



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

CURSO

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL

Horus Laffite Cabrera, Fernando Rodríguez Otero, Raquel Alonso Sosa, Tamara Medina Dorta

Juan Antonio Díaz Garrido

hlafcab@gmail.com

TLP, DBT.

RESUMEN

Dentro de los tratamientos empíricamente validados para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), destaca la Terapia Dialectico Comportamental o Conductual (TDC), desarrollada por Marsha Linehan (1993) para dar cobertura inicialmente a la conducta suicida. La TDC se trata de un modelo de intervención psicoterapéutico ampliamente avalado a través de metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados (García-Palacios y Navarro, 2016, pp.137-157). La TDC tiene un grado de recomendación A en la guía NICE. Los estudios avalan que la TDC es eficaz en la reducción de: conductas autolíticas y autolesivas, ingresos hospitalarios y utilización de los servicios de urgencias, reducción de la psicopatología general, de la sintomatología disociativa y afectiva (Torres-Soto, 2018).

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL

DESARROLLO

Dentro de los tratamientos empíricamente validados para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), destaca la Terapia Dialectico Comportamental o Conductual (TDC), desarrollada por Marsha Linehan (1993) para dar cobertura inicialmente a la conducta suicida. La TDC se trata de un modelo de intervención psicoterapéutico ampliamente avalado a través de metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados (García-Palacios y Navarro, 2016, pp.137-157). La TDC tiene un grado de recomendación A en la guía NICE. Los estudios avalan que la TDC es eficaz en la reducción de: conductas autolíticas y autolesivas, ingresos hospitalarios y utilización de los servicios de urgencias, reducción de la psicopatología general, de la sintomatología disociativa y afectiva (Torres-Soto, 2018).

La TDC se fundamenta en la perspectiva dialéctica (aceptación-cambio) y en un modelo diátesis-estrés en el que interactúan factores biológicos y sociales para el desarrollo del TLP (Linehan, 1993; 2003). Desde este posicionamiento Marsha Linehan plantea la *Teoría Biosocial* del TLP, señalando la *desregulación o inestabilidad emocional persistente* como la vulnerabilidad biológica central para el desarrollo de TLP. La desregulación emocional es definida por Linehan et al. (2007) como la incapacidad para modificar o adaptar las respuestas emocionales cuando es necesario. Esta vulnerabilidad se encontraría conformada por: a) una alta sensibilidad a los estímulos emocionales o bajo umbral para reaccionar emocionalmente, b) tendencia a las respuestas emocionales intensas y c) dificultades para modular las emociones (retorno lento a la calma) (Linehan, 1993; 2003). Si bien la desregulación emocional ha sido ampliamente reconocida como un componente de vulnerabilidad biológica fundamental del TLP, el modelo biosocial fue reformulado para incorporar también la impulsividad como segundo factor de predisposición biológica, considerándolo un rasgo primario e independiente de la emoción, e incluso como la base sobre la que emergería la disfunción posterior (Crowell et al., 2009, García-Palacios y Navarro, 2016).

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL

A la desregulación emocional debe añadirse un factor psicosocial temprano denominado por Linehan *ambiente invalidante*, el cual se corresponde con un patrón de crianza que responde de manera inapropiada o no contingente durante la comunicación de las experiencias emocionales (Linehan, 2003; García-Palacios y Navarro, 2016). Por lo tanto, según la propuesta de Linehan, para el desarrollo y mantenimiento del TLP interactúan de manera transaccional componentes biológicos (desregulación emocional) y sociales (ambiente invalidante).

La TDC en su propuesta estándar se compone de cuatro formatos o modos de terapia:

Formato individual para fortalecer el progreso clínico y aumentar la motivación.

Formato grupal para el entrenamiento en habilidades.

Coaching telefónico para la generalización de las habilidades.

Equipo de consulta para el cuidado de los terapeutas.

El formato de intervención psicoterapéutica individual es considerado el eje a partir del cual se desarrolla el modelo, no obstante, la TDC es ampliamente reconocida por su formato grupal, respecto al cual también se ha presentado evidencia que demuestra la eficacia al ser aplicado de manera independiente (Soler et al., 2016). No obstante, la no realización de alguno de estos cuatro formatos terapéuticos implica una adaptación parcial de la DBT que podría incidir en la eficacia del abordaje, por lo que no puede hablarse de DBT en sí misma.

La TDC en su funcionamiento individual se encuentra estructurada en base a principios terapéuticos y no a una intervención estrictamente manualizada (Linehan, 1993, 2003). Las sesiones se organizan en torno a unos objetivos o metas jerarquizados, a saber:

1. Conductas suicidas y autolesivas;
2. Conductas que interfieran con el curso de la terapia;
3. Conductas que afecten a la calidad de vida;
4. Práctica de habilidades.

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL

Esta prelación jerárquica permite evaluar las dificultades del consultante y estructurar la terapia, permitiendo adaptar el tratamiento a grado o nivel de disfunción (por fases), o bien adaptando la propia sesión en torno a las conductas prioritarias de la jerarquía.

Partiendo desde estos objetivos terapéuticos como premisa fundamental y orientadora del proceso, en la intervención DBT pueden distinguirse diferentes etapas o fases (Boggiano y Gagliosi, 2021):

- **Etapas de pretratamiento.** Orientada al establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos. Con una duración entre cuatro y seis sesiones. La fase de pretratamiento es esencial, porque en ella se establecen el compromiso de adhesión y cumplimiento del tratamiento, así como la clarificación de las conductas problema y los límites de la terapia.
- **Etapas de control conductual.** La primera fase del tratamiento tiene una duración de en torno a un año. El objetivo de esta etapa consiste en la reducción de las conductas problemáticas (desregulación conductual) y el aprendizaje de habilidades en el formato grupal. Para maximizar su eficacia debería incluir consultas telefónicas para la generalización de las nuevas conductas en situaciones de crisis.
- **Etapas de calma desesperada.** Al finalizar la primera fase de tratamiento DBT el paciente ha de ser capaz de regular mejor las emociones, las conductas impulsivas y de haber conseguido una atenuación de los problemas más graves, por lo que con carácter general podrán abordarse los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como realizar un abordaje específico en aquellos/as consultantes con historia y sintomatología relacionada con el trauma. El abordaje del trauma no tiene una duración determinada y se incorporan técnicas cognitivo conductuales, así como técnicas narrativas y técnicas basadas en mindfulness sensible al trauma y en la autocompasión (Raja, 2012).

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL

- **Etapas de los problemas de la vida.** Fase en la que se aplican las habilidades a la resolución de los problemas cotidianos para alcanzar metas y valores. 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 (García Palacios y Navarro, 2016).
- **Etapas de la incompletitud,** dirigida a la búsqueda de expansión de conciencia y espiritualidad. Por lo general, los contextos de tratamiento públicos sólo dan cobertura a las dos primeras etapas.

En la terapia individual se trabaja el equilibrio dialéctico entre las estrategias de validación y de solución de problemas. Una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas, debido a la inestabilidad emocional que sufren y por la rigidez e inflexibilidad característica (García-Palacios y Navarro, 2016). Por esta razón se utilizan variedad de técnicas ampliamente contrastadas, como la exposición, reestructuración cognitiva o el manejo de contingencias, en numerosos y diferentes contextos, con especial énfasis en el análisis funcional de la conducta.

Las sesiones individuales tienen lugar de manera semanal, con una duración entre 45 minutos y una hora. Los objetivos de la terapia individual siguen la jerarquía antes referida, por lo que consisten en: reducción de conductas suicidas y autolesivas; reducción de las conductas que interfieran en la terapia; reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida; e incrementar y generalizar la puesta en práctica de las habilidades y estrategias impartidas en el formato grupal (atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal).

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL. UNA BREVE REFERENCIA A SU ESTRUCTURA Y AL ABORDAJE INDIVIDUAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Boggiano, J. P. Y Gagliesi, P. (2021) Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de consultantes con Desregulación Emocional. Psara ediciones.
2. García-Palacios, A. y Navarro, M. V (2016). Terapia Dialéctica Comportamental. Síntesis.
3. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press
4. Linehan (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós. Pp 21-24.
5. Linehan, M., Bohus, M. y Lynch, T.R. (2007) Dialectical Behavioral Therapy for pervasive emotional dysregulation. In Gross, J (ed.). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
6. Raja, S. (2012). Overcoming trauma and PTSD. A workbook integrating skills from ACT, DBT and CBT. New Harbinger.
7. Soler, J., Elices, M. y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 35-39.