

## **LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Beatriz Aramburú Fernández <sup>1</sup>  
*Universidad Católica de Valparaíso*

### **Introducción**

El trastorno límite de la personalidad es uno de los retos más frustrantes en el campo de la salud mental. No sólo hay problemas de definición sino que, como afirman Widiger, Frances, Spitzer y Williams (1988), «No está claro aún si el trastorno límite de la personalidad describe un síndrome de personalidad, un trastorno afectivo, una solapación de patología afectiva y patología de personalidad, un nivel de psicopatología o una mezcla heterogénea» (p. 790). Según el *DSM-IV* (APA, 1994), el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por la inestabilidad que comienza en la juventud y se presenta en situaciones diversas, tal como lo indica la presencia de cinco o más de las siguientes características: 1. Esfuerzos desesperados para evitar el abandono, tanto real como imaginado; 2. Relaciones inestables e intensas que fluctúan entre los extremos de idealización y devaluación; 3. Identidad inestable; 4. Impulsividad en, por lo menos, dos áreas potencialmente peligrosas (abuso de sustancias, gastar indiscriminadamente, conducta sexual/conducción arriesgada, etc.); 5. Conducta suicida recurrente, ademanes y amenazas suicidas o conducta automutilante; 6. Inestabilidad afectiva, debida a una marcada reactividad anímica; 7. Sentimientos crónicos de vacío interior; 8. Ira intensa no apropiada al estímulo o dificultad para controlarla; y 9. Ideación paranoide pasajera y relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 1994).

Basta la descripción mencionada para entender que la terapia con pacientes límite es difícil y tiende a abordarse con aprensión. Hay además buenas razones para ello. El pronóstico es muy decepcionante (Mc Glashan, 1986; Links, Mitton y Stei-

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Beatriz Aramburú Fernández, Ph. D., Escuela de Psicología, Universidad Católica de Valparaíso, Casilla 4059, Valparaíso, Chile

*Reconocimientos* Mi agradecimiento a la doctora M. Linehan que puso a mi disposición sus últimos escritos sobre el tema, además de influir decisivamente en mi formación como terapeuta

ner 1990); se pueden esperar graves complicaciones médicas y sociales durante por lo menos cinco años después de iniciado el tratamiento (Pope, Jonas, Hudson, Cohen y Gunderson, 1983; Stevenson y Meares, 1992); los pacientes presentan una incidencia muy alta de conducta autodestructiva (Gardner y Cowdry, 1986; Gunderson, 1984) y, aunque generalmente no tienen intenciones letales, el porcentaje de sujetos que muere fluctúa, por lo menos, entre un 5 y un 10% (Frances, Fyer y Clarkin, 1986).

Este artículo se propone presentar la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993a, b) como una alternativa interesante para tratar a esta población. Se comienza con una teorización sobre la etiología, luego se describe la terapia y el conjunto de estrategias que la componen, para terminar con los objetivos y una evaluación de la eficacia del enfoque.

### **Etiología del trastorno límite de la personalidad**

Linehan (1993a) sugiere que los pacientes límite presentan respuestas emocionales al medio en forma más rápida e intensa y con un ritmo de retorno a la línea base más lento que los individuos normales, lo que dificultaría la regulación de la experiencia emotiva.

Esta autora propone que las respuestas desadaptativas de las personas con diagnóstico límite serían consecuencia de la interacción temprana y prolongada entre un niño emocionalmente vulnerable con un medio ambiente (invalidante) que desalienta e interfiere con la expresión de la experiencia privada, especialmente con la expresión de las emociones (Linehan y Kehrer, 1993; Linehan, 1993a). Hay evidencias de que el abuso sexual en esta población tiene una incidencia muy alta (Brayer, Nelson, Miller y Kroll, 1987; Herman, 1986; Herman, Perry y Van der Kolk, 1989; Wagner, Linehan y Wasson, 1989) y es difícil pensar en una experiencia medioambiental más invalidante.

La vivencia interna de su vulnerabilidad emocional puede dar como resultado que la persona límite experimente sus propias emociones como no adecuadas. Por ejemplo: «me duele muchísimo, no lo puedo soportar, pero no debo sentirme así». Linehan hipotetiza que esta autoinvalidación proviene de que el sujeto asume las actitudes de su medioambiente invalidante. Si se acepta que el etiquetar una respuesta emocional durante la infancia juega un papel primordial en la correcta identificación posterior de la experiencia emocional, el haber aprendido a enmascarar o, sencillamente, a identificar incorrectamente las emociones, tendría como resultado una vivencia consciente de la emoción que, como mínimo, estaría distorsionada o limitada. Así, el sujeto límite presentaría déficit tanto en la identificación como en la vivencia de su emocionalidad; ambos factores redundarían en una capacidad muy limitada para confiar en las emociones propias y considerarlas como una reacción válida ante determinadas situaciones o personas. Una respuesta probable del individuo vulnerable a tales condiciones ambientales sería el aumentar las manifestaciones emocionales (y su intensidad) para obtener validación externa. El medio percibe su expresión emocional como exagerada (y quizás teatral) invalidando así su respuesta y retroalimentando el círculo vicioso, ya que el sujeto percibirá que es nece-

saría una intensidad y manifestación aún mayores para ser reconocido. Como consecuencia, esta persona entra en un estado constante de crisis, al no saber cómo resolverlas reacciona pasivamente, pero al experimentar una emotividad intensa, exige activamente su resolución por parte de otros, lo que tiende a agotar rápidamente los recursos del terapeuta y del medio.

Por ejemplo, si un sujeto en terapia mantiene en tensión constante a su terapeuta para prevenir sus tendencias suicidas, el/la terapeuta tendrá muchos menos recursos disponibles para afrontar con éxito una nueva crisis, como, por ejemplo, si el sujeto es abandonado por su pareja y requiere más apoyo terapéutico. Es probable entonces que el/la terapeuta ya exhausto —ser humano al fin y al cabo— recurra a la invalidación o a culpar al paciente por lo que le sucede. Estas circunstancias son especiales, ya que si otro paciente hubiera sido sometido al mismo estrés estaría dispuesto a ofrecerle apoyo adicional.

Este marco teórico se presenta al paciente desde el comienzo de la terapia, cuestionando, de forma muy activa, el concepto que el paciente frecuentemente trae consigo de que sus problemas se originan en él, de que él tiene algo mal dentro de sí que es necesario modificar. Simultáneamente remueve el estigma asociado a una niñez traumática, ofreciendo una visión que facilita el cambio terapéutico. Estas conductas problemáticas fueron útiles en su momento (por ejemplo, para sobrevivir en situaciones traumáticas de abuso físico y/o sexual) y ahora se mantienen porque provocan reacciones en los demás que las refuerzan. El objetivo terapéutico será el cambio, pero dentro de un marco de aceptación del paciente tal como es él ahora.

Al conceptualizar (tanto para el terapeuta como para el paciente) el trastorno límite surgiendo de un ajuste inadecuado entre una persona vulnerable y un medio invalidante, Linehan posibilita el trabajo terapéutico sin asignación de culpas y sin usar etiquetas diagnósticas estigmatizantes. Así, se desprende que esta persona vulnerable, inmersa en un medio no invalidante, y viceversa, una persona no vulnerable en un medio invalidante, no presentaría el trastorno. El trastorno se considera sistémico, un problema de ajuste entre un individuo y el medio en que le tocó vivir, y se le define en relación a lo normal, asumiendo una continuidad entre la salud y lo "límite".

## **La terapia**

La terapia de Linehan, consecuentemente, supone que los pacientes límite presentan déficits cognitivo-conductuales de importancia, tanto en el área de las relaciones interpersonales, como en el control de las emociones y en la capacidad para tolerar el sufrimiento, lo que hace necesario un tratamiento de amplio espectro que contrarreste estas limitaciones. Si a ello se agrega un paciente en crisis constante y que reacciona personalmente en forma pasiva pero demanda solución por parte de los demás de forma bastante activa, la terapia se hace difícil.

En la terapia dialéctica conductual (TDC) este problema se aborda ofreciendo distintas modalidades terapéuticas. Así, en un formato de grupo, que se reúne dos horas y media por semana, durante por lo menos un año, altamente estructurado,

se enseñan habilidades básicas (que serán sintetizadas más adelante), mientras que en un formato de terapia individual (una hora semanal) se trabaja la motivación y, junto con llamadas telefónicas de apoyo, se promueve la generalización de habilidades a las situaciones específicas de la vida del paciente. Como parte importante de la terapia se integra la supervisión y el apoyo al terapeuta.

La TDC consiste en un conjunto de estrategias aplicadas a una jerarquía de objetivos de tratamiento. El establecimiento de una clara jerarquía de objetivos y de un marco teórico coherente es especialmente relevante para el terapeuta cuando trata a pacientes gravemente disfuncionales. La alta frecuencia de las crisis y las dificultades para establecer objetivos que requieren la colaboración de paciente y terapeuta, pueden llegar a interferir tanto con el éxito como con la aplicación sistemática de los esfuerzos terapéuticos.

Se supone que, en general, para los pacientes límite toda terapia centrada exclusivamente en el *cambio* sería iatrogénica, al subrayar los aspectos disfuncionales de los pacientes y la necesidad de cambio, lo que refuerza la idea de que el paciente constituye el problema y que necesita cambiar. Como afirma Linehan, esto se convierte en una instancia más de invalidación: el terapeuta estaría reforzando el temor del paciente de que él es "intrínsecamente malo" y que no puede confiar en sus reacciones y evaluaciones de la realidad ni en sus respuestas conductuales.

Por otra parte, una terapia que se base sólo en la aceptación incondicional y en la validación del paciente, tampoco sería eficaz, e, incluso Linehan (1993a), plantea que podría invalidar al paciente. Puede transmitir al paciente que sus problemas no son tales, o que el terapeuta no los considera serios ni graves, tomando, por lo tanto, a la ligera la desesperación y el dolor de éste al no insistir en la necesidad de cambio. El paciente, que sabe por experiencia propia que su situación vital es desesperada e inaguantable, se sentirá trivializado si su terapeuta no reconoce la necesidad de cambio.

En la TDC el terapeuta intenta resolver esta paradoja apoyando al paciente y aceptándolo, enseñándole autoaceptación y, simultáneamente, promoviendo el cambio. Se asume que siendo la vida del paciente realmente horrible es necesario y urgente el cambio y se intenta activamente influir en el paciente. Se enfatiza la flexibilidad del terapeuta para moverse entre uno y otro polo, siendo la lealtad en la relación la única consistencia que se requiere de su parte. El terapeuta siempre debe estar del lado del paciente en la lucha para superar sus problemas y debe reforzar las conductas del paciente que representen progreso.

Una parte importante de la TDC puede definirse como la simple aplicación de principios conductuales a los problemas del trastorno límite de la personalidad (TPL). Tres de los cuatro módulos del grupo de entrenamiento de habilidades (que discutiremos posteriormente), son aplicaciones estándares de procedimientos conductuales. Hay varios aspectos, sin embargo, que diferencian a la TDC de la terapia conductual tradicional:

1. Otorga una importancia primordial a la aceptación y a la validación de la conducta (del paciente y del terapeuta), tal como se da en el momento actual.
2. Enfatiza el abordaje de conductas que interfieren con la terapia.

3. Resalta la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
4. El centro de la acción está en función de los procesos dialécticos.

La TDC enfatiza la aceptación radical de la conducta y de la realidad mucho más que la terapia conductual tradicional. De hecho la terapia conductual podría caracterizarse como una tecnología de cambio. Por el contrario, la TDC enfatiza el interjuego entre cambio y aceptación. La aceptación del paciente tal cual es, es esencial para cualquier terapia con éxito, pero la TDC va un paso más allá al trabajar para que los pacientes se acepten a sí mismos y a su mundo tal cual es en este momento. Esta aceptación implica una ausencia de juicio de valor que no es pasivo ni resignado, sino que está comprometido con el cambio.

El énfasis en los comportamientos que interfieren con la terapia se acerca más a la importancia que la psicología dinámica otorga a la transferencia que a lo que se hace con la relación terapeuta-paciente en la terapia conductual tradicional. El énfasis en la relación terapéutica se estima crucial para el progreso de la TDC y proviene de que muchas veces el terapeuta se apoyará en ella, como, por ejemplo, cuando el riesgo de suicidio es alto y la relación terapéutica puede ser el punto de apoyo para seguir viviendo. Finalmente, el centrarse en los procesos dialécticos la acerca a lo sistémico. En la TDC lo dialéctico subyace en la aproximación completa al tratamiento. El terapeuta intenta un balance entre requerir que el paciente cambie, trabajando en los objetivos del tratamiento y, simultáneamente, apoya los puntos fuertes y acepta los débiles del paciente. Lo dialéctico subyace en la forma total de trabajar, es decir, se refiere a intentar el cambio persuadiendo y usando los opuestos inherentes a la relación terapéutica, más que mediante el uso de la lógica formal impersonal.

En este contexto, lo dialéctico también se refiere a las estrategias de tratamiento usadas por el terapeuta para lograr el cambio.

### **Estrategias de tratamiento**

En la TDC las estrategias se relacionan tanto con técnicas específicas para lograr un objetivo determinado como con la función o papel que cumple el terapeuta. Es importante que su aplicación sea flexible y adecuada al momento terapéutico y a las características del paciente. No deben ser aplicadas al estilo de "recetas de cocina".

En la TDC se usan 4 tipos de estrategias que ayudan a lograr los objetivos terapéuticos (mencionados posteriormente): 1. Estrategias dialécticas; 2. Estrategias centrales; 3. Estrategias de estilo; y 4. Estrategias de control

#### **1. Estrategias dialécticas**

Las estrategias dialécticas funcionan como un elemento organizador de la terapia. De ella, una parte fundamental es el prestar atención al contexto y utilizar las conductas de oposición que se producen de forma natural en la terapia, cuidando

de equilibrar intentos de cambio con aceptación. Hay tres tipos de estrategias: (1) las estrategias dialécticas que se relacionan con la forma en la que el terapeuta estructura las interacciones; (2) las que tienen que ver con lo que el terapeuta define como conducta eficaz (sana), y (3) las estrategias terapéuticas específicas que se emplean a lo largo del tratamiento.

### 1.1. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL EQUILIBRIO DE ESTRATEGIAS

La posición terapéutica consiste en centrarse en combinar aceptación con cambio, apoyo con cuestionamiento, flexibilidad y límites, énfasis en habilidades y aceptación de déficit. Se supone que el cambio se facilita al enfatizar la aceptación y la aceptación al enfatizar el cambio. El objetivo es mostrar los opuestos, tanto en la terapia como en la vida del paciente, y fomentar las condiciones para una síntesis.

### 1.2. LA DEFINICIÓN DE COMPORTAMIENTO Y COGNICIÓN EFICACES

Se supone que la rigidez cognitiva, y el pensamiento estructurado en opuestos, así como el caos emocional propio del TLP, indican problemas con el logro de la síntesis y por tanto son no dialécticos. Se enseña y modela un sendero intermedio que evita enredarse en los extremos. El terapeuta ayuda a moverse desde el «esto o aquello» hacia un «esto y aquello», donde ambas alternativas son válidas. Por ejemplo, desde un “si te vas de vacaciones quiere decir que no te importo” hacia un “me voy y me importas”. Lo básico es no invalidar la segunda polaridad cuando uno muestra la primera.

### 1.3. ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS ESPECÍFICAS

En la actualidad hay ocho estrategias dialécticas de tratamiento: 1. Formular y utilizar la paradoja; 2. Representar el “abogado del diablo”; 3. Extremar el significado de las expresiones; 4. El empleo de cuentos y metáforas; 5. La activación de la mente sabia; 6. El hacer limonada cuando sólo hay limones (cambiar lo negativo a positivo); 7. Permitir el cambio y la inconsistencia; 8. Evaluación dialéctica. Por razones de espacio sólo hablaremos de tres; las restantes pueden encontrarse en el «Manual de tratamiento para el TLP» (Linehan, 1993a).

El *formular y utilizar la paradoja* implica subrayar las contradicciones internas del paciente, de la terapia o de la realidad en general (por ejemplo, el autocuidado como forma de cuidar de los demás) para aprender a tolerar la ambigüedad y ayudar al paciente a resolver la paradoja, encontrando una síntesis de las distintas posiciones. Esta solución es siempre experiencial y no racional, por lo que es casi un contrasentido el explicarlo. Por ejemplo, se sostiene el derecho de la persona a suicidarse y, simultáneamente, el derecho del terapeuta a hacer todo lo posible (incluyendo la hospitalización involuntaria) para impedirlo.

*Representar el papel del diablo.* El terapeuta defiende una forma extrema del pensamiento del paciente (por ejemplo, «Estoy tan gorda que mejor estaría muerta»), mientras el paciente lo refuta. Cualquier argumento del paciente es atacado exagerando aún más el pensamiento disfuncional hasta que sea obvia la cualidad autoderrotista de éste. Es una técnica muy semejante a la argumentación usada en terapia racional-emotiva (Ellis, 1973), donde el terapeuta defiende la creencia irracional.

El *extremar el significado de las expresiones* es el intento de producir un cambio por "saciedad" en el que se toma al paciente más seriamente de lo que él mismo lo hace, intentando sacar a éste de su punto de equilibrio y obligarlo a moverse en la dirección contraria. En un principio, el terapeuta sigue al paciente y deja que la conducta llegue al punto que el paciente busca y, una vez allí, extrema las consecuencias de la conducta más allá de lo que el paciente intentaba. Por ejemplo, si un paciente dice «Ud no me sirve, me siento peor que antes y no vuelvo más», sin la menor intención de abandonar la terapia sino tratando de que el terapeuta se centre en la relación terapéutica para evitar el abandono. El terapeuta que está usando las estrategias de las que estamos hablando, estará de acuerdo en no haber sido útil y extremando la amenaza del paciente ofrecerá otros nombres de terapeutas en la zona, subrayando los aspectos no éticos de continuar una terapia inservible. Lo esencial es que el terapeuta tome con mucha seriedad un aspecto de la comunicación (abandonar una terapia inservible) que no es el que el paciente desea que se trate ("qué hacer para mejorar esto" o "lo estoy pasando muy mal").

## 2. Estrategias centrales

La validación y la solución de problemas junto a las estrategias dialécticas son centrales en la TDC de Linehan. La validación es obviamente aceptación mientras que la solución de problemas está orientada al cambio. Ambas se usan casi en cada interacción con el paciente y se supone que los *impasses* en terapia se deben frecuentemente a un énfasis exagerado en una u otra.

La *validación* es una técnica terapéutica que Linehan toma prestada de la tradición rogeriana, pero a la cual agrega el requerimiento de que debe realizarse tanto a nivel de la experiencia pasada como en el presente. Implica la búsqueda activa de aquellos elementos, tanto históricos como actuales, que hacen que la respuesta emitida por el/la paciente sea perfectamente comprensible y válida, aunque simultáneamente sea desadaptativa y, por tanto, necesite modificación. Consiste en buscar activamente los elementos presentes que hacen que la respuesta tenga sentido en las circunstancias actuales del paciente. El terapeuta sintetiza los aspectos disfuncionales de la conducta, asumiendo que el paciente quiere mejorar, pero que siente emociones como miedo, ira y vergüenza que pueden inhibirlo; busca aquellos elementos que hacen de ella una respuesta comprensible y válida a esa situación.

En la *solución de problemas*, el aspecto central es facilitar (y a veces crear) una posición activa en el paciente hacia la solución de sus problemas. Es un proceso di-

fácil en pacientes con TLP y requiere del uso amplio de la validación y de la comunicación irreverente (descrita más adelante). Es un proceso que implica dos etapas: primero el entendimiento y la aceptación de un determinado problema, y luego, la generación de soluciones alternativas.

La definición del problema se realiza mediante un análisis conductual exhaustivo de la cadena de acontecimientos que llevó a la respuesta disfuncional, comenzando con un suceso específico del medio para continuar con acontecimientos concurrentes y consecuentes en cada eslabón de la cadena. Es importante no hacer suposiciones sino preguntar al sujeto; por ejemplo, «¿cómo pasas de la crítica a sentir ganas de lastimarte?» o «¿qué pasó después de...?».

El paso siguiente es la construcción y comprobación de hipótesis sobre los acontecimientos que están manteniendo y generando la conducta problema. Una vez identificado éste, la estrategia consiste en un intento activo de encontrar soluciones alternativas. A veces esto se hace durante el análisis conductual, identificando y mostrando en cada paso una conducta alternativa. Otras veces será necesario usar el "torbellino de ideas" (generar tantas soluciones alternativas como sea posible), cuyos componentes son posteriormente evaluados en función de los resultados posibles, seleccionando finalmente la solución que sea más eficaz, prestando atención a los costes y beneficios a corto y largo plazo. Deberá escogerse aquella solución que beneficie directamente al paciente y no necesariamente a los demás. Dependiendo del caso, la solución puede ser el entrenamiento en habilidades deficitarias, la modificación de contingencias, la reestructuración cognitiva, etc., técnicas provenientes todas ellas de la literatura sobre terapia cognitivo-conductual.

*Las estrategias de control y clarificación de contingencias* se aplican cuando se determina que el problema radica en que las contingencias medioambientales están reforzando la conducta disfuncional. La clarificación de las contingencias involucra la entrega de información sobre lo que se puede esperar de la terapia, su proceso y exigencias y cómo operan las contingencias en la conducta humana, ejemplificando los patrones que explican conductas del paciente. El manejo de contingencias implica adecuar las respuestas del terapeuta de forma que refuercen comportamientos adaptativos, no suicidas, y que extingan los desadaptativos y suicidas. Sin embargo, no hay que ignorar estas conductas totalmente. La acción estructurada se orienta a mantener al paciente vivo, sin reforzar la conducta suicida. El terapeuta dialéctico conductual asume algunos riesgos a corto plazo para aumentar la probabilidad de mejoría a largo plazo.

### 3. *Estrategias de estilo*

En el curso del tratamiento, la TDC utiliza dos estilos distintos de comunicación. El primero, la comunicación recíproca, que se parece al estilo rogeriano, y el segundo, la comunicación irreverente, que se relaciona con la terapia estratégica y los escritos de Whittaker (Whittaker, 1975). Es importante que ambos estilos se mezclen y se equilibren mutuamente.



*La comunicación recíproca.* El objetivo es reducir la diferencia de poder percibida entre paciente y terapeuta, haciendo a éste más vulnerable a lo que hace el paciente. La honestidad, la autorrevelación y la responsividad son los ingredientes básicos. Esta última requiere tomar en serio al paciente y sus deseos, de forma cálida y aceptante. La autorrevelación, empleada siempre en beneficio del paciente, es importante. Por ejemplo, ante un paciente que se queja de la frialdad del terapeuta, se puede responder: «Cuando me exiges que sea cálida y me criticas por no serlo, eso me aleja de ti, me siento a la defensiva y me resulta difícil ser cálida». Una afirmación de este tipo combina la validación con el desafío, mostrando las consecuencias de la conducta del paciente en el terapeuta y validando la percepción del paciente simultáneamente. La comunicación recíproca requiere la capacidad del terapeuta para reconocer abiertamente y con humildad limitaciones personales y errores terapéuticos junto al impacto real que tiene la conducta del paciente en él. Por ejemplo, «Reconozco que fui muy acusadora y me equivoqué; mi problema es que cuando me amenazas, me angustio y no puedo pensar bien, lo que hace más probable que me equivoque de nuevo. Tenemos que encontrar la forma de que me muestres mis equivocaciones sin que yo me angustie»).

*La comunicación irreverente.* Se usa para “descolocar” al paciente, de forma que pueda “recolocarse” de forma más sana. Es útil cuando necesitamos: 1) atraer la atención del paciente, 2) cambiar la respuesta afectiva, ó 3) Mostrar un punto de vista totalmente distinto. El terapeuta indica que cualquier idea o creencia está siempre sujeta a cuestionamiento, exploración y cambio. Se usa la lógica para tejer una red de la que el paciente no pueda escapar. Una comunicación irreverente casi nunca corresponde a lo que el paciente espera. Aunque responde a la comunicación del paciente, no lo hace a las expectativas de éste. El terapeuta “reformula” la comunicación del paciente de forma inesperada o se centra en un aspecto de ella que no era el objetivo inicial. Por ejemplo, si el paciente dice «Me voy a suicidar», el terapeuta podría responder irreverentemente, «Pensé que habíamos acordado que no ibas a dejar la terapia». Esta estrategia incluye hablar de forma muy directa, abordar lo asumido por el paciente y minimizarlo o maximizarlo sin emocionalidad, con el fin de resaltar algún aspecto que el paciente no había considerado. Es lo opuesto a la validación y el terapeuta debe moverse entre ambas estrategias con rapidez, intentando no ser agresivo ni sarcástico. Generalmente, este grado de activación sorprende al paciente, ya que este tipo de comportamiento generalmente se contrapone a la respuesta esperada, lo distrae algo de la intensidad emocional y renueva el contacto. Es difícil de explicar, pero implica tratar algo serio de forma superficial y concreta mientras que al mismo tiempo se toma seriamente.

Así, se le podría decir al paciente que no debiera matarse pues interferiría con el trabajo terapéutico e inmediatamente después emplear la validación, comunicando comprensión y aseverando enfáticamente que debe sentirse horriblemente mal, muy frustrado y desesperanzado. La irreverencia nunca implica falta de responsividad emocional por parte del terapeuta. Es también útil asumir un estilo de omnipotencia. Por ejemplo, frente a un paciente que dice que aunque deje de automutilarse «no servirá de nada», se puede responder con «Créeme, va a funcionar, yo sé de esto». Es igualmente irreverente admitir impotencia. Por ejemplo, al

discutir sobre la relación terapéutica se podría admitir, «es fácil ganarme cuando quieras, lo único que tienes que hacer es mentir». Es esencial al usar la comunicación irreverente dejarle siempre una salida al paciente, no acorralarlo, porque la estrategia perdería utilidad y podría percibirse como una agresión.

#### 4. *Estrategias de control*

Constituyen un grupo de tres estrategias que se refieren a la forma en que el terapeuta se relaciona con el mundo externo de paciente. Se emplea cuando el medio del paciente interfiere con su funcionamiento o con el progreso de la terapia. Las estrategias son: 1) De consulta para el paciente; 2) Intervención sobre el medio y 3) De consulta/supervisión para el terapeuta.

##### 4.1 DE CONSULTA PARA EL PACIENTE

Requiere que el terapeuta sea un consultor para el paciente y no para los que se relacionan con éste. Como norma, el terapeuta no interviene para lograr que el medio cambie adaptándose al paciente, ni consulta con otros profesionales sobre cómo tratar al paciente a menos que éste se encuentre presente, sino que le ayuda a vérselas e interactuar con su medio. Esto tiene ventajas importantes. En primer lugar, transmite la creencia de que el paciente es un ser capaz de manejarse e interactuar eficazmente; segundo, disminuye la posibilidad de conflicto entre los diferentes profesionales (y sus opiniones probablemente distintas sobre lo que hay que hacer), manteniendo al terapeuta al margen de ellos. De este modo, si el paciente se queja de que su psiquiatra es un canalla porque no quiere recetarle más ansiolíticos, el terapeuta puede responder: «De nuevo el Dr. X está haciendo de las suyas; veamos cómo podrías explicarte para que sea capaz de entenderte y darte lo que necesitas».

##### 4.2 INTERVENCIÓN SOBRE EL MEDIO

Hay pocas excepciones a la estrategia de consulta, pero a veces es necesaria la intervención directa del terapeuta. La excepción al asesoramiento se produce si el paciente está en peligro y el otro profesional no colabora a menos que intervenga una persona con más poder que el paciente, como, por ejemplo, en el caso de una interacción con el sistema judicial. El paciente no puede cobrar un seguro de salud sin un informe firmado por un profesional, no importa lo hábil, cortés y adecuado que pueda ser el paciente. Y, obviamente, el terapeuta interviene cuando la vida del paciente o la seguridad de otros están en serio peligro, haciendo lo necesario para protegerlos.

#### 4.3. LA CONSULTA/SUPERVISIÓN POR PARTE DEL TERAPEUTA

La consulta-supervisión por parte del terapeuta es básica para la TDC y tiene tres funciones primordiales: 1) Ayudar a mantener una buena alianza del terapeuta con su paciente, reformulando comportamientos del paciente, y apoyando dialécticamente al paciente o al terapeuta para que éste se acerque o se aleje del paciente según se estime necesario.

La consulta/supervisión por parte del terapeuta ayuda también a abordar tempranamente conductas que interfieren con el progreso de la terapia, tanto si provienen del paciente como si es el terapeuta quien está siendo un factor iatrogénico. Hemos visto que muchas veces los terapeutas temen abordar sentimientos propios, como, por ejemplo, sentirse enojados, cansados o dudar si seguir con el tratamiento, porque los evalúan como déficits propios y no como problemas en la relación paciente-terapeuta susceptibles de ser afrontados en terapia. De hecho, cuando no se observa progreso terapéutico se analiza no sólo al paciente, sino también al comportamiento del terapeuta para explicarlo y sugerir alternativas.

Al insistir en la causalidad recíproca de las interacciones terapeuta-paciente y al evitar la asignación de culpabilidades, Linehan construye una realidad en la que se facilita el establecimiento de una relación de colaboración. Por ejemplo, las conductas que interfieren con la terapia no se consideran "resistencias", sino que se utilizan, por el contrario, como fuentes de información sobre aspectos que ejemplifican los comportamientos del paciente en su medio natural y que orientan al terapeuta cuando éste ha tomado una dirección equivocada.

#### **Objetivos terapéuticos en la terapia dialéctica conductual**

Los objetivos terapéuticos en TDC son específicos, están ordenados jerárquicamente y son comunes a las distintas modalidades de tratamiento (grupo o individual). Dichos objetivos son los siguientes:

1. Disminución o eliminación de la conducta suicida (parasuicidio e ideación suicida de alto riesgo).
2. Disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la progresión misma de la terapia.
3. Disminución o eliminación de las conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa (abuso de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, carencia de hábitos de trabajo, etc.).
4. Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento (regulación de emociones, eficacia interpersonal, tolerancia al sufrimiento).
5. Reducción de los efectos del estrés postraumático.
6. Aumento del respeto por uno mismo.
7. Obtención de otros objetivos del paciente.

La ordenación jerárquica implica no sólo un orden de prioridades, sino también la exigencia de que para tratar un objetivo posterior no deben darse incidencias de conductas problemas que tengan una prioridad más alta.

A modo de ejemplo se expondrá el manejo de los cuatro primeros objetivos de la jerarquía con el fin de ejemplificar el uso de algunas de las estrategias terapéuticas ya mencionadas de la TDC.

### 1. *La conducta suicida (parasuicidio e ideación suicida de alto riesgo)*

La conducta suicida constituye la primera prioridad y de hecho su primacía se destaca desde la primera sesión cuando se plantea el contrato de tratamiento. Éste involucra un compromiso de un año de duración que puede renovarse al término de este período por mutuo acuerdo.

El terapeuta se compromete a poner todos sus conocimientos y habilidades en juego para ayudar al paciente a construir una vida satisfactoria para él. El paciente se compromete, al menos, a no suicidarse, a trabajar en colaboración para lograr los objetivos propuestos y a disminuir paulatinamente la conducta de automutilación.

Se espera que el paciente ponga todo de su parte para controlar sus conductas suicidas y las que interfieren con la terapia y que sea honesto en la discusión de estas conductas e impulsos.

El terapeuta aclara repetidamente que no puede resolver los problemas del paciente, ni tampoco evitar que se suicide, pero que hará todo lo posible para ayudarle a resolver esos problemas. Se considera al paciente como un ser capaz y activo en el proceso terapéutico y al terapeuta como agente bien intencionado y útil, pero no todopoderoso. El suicidio y la automutilación se enfocan como intentos ineficaces de solución de problemas, insistiendo en sus efectos, no sólo en la vida y en el medio ambiente del paciente, sino también en la relación terapéutica y en la persona del terapeuta. Así, se reconoce la incapacidad del terapeuta para trabajar con un paciente muerto y con la tensión constante de que el paciente pueda lastimarse seriamente o intentar suicidarse durante el período de tratamiento. Simultáneamente, se intenta contrarrestar activamente todo intento de trivializar la automutilación (por ejemplo, «¿qué quieres decir con que sólo te hiciste un rasguño en la muñeca con una hoja de afeitar!»).

Tanto la automutilación como el intento de suicidio son conceptualizados como aspectos clave que señalan la existencia de un problema que necesita ser resuelto. Así, se supone que el paciente quiere mejorar y que algo interfirió con la utilización de estrategias eficaces; es decir, se asume la existencia de la motivación para mejorar. El paciente y el terapeuta llevan a cabo un exhaustivo *análisis conductual* de estos aspectos clave. Se examina minuciosamente la cadena de acontecimientos que lo llevaron a la respuesta disfuncional, incluyendo la interacción recíproca entre el medioambiente y las respuestas del paciente (tanto cognitivas como conductuales y emocionales). Se plantean hipótesis sobre las variables que influyen o controlan las respuestas disfuncionales, evaluando su eficacia.

El siguiente paso es la generación de respuestas adaptativas que, en cada paso de la cadena, el paciente podría haber emitido o que podría usar en el futuro y que serían útiles para resolver el problema, siempre tomando seriamente en consideración las capacidades y habilidades de que dispone el paciente.

Si se determina que es un problema de falta de habilidades, el terapeuta usará las *estrategias para mejorar las habilidades*, en las que se aborda la conveniencia del cambio y se enfatiza la necesidad de involucrarse activamente en la adquisición y puesta en práctica de habilidades de afrontamiento de la vida diaria, intentando contrarrestar activamente la tendencia a la solución pasiva de problemas. Aquí se exige que el paciente ponga en práctica las habilidades aprendidas en el grupo (mencionadas posteriormente) y se trabaja en lo que interfirió con esta actividad.

Si el problema se relacionara con la obtención de ayuda profesional externa a la terapia, se trabajará con las ya mencionadas estrategias de *consultoría*. Así, el terapeuta ayuda al paciente a modificar su propio comportamiento para interactuar eficazmente con otros profesionales de la comunidad.

Una vez que la conducta suicida está bajo control, el terapeuta abordará la siguiente conducta en la jerarquía y así sucesivamente. Ahora bien, si, por ejemplo, al estar tratando con las conductas que obstaculizan el llevar una vida razonablemente adaptativa (abuso de sustancias psicoactivas, conductas delictivas) el paciente comienza a dejar de venir a la terapia, se retrocede a la etapa anterior y se aborda la falta de asistencia como un problema que interfiere con el progreso de la terapia, aplicando las estrategias correspondientes.

## 2. *Las conductas que interfieren con la terapia*

Si consideramos que más del 50% de los pacientes límite abandonan la terapia antes de los seis meses y que sólo uno de cada diez la termina (Waldinger y Gunderson, 1984), cobra importancia fundamental tratar específicamente aquellas conductas que ponen en peligro el mismo proceso terapéutico. Dentro de la relación terapéutica, el terapeuta presta especial atención a las interacciones que se dan dentro del contexto terapéutico, aceptando que el paciente forma parte de éste y por tanto influye en el contexto y en la realidad terapéutica creada. Además, el terapeuta presta máxima atención a la forma en que su comportamiento puede mantener o reforzar la conducta disfuncional del paciente.

Linehan (1993a) propone que una de las causas fundamentales, tanto para el abandono prematuro como para la falta de progreso de la terapia, es el cansancio del terapeuta (*burnout*) que surge como resultado de trabajar con pacientes muy difíciles. Se supone que un terapeuta cansado tiene una probabilidad muy alta de ser iatrogénico y de emitir conductas que interfieran con la relación terapéutica y/o con el progreso. Es frecuente que estos pacientes requieran más atención que otros y, al mismo tiempo, es corriente que el terapeuta cansado tienda a "apaciguar" en lugar de trabajar con el paciente. Puede hacer cosas de las que luego se arrepentirá y que lo lleven a concluir que no está siendo eficaz, disminuyendo su motivación y pudiendo hacer que termine prematuramente la terapia (p. ej., un exceso de llamadas nocturnas en estado de crisis o acceder a demandas que el paciente profiere de forma amenazante). El terapeuta cansado puede también transformar una queja de su paciente sobre la terapia en una crítica a la persona del paciente, por ejemplo, «es supersensible o exige demasiada atención».

De aquí que la presencia de tales conductas o interpretaciones iatrogénicas se convierta en centro de atención terapéutica antes de que el terapeuta o su paciente no deseen seguir trabajando juntos. Por ejemplo, si una paciente que exige que su terapeuta la atienda inmediatamente, bajo amenaza de suicidio, constituye un indicador para recurrir al uso de la antes mencionada comunicación recíproca («me angustio cuando me amenazas con suicidarte y no puedo pensar con claridad, así que me es difícil») o de la técnica del extremar el significado de las expresiones («si te vas a suicidar debo llamar para que te hospitalicen, ¿no podemos hablar de una sesión extra si te quieres suicidar!»). Se supone que así como el terapeuta influye en el comportamiento del paciente, también el paciente influye en el del terapeuta. Los pacientes límite suelen influir en el comportamiento de los terapeutas obstaculizando el éxito terapéutico. Otros ejemplos de conductas del paciente que se consideran obstáculos para la terapia son el contestar a toda pregunta con un «No sé» o «No importa eso» o el insultar o desvalorizar las intervenciones del terapeuta.

3. *Conductas que obstaculizan llevar una vida razonablemente adaptativa (abuso de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, carencia de hábitos de trabajo, etc.).*

Aquí se trata de que el paciente alcance un estilo de vida compatible con un funcionamiento adecuado y a un nivel seguro. En la TDC se asume que la integración de la aceptación y el cambio potencia la eficacia del enfoque (Heard y Linehan, 1994). Enseñamos al paciente todas las técnicas conductuales para controlar su adicción al alcohol (identificación de situaciones de riesgo, implementación de conductas alternativas a la adicción, cambio en atribuciones, etc.) y qué hacer específicamente cuando surjan los deseos por la sustancia.

Es importante enseñarle las variables que controlan los deseos por la droga, pero también que si uno solamente los observa sin reforzarlos, los deseos disminuirán gradualmente con el tiempo. Así, se integran, tanto el aceptar el surgimiento de un deseo como el distanciamiento afectivo y la objetivización que propicia la observación de forma cuidadosa.

4. *Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento (regulación de emociones, eficacia interpersonal, tolerancia al sufrimiento)*

Linehan supone que los pacientes límite presentan déficits en diversas áreas, como déficit en la capacidad para tolerar el sufrimiento, en la capacidad para regular su emotividad, para entablar relaciones interpersonales y en la capacidad de tomar conciencia sin enjuiciar la experiencia.

El entrenamiento en estas habilidades se desarrolla en un formato de grupo psicoeducativo (paralelo a las sesiones individuales) que se reúne durante aproximadamente dos horas a la semana. Es un grupo altamente estructurado, en el que los comportamientos suicidas, de crisis u otros, se trasladan activamente al terapeuta individual. A su vez, el terapeuta individual se encarga de vigilar la adquisición y, es-

pecialmente, la generalización de las habilidades enseñadas en grupo a situaciones específicas problemáticas para el paciente.

#### 4.1. LAS "HABILIDADES DE PERSPICACIA" (MINDFULNESS)

Se consideran básicas y un prerrequisito para la adquisición de las demás. Se enseñan en primer lugar y consisten en una traducción conductual de la práctica de meditación Zen. Incluyen las habilidades de observar, describir y participar (habilidades relativas al "qué"), y las de asumir una perspectiva no enjuiciadora, centrar la atención en solamente una cosa en cada momento y ser eficaz en cada situación (en lugar de centrarse en lo correcto o bueno que uno "debiera" hacer) (habilidades relativas al "cómo").

Los pacientes aprenden también a encontrar la "mente sabia", o la síntesis entre el yo emocional que incluye sentimientos, emociones, impresiones, etc., y el yo racional que está compuesto por pensamientos, razonamiento lógico y hechos (Heard y Linehan, 1994). Estas habilidades de perspicacia están asociadas a todas las demás y por lo tanto se consideran "centrales". Por ejemplo, al enseñar regulación emotiva se les pide que practiquen el observar y describir la emoción desde que surge hasta que se disipa.

#### 4.2. LAS "HABILIDADES PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO"

Por medio de las cuales se aprende a aceptar la realidad tal como se presenta. La aceptación de la realidad implica aceptar los pensamientos, emociones y conductas sin enjuiciarlos ni intentar cambiarlos o controlarlos. Se basa en el postulado Zen de que la evitación del sufrimiento lo empeora, por lo que aceptarlo no implica darse por vencido ni que aprobemos la situación, sino que permite vérselas con el dolor en ese momento.

#### 4.3. LAS "HABILIDADES PARA REGULAR LA EMOTIVIDAD"

Sirven para entrenar al paciente a prevenir y modular estados emocionales extremos. Estas estrategias provienen de la terapia conductual tradicional. Entraña enseñar a los pacientes la función de las emociones, la identificación de las mismas, el experimentar una emoción sin enjuiciarla, el aumentar la respuesta emocional ante sucesos positivos, cómo incrementar la frecuencia de este tipo de acontecimientos, etc. Se supone que la conducta manifiesta es inseparable de la emoción; por lo tanto, al cambiar la conducta cambiará también la experiencia emocional. Así, se enfatiza el papel de la expresión facial y del "actuar como si" sobre la experiencia emotiva, lo que, como subproducto, sirve para contrarrestar la tendencia a justificar la acción con base en el estado emocional ("estaba mal, hundida, por eso me lastimé").

#### 4.4. LAS "HABILIDADES INTERPERSONALES"

Las habilidades interpersonales están basadas en el entrenamiento asertivo. Haciendo un uso amplio de la representación de papeles, se enseña a los pacientes a aumentar la probabilidad de cambiar el medio y obtener lo deseado, equilibrando la importancia de las relaciones humanas y el respeto por uno mismo. Así, se enseña a decidir entre objetivos en conflicto y la relativa priorización de objetivos individuales *versus* el mantenimiento de una relación personal y cómo obtener lo que uno quiere sin deteriorar la relación con las otras personas.

### Resultados terapéuticos

La terapia dialéctica conductual de Linehan ha sido la primera en ser evaluada empíricamente para el tratamiento de pacientes con un trastorno límite de la personalidad (Linehan *et al.*, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993). Al aplicar la TDC a mujeres que cumplían con este diagnóstico y que tenían una historia de conducta suicida crónica, los sujetos mostraron una mejoría significativa en el comportamiento suicida, una menor tasa de abandono precoz de la terapia, una menor cantidad de días hospitalizados en unidades psiquiátricas, una mejor adaptación social y general, una mayor reducción de la ira y una mayor sensación de control emocional y de ajuste interpersonal.

No se encontraron efectos sobre la ideación suicida, la depresión, la satisfacción con la vida en general, ni la desesperanza. En conjunto, las pacientes límite *funcionaban mejor*, al aumentar su tolerancia al sufrimiento y el control de su comportamiento desadaptativo, pero *no se sentían mejor*, es decir, no eran más felices y no estaban más satisfechas que las pacientes que seguían el tratamiento habitual.

Es importante destacar que el tratamiento se ha probado en un grupo relativamente homogéneo de mujeres muy disfuncionales y con conductas suicidas crónicas. No sabemos si los resultados se generalizarían a individuos límite menos disfuncionales o no suicidas ni si sería eficaz con hombres límite. Además, estos estudios se hicieron con pocos sujetos. En la actualidad, en la Universidad de Washington (Seattle, Estados Unidos) se lleva a cabo un estudio para probar la eficacia de TDC en pacientes límite con problemas adictivos. En el futuro, la investigación determinará con mayor precisión el alcance y las limitaciones de este tratamiento que, hasta el momento, parece prometedor.

### Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B. y Kroll, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.



- Ellis, A. (1973). Rational-emotive psychotherapy. En R. Corsini (dir.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.
- Frances, A., Fyer, M. y Clarkin, J. F. (1986). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 281-2934
- Gardner, D. L. y Cowdry R. W. (1986). Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 389-403.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Heard, H. L. y Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration* (en prensa).
- Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.
- Herman, J. L., Perry J. C. y Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suárez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974
- Linehan, M. M. y Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Links, P. S., Mitton, J. E. y Steiner, M. (1990). Predicting outcome for borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 490-498
- Mc Glashan, T. H. (1986). The Chesnut Lodge follow-up study. III: Long-term outcome of borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. L., Cohen, B. y Gunderson, J. F. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.
- Stevenson, J. y Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362
- Wagner, A. W., Linehan, M. M. y Wasson, E. J. (1989, noviembre). *Parasuicide, Characteristics and relationship to childhood sexual abuse*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Asociación for Advancement of Behavior Therapy, Washington.
- Waldinger, R. J. y Gunderson J. G. (1984). Completed psychoterapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 190-202
- Whittaker, C. A. (1975). Psychotherapy of the absurd: with a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*, 14, 1-16.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. W. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 786-795.
- Widiger, T. A. y Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. En A. Tasman, R. E. Hales y A. J. Frances (dirs.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 8, pp. 8-24). Washington DC: American Psychiatric Press.