las emociones y los contextos en los que se dan. Se incluye un módulo educativo 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; b) Identificar obstáculos para el cambio emocional, analizando mediante análisis funcional las contingencias que refuerzan las emociones problemáticas; c) Reducir la vulnerabilidad emocional a corto y largo plazo mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables; d) Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales

positivos a corto plazo mediante la programación y realización de actividades placenteras y, a largo plazo, mediante la programación de actividades ligadas a metas dirigidas por valores.

*Habilidades de eficacia interpersonal.* Los pacientes con trastorno límite de la personalidad no suelen presentar déficits graves en habilidades sociales. El problema suele estar en las expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las interacciones sociales. El entrenamiento está dirigido a retar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre el contexto social, los demás y sobre ellos mismos. En esta fase del entrenamiento se trabaja en equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir competencia y dignidad personal. Linehan adapta el entrenamiento en habilidades sociales tradicional a las características específicas de los pacientes con trastorno límite de la personalidad; las técnicas que se entrenan incluyen tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando solución de problemas y ensayos de conducta principalmente.

Pasado el primer año de terapia, la segunda fase del tratamiento está dedicada al tratamiento del estrés postraumático y no tiene una duración determinada. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan una alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático. Por una parte, es frecuente encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes. Por otra parte, debido a los problemas de regulación emocional estos individuos presentan dificultades en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas. Por ello, la DBT dedica una fase del programa al tratamiento de este aspecto. Para el tratamiento del estrés postraumático Linehan incorpora las técnicas cognitivo-comportamentales diseñadas por Foa y Rothbaum (1998). Por otro lado, en esta fase se consolidan las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes tienen la posibilidad de asistir a grupos de autoayuda.

Por último, en la tercera fase, que tampoco tiene una duración determinada un objetivo importante es que el paciente construya respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias. Otros objetivos que se plantean es comenzar a plantearse y perseguir metas vitales realistas en distintas áreas como el trabajo, los estudios, la familia o la pareja.

Para concluir este apartado diremos que la DBT constituye un programa de tratamiento guiado por principios terapéuticos que incluye distintos modos de intervención (terapia individual, terapia grupal, consultas telefónicas, sesiones clínicas y grupos de apoyo). En el primer año de terapia se concentra la mayor parte de la intervención que está destinada a que el paciente aprenda a regular mejor sus emociones de forma que sus conductas no sean tan dependientes del estado de ánimo. Para ello es importante que se establezcan unos límites claros en la terapia, cuidando la relación terapéutica, y que el paciente acuda a sesiones individuales y de grupo al menos una vez por semana. Las estrategias de la DBT están diseñadas específicamente para tratar la inestabilidad emocional, la impulsividad y los problemas interpersonales utilizando como estrategias terapéuticas básicas la validación y la solución de problemas. Una vez que el paciente es capaz de regular mejor las emociones y las conductas impulsivas y los problemas más graves se atenúan, la DBT incluye dos fases más del tratamiento, que ya no se presentan tan estructuradas, para trabajar aspectos específicos de cada paciente, como el estrés postraumático y las metas vitales individuales.

### Validación de la terapia dialéctico-comportamental

La terapia dialéctico-comportamental constituye un programa de tratamiento cuyo objetivo fundamental es abordar el problema esencial del trastorno límite de la personalidad: la dificultad extrema en la regulación de los afectos. La estructura y 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. Para ello incluye distintos modos de terapia, siendo la terapia individual la base del programa pero ayudándose de terapia grupal para el entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas para la generalización de las mismas y grupos de autoayuda para la prevención de recaídas. Además, el programa establece un formato muy sistematizado que incorpora normas y límites muy claros en terapia lo que favorece el establecimiento de un entorno estable que proporciona mensajes claros y contingentes al paciente límite. Es decir, la terapia se da en un contexto que suele ser muy diferente a lo que en terminología de Linehan llamaríamos ambiente invalidante; la terapia crea un ambiente de validación para favorecer el cambio.

La doctora Linehan y su grupo han dedicado los últimos veinte años a desarrollar y diseminar su programa de tratamiento. Existen ya numerosos estudios controlados que ofrecen resultados respecto a la eficacia de esta terapia (p.ej., 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; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Linehan et al., 2006). El programa de tratamiento consigue reducciones significativas en número de abandonos, de hospitalizaciones, de intentos de suicidio, indicadores de depresión y otras emociones negativas. La terapia Dialéctico-comportamental ha mostrado su eficacia en pacientes ambulatorios y hospitalizados (p.ej. Kröger et al., 2006). Asimismo, también ha mostrado eficacia en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan comorbilidad con dependencia de opiáceos (Linehan et al., 2002).

Por último, la terapia dialéctico comportamental, gracias a su versatilidad y flexibilidad, se ha adaptado para el tratamiento de otros problemas mentales. La base lógica de estas adaptaciones es el hecho de que esta terapia sea eficaz para el tratamiento de los problemas de regulación emocional. Algunas de las adaptaciones que se han realizado incluyen la reducción de conductas agresivas en el marco de la violencia doméstica (Fruzzetti y Levensky, 2000), el tratamiento de adolescentes con rasgos de personalidad límite y sus familias (Rathus y Miller, 2000), la depresión en población geriátrica (Lynch, 2000) y el trastorno por atracón (Telch, Agras y Linehan, 2001).

En definitiva, la terapia dialéctico comportamental constituye un programa de tratamiento que manteniendo una perspectiva cognitivo-comportamental ha incorporado nuevos elementos técnicos y relativos al enfoque y al proceso terapéutico para abordar aspectos específicos de los trastornos de la personalidad como son los patrones de funcionamiento inflexibles y disfuncionales en el área emocional y comportamental. La DBT constituye una contribución importante en el desarrollo actual de la terapia cognitivo-comportamental. Sus aportaciones han hecho que sea considerada entre las llamadas terapias de tercera generación de la Terapia de Conducta (Hayes, 2004). En estos últimos años la DBT ha contribuido a mejorar la calidad de vida de muchos pacientes diagnosticados de TLP y sus familias, así como a

facilitar la labor a los clínicos que nos dedicamos a la ardua tarea de tratar trastornos de la personalidad.

### Referencias Bibliográficas

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).

Brazier, J., Tumur, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, K., y Paisley, S. (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment, 10*, nº 35.

Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo conductuales para los trastornos de personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual, 9*, 479-605.

Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford.

Fruzzetti, A. E. y Levensky, E. R. (2000). Dialectical Behavior therapy for Domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 435-447.

Girolano, G. y Dotto, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. En M. Gelder, J. J. López-Ibor y N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.

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.;

Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., kahl, K. G., Rudolf, S. y Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Tehrapy, 44*, 1211-1217.

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., Comtois, K. A., Murray, A., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependency*, 1, 1-14.

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.

Lynch, T. R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behaviour therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 468-477.

Marx, K. y Engels, F. (1970). *Selected words* (vol. 3). New York: International.

Miller, A. L. y Rathus, J. H. (200). Dialectical behavior therapy : Adaptations and new applications. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 420-425.

Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425-434.

Selva, G., Bellver, F. y Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

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.

van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., verheul, R. y van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.

