

Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad

Matilde Elices; Soledad Cordero:

Autor referente: matildeelices@psico.edu.uy

Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

RESUMEN

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) ha sido creada por la Dra. Marsha Linehan, para el tratamiento de pacientes con intentos suicidas recurrentes y diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Es un modelo terapéutico que incluye elementos de la terapia cognitivo-conductual, de *Mindfulness* y de la filosofía dialéctica. En la actualidad la DBT es el tratamiento con mayor evidencia empírica para el TLP, demostrando ser efectiva en la reducción de varios problemas asociados a este trastorno, como ser: autolesiones, intentos de autoeliminación, ideación suicida, desesperanza, depresión y comportamientos asociados a la bulimia. El objetivo de este artículo es desarrollar los fundamentos teóricos y conceptuales básicos sobre los que se construye la DBT, y exponer sus principales directrices de tratamiento. También se abordan las principales diferencias con la terapia cognitivo-conductual *standard*.

ABSTRACT

Dialectical Behavioral Therapy (DBT) is a treatment developed by Marsha Linehan for individuals with several suicidal attempts and diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD). DBT is a “third wave” treatment, because it combines behavioral techniques with Mindfulness and dialectical philosophy. At the moment there are 7 randomized controlled trials that point out the efficacy of DBT in the treatment in BPD. DBT has shown effectiveness in the reduction of several symptoms associated with the disorder such as: self mutilation, suicidal attempts, suicidal ideation, depression, and bulimic behavior. The aim of this article is to explain the theoretical basis of DBT and the treatment approach. Finally, we compare DBT to standard cognitive-behavioral therapy.

PALABRAS CLAVE: terapia dialéctico conductual, trastorno límite de la personalidad, psicoterapia

KEYWORDS: dialectical behavioral therapy, borderline personality disorder, psychotherapy

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico severo asociado a una baja calidad de vida y altos costos sociales (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). La prevalencia del trastorno en la población general se estima en un rango que va del 0.5% al 5,9%, para los pacientes psiquiátricos ambulatorios la cifra asciende al 10% mientras que entre los pacientes ingresados la prevalencia se estima entre un 15% a 25% (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Para realizar un diagnóstico de TLP según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; APA, 1994) se necesitan al menos cinco de nueve criterios. Estos son: 1. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días); 2. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes); 3. sentimientos crónicos de vacío; 4. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación; 5. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por extremos de idealización y devaluación; 6. impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida); 7. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; 8. alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable; 9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

La compleja problemática que presentan estos pacientes, los altos niveles de deserción del tratamiento y los altos costos para los sistemas de salud, mostraron la necesidad de crear tratamientos específicos para el TLP. La terapia dialéctico conductual (DBT), desarrollada por Marsha Linehan (1993), es un tratamiento cognitivo-conductual originalmente concebido para tratar pacientes con suicidabilidad crónica y autolesiones.

El objetivo del presente artículo es desarrollar los fundamentos teóricos y

conceptuales básicos sobre los que se construye la DBT, así como exponer sus principales directrices de tratamiento. También se presenta brevemente su base empírica así como las diferencias con la terapia cognitivo–conductual (TCC) *standard*.

LA TEORÍA BIOSOCIAL

Desde el modelo biosocial propuesto por Linehan (1993) la disregulación emocional es considerada como la disfunción primaria en el TLP y los patrones conductuales propios del trastorno estarían funcionalmente relacionados con esta alteración. Es así que los criterios diagnósticos para el TLP propuestos por el DSM- IV (APA, 1994) pueden reorganizarse a partir de la disregulación emocional que encabeza la disregulación de otras áreas como la cognitiva (p. ej., disociación), la interpersonal (p. ej., temor al abandono), la del *self* (p. ej., vacío) y la conductual (p. ej., autolesión) (Linehan, 1993, Ver Figura 1).

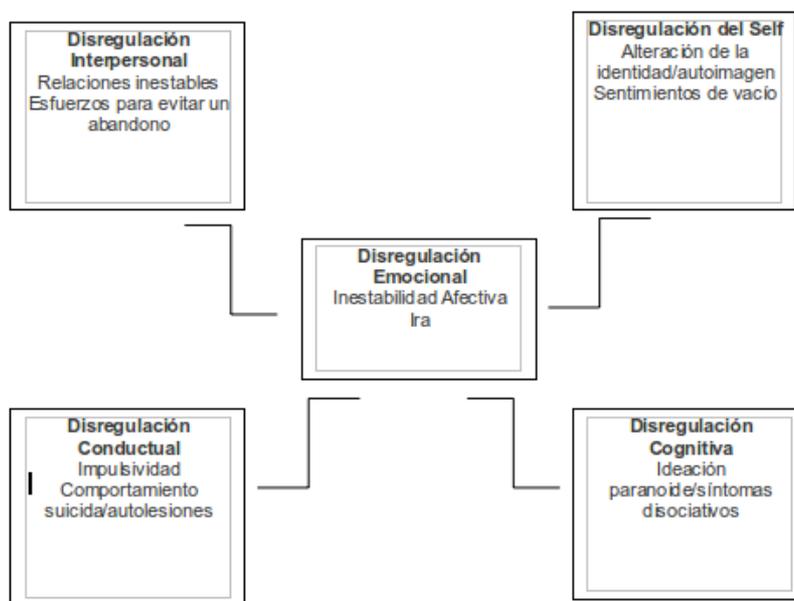


Figura 1. Reorganización de los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TLP en función de la disregulación emocional.

Los comportamientos disfuncionales (ej: autolesiones) de los sujetos con TLP son concebidos entonces como intentos maladaptativos de regular la emoción o como consecuencia de la falta de habilidad para regular la emoción (ej: síntomas disociativos). Según este modelo en el desarrollo del TLP estarían involucrados tanto factores biológicos como ambientales. Los individuos con TLP tendrían una vulnerabilidad biológica a la disregulación emocional que se combinaría con la crianza en un ambiente invalidante. La vulnerabilidad emocional ha sido definida por Linehan (1993) como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una alta reactividad (rápidamente), una alta intensidad, y una vuelta lenta a la línea de base de la emoción. El ambiente invalidante le enseña al niño que sus respuestas emocionales son incorrectas o inapropiadas, por ejemplo: trivializando sus pensamientos y emociones. De esta forma el individuo no aprende a etiquetar las experiencias privadas de una manera aceptable para la comunidad social, a regular efectivamente las emociones, o a confiar en sus experiencias como respuestas válidas para los eventos (Linehan, 1993), lo que provoca un patrón de respuesta emocional que oscila entre la inhibición emocional y una respuesta emocional extrema. Linehan (1993) ha descrito tres tipos de familias invalidantes: las familias caóticas, las familias perfectas y las familias típicas. Las familias caóticas son aquellas en las que los padres tienen, por ejemplo, problemas de abuso de sustancias y pasan poco tiempo con sus hijos, o simplemente no les prestan atención. En las familias perfectas los padres no toleran reacciones emocionales negativas por parte de los hijos. En las familias típicas de la cultura occidental se privilegia el control de las emociones y cogniciones. Si bien este control puede ser efectivo en ciertas circunstancias, resulta muy difícil para el niño que no posee la habilidad de auto regular el afecto (Linehan, 1993).

Recientemente Crowell, Beauchaine y Linehan (2009) han propuesto una ampliación del modelo inicialmente desarrollado por Linehan (1993). El modelo ampliado se apoya en las evidencias teóricas y empíricas derivadas de la psicopatología del desarrollo y de la investigación más actual sobre las vulnerabilidades biológicas y factores de riesgo psicosociales vinculadas al TLP que permiten, según los autores, revisar la

teoría inicial de Linehan y ofrecer una descripción más actualizada y completa de la etiología del TLP. Lo esencial de esta propuesta es el rol que se le concede a la impulsividad temprana en la etiología del TLP, rol que se concibe como independiente de la disregulación emocional, y que constituiría un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de dificultades en la regulación emocional. La impulsividad es entendida como un comportamiento que es socialmente inapropiado o mal adaptado y que se emite sin premeditación (Oas, 1985) y sería uno de los primeros rasgos que emergen en sujetos que posteriormente presentan un TLP, un aspecto que Linehan no considero en su teoría biosocial original. Más específicamente se propone que una de las vías evolutivas que conduciría al TLP en la adultez se caracterizaría por la presencia de una vulnerabilidad temprana, manifestada inicialmente a través de la impulsividad y seguida por una sensibilidad emocional fuerte, que se potenciaría durante el desarrollo evolutivo por la presencia de factores de riesgo ambiental, dando lugar a una disregulación emocional, conductual y cognitiva extrema. En consonancia con un perspectiva enmarcada dentro de la psicopatología del desarrollo, en esta propuesta se describe un modelo transaccional, en el que las características individuales del niño (vulnerabilidad biológica) y las características del contexto (así como de los cuidadores) interaccionan modelando y manteniendo la disregulación emocional, comportamental, interpersonal y cognitiva, característica de la personalidad límite (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

LA FILOSOFÍA DIALÉCTICA

A pesar de que la filosofía dialéctica es frecuentemente asociada a Marx y Engels, ha estado presente en diversas teorías científicas y como discutiremos más adelante, es quizá la característica que diferencia radicalmente a la DBT de la Terapia Cognitivo–Conductual Standard. El pilar sobre el que se construye la filosofía dialéctica postula que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión. Es así que cada tesis contiene su anti-tesis. El cambio dialéctico ocurre cuando una tesis y su anti-tesis pueden encontrar una síntesis, que no es otra

cosa que una nueva dialéctica. La dialéctica más importante para la DBT es la que ocurre entre cambio y aceptación. Como veremos, las terapias que se focalizan únicamente en el cambio son menos eficaces que la DBT en el tratamiento del TLP, del mismo modo, la focalización absoluta en la aceptación tampoco será suficiente para la mejoría del paciente. El terapeuta deberá entonces promover y practicar la filosofía dialéctica en el transcurso de la terapia.

ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO

En la DBT el tratamiento se estructura en torno a cuatro instancias: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico.

Cada una de estas instancias tiene objetivos claros y diferenciados que deben ser respetados por terapeutas y pacientes.

TERAPIA INDIVIDUAL

El terapeuta individual es quien guía el proceso terapéutico, es responsable de planificar el tratamiento, ayudar al paciente a integrar y aplicar aquello que aprende en las otras instancias y es quien ayuda al paciente durante las crisis.

GRUPO DE HABILIDADES

Se enseñan cuatro módulos: *Mindfulness*, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de efectividad interpersonal y habilidades de regulación emocional. El objetivo de estos grupos es enseñar habilidades que servirán para disminuir algunos comportamientos disfuncionales (como ser las autolesiones) y sustituir estos comportamientos por otros cuyas consecuencias sean menos aversivas. Las habilidades de *Mindfulness* son las primeras en enseñarse, son las únicas que se trabajan durante todo el año y se revisan al inicio de cada uno de los siguientes módulos

(Linehan, 1993). Estas habilidades son versiones psicológicas y conductuales de prácticas espirituales orientales (Linehan, 1993). El concepto de *Mindfulness* ha sido traducido al castellano como “conciencia plena”. La idea básica de la conciencia plena consiste en prestar atención de manera intencional al momento presente (Kabat –Zinn, 1990). El objetivo es que el paciente aprenda a focalizar la atención en sus propios pensamientos y emociones, intentando describir lo que ocurre sin emitir juicios. Las habilidades de regulación emocional ayudan al paciente a disminuir los comportamientos impulsivos que ocurren en contextos de alta activación emocional. Con este objetivo se les enseña a identificar y describir las emociones, a no evitar las emociones negativas, y a aumentar las emociones positivas (Dimeff & Koerner, 2007). La tolerancia al malestar se compone por técnicas para el control de impulsos que ayudan al paciente a sobrellevar las crisis sin incurrir en abusos de sustancias, intentos de autoeliminación u otros comportamientos disfuncionales. En el módulo de habilidades de efectividad interpersonal se enseña asertividad y a lograr los objetivos manteniendo el respeto por uno mismo y los demás. La frecuencia de los grupos es semanal, con una duración de dos horas y media. Todos los módulos se completan en aproximadamente seis meses y en el formato *standard* de la DBT se aconseja que el paciente rote por los módulos dos veces, de esta forma el grupo de habilidades dura aproximadamente un año.

CONSULTORÍA TELEFÓNICA

La consultoría telefónica tiene como objetivo ayudar a generalizar las habilidades aprendidas en los grupos. Las llamadas telefónicas siguen un protocolo: el paciente debe contactarse con su terapeuta individual antes de efectuar la conducta problema, si esto no ocurriese el terapeuta deberá evaluar el riesgo del paciente y se deberán esperar veinticuatro horas para un próximo contacto. Son llamadas de una breve duración (aproximadamente diez minutos), en las que el terapeuta evalúa el riesgo en que se encuentra el paciente y lo guía para poner en práctica alguna de las habilidades aprendidas en los grupos en el momento en que la

situación está ocurriendo.

REUNIONES DE CONSULTORÍA DEL EQUIPO DE TERAPEUTAS

Esta instancia de la DBT, de frecuencia semanal, está diseñada para apoyar y brindar asesoramiento a los terapeutas individuales y de entrenamiento grupal de habilidades con respecto a las dificultades que puedan surgir. Además las reuniones de equipo cumplen otras funciones importantes dentro de las cuales se incluyen: mantener la motivación y adhesión al modelo de tratamiento por parte de terapeutas, mejorar la empatía con los pacientes y prevenir o reducir el *burn out* (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007).

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

En la DBT se establecen prioridades para el tratamiento, otorgando mayor prioridad a aquellas conductas que interfieren de forma más negativa con la calidad de vida del paciente. En la fase de pre-tratamiento terapeuta y paciente deben arribar a la decisión de trabajar en conjunto para que el paciente logre realizar los cambios que necesita. Además, es una buena oportunidad para que el terapeuta clarifique cualquier creencia o expectativa que luego podrá interferir negativamente con la terapia (Linehan, 1993). La implementación de esta fase ha sido asociada a una baja tasa de abandono de tratamiento (citado por Linehan: Parloff, Waskow, & Wolfe, 1978). Una vez que se han acordado los objetivos de trabajo, el foco se ubica en torno a los comportamientos más severos del TLP. Los objetivos son los siguientes:

- Disminuir las conductas que interfieren con la vida (en el caso de que haya ideación suicida, o autolesiones).

- Disminuir las conductas que interfieren con la terapia (por ejemplo: llegadas tarde o inasistencias).

- Disminuir las conductas que interfieren con la calidad de vida (ej.: Trastornos del Eje I, problemas de relacionamiento, problemas con los estudios o trabajo).
- Aumentar las habilidades conductuales que se enseñan específicamente en los grupos de habilidades.

En segundo lugar comienza el trabajo en relación a la sintomatología de estrés postraumático. La relación entre eventos traumáticos infantiles y TLP ha sido estudiada por diversos autores quienes han documentado altas tasas de experiencias traumáticas en estos pacientes. A modo de ejemplo, Golier et al. (2003) encontraron en pacientes con TLP una tasa mayor de abusos físicos durante la infancia y adolescencia que en un grupo de sujetos sanos. Por su parte, Wilkins y Warner (2001) reportaron una combinación de abusos infantiles de tipo emocional, sexual y negligencia parental en una muestra de pacientes con diagnóstico de TLP.

Este target se ubica en segundo lugar, puesto que es deseable que el paciente adquiera ciertas habilidades y cierta estabilidad antes de exponerse a situaciones relacionadas con eventos traumáticos (Dimeff & Koerner, 2007). En la tercera etapa los objetivos son: incrementar el autorrespeto y alcanzar objetivos personales. A modo de ejemplo: situaciones laborales o interpersonales insatisfactorias. Algunos de los pacientes, a pesar de haber completado la tercera fase de la terapia, manifiestan una "sensación de vacío" (Sarmiento, 2008). En la cuarta etapa el objetivo es ayudar a un mejor manejo del sentido de incompletud y encontrar libertad y alegría. Aunque las etapas son presentadas aquí de forma lineal, es frecuente que se superpongan y el paciente oscile entre una y otra (Dimeff & Koerner, 2007).

ESTRATEGIAS EN TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Las estrategias de tratamiento en DBT pueden agruparse en cuatro

categorías: 1. estrategias dialécticas. 2. estrategias centrales. 3. estrategias estilísticas. 4. estrategias de gestión de casos. A los efectos de este artículo describiremos las estrategias centrales (validación y resolución de problemas) y las estrategias dialécticas, puesto que forman los componentes esenciales de la DBT (Linehan, 1993).

ESTRATEGIAS CENTRALES

La validación consiste en reflejar de forma directa la aceptación de los comportamientos, pensamientos y emociones del paciente. En contraposición, las técnicas de resolución de problemas se focalizan en el cambio. El énfasis en la aceptación como parte del cambio surge de la integración de las prácticas de *Mindfulness* (fundamentalmente derivadas de la filosofía Zen), con las prácticas de la psicología occidental (fundamentalmente de la terapia cognitivo-conductual) (Linehan, 1997).

Mediante la validación se le comunica al paciente de una forma clara que sus comportamientos tienen sentido y son entendidos por el terapeuta en el contexto en que se producen (Linehan, 1993). La validación y la resolución de problemas son estrategias usadas en cada interacción con el paciente, y muchas de las interrupciones terapéuticas son producto de un balance incorrecto entre estas dos estrategias (Linehan, 1993). Un tratamiento para el TLP que se enfoque únicamente en el cambio puede ser sumamente invalidante, de la misma forma, un tratamiento que se centre únicamente en la validación también lo es, puesto que no se reconoce la necesidad del paciente de sustituir los comportamientos disfuncionales. Linehan (1993) postula la existencia de tres niveles de validación. El primero consiste en la “observación activa”; el terapeuta recoge información desde una postura de no juzgar al paciente. El segundo nivel consiste en “reflejar” aquello que pudimos observar, para esto se debe adoptar una postura empática. Finalmente, se realiza la “validación directa”; el terapeuta comunica de forma empática y clara al paciente que sus emociones, pensamientos y conductas son entendidos por él en el contexto en que han ocurrido. La validación se vuelve un

elemento fundamental en la DBT por varias razones, por un lado, es el componente que nos permite balancear las estrategias de cambio, por otro, la validación del terapeuta es necesaria para que el paciente aprenda a autovalidarse.

Para lograr cambiar aquellas conductas, pensamientos o emociones que el paciente necesita modificar se utilizan técnicas que provienen de la TCC *standard*, como por ejemplo: automonitoreo, análisis de los comportamientos, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y exposición. Luego de la fase de pre- tratamiento se comienzan a monitorear aquellas conductas problemáticas. Cuando éstas tienen lugar, paciente y terapeuta realizan un exhaustivo “análisis en cadena”, buscando clarificar cuáles fueron los factores intervinientes, antes, durante y después de que la conducta ocurriera. El objetivo de esta técnica es recabar una cantidad suficiente de información respecto a los eventos conductuales y ambientales asociados a la conducta problemática (Dimeff & Koerner, 2007). De esta forma, se identifican cuáles podrían haber sido las respuestas alternativas y por qué el paciente no pudo comportarse de forma más habilidosa. Al igual que en otros enfoques de naturaleza cognitivo-conductual, la ausencia de comportamientos adaptativos es vista como consecuencia de: falta de entrenamiento en ciertas habilidades, falta de exposición, manejo de contingencias o pensamientos disfuncionales. Por tanto el análisis en cadena muestra al terapeuta qué estrategia debe usar para ayudar al paciente.

ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS

Tienen su raíz en la filosofía dialéctica que postula la realidad como un estado de permanente proceso y cambio, siendo especialmente útiles cuando ocurren polarizaciones (Linehan, 1993). La tensión dialéctica más importante es la de lograr el cambio en un contexto de aceptación de la realidad tal cual es. El terapeuta debe estar alerta a las tensiones dialécticas que puedan surgir en la relación con el consultante, y procurará balancear la aceptación con el cambio, la flexibilidad con la estabilidad,

una postura nutricia, con una postura desafiante. Además, el terapeuta funciona como modelo para enseñar comportamientos dialécticos, para lograr esto ofrecerá modos de pensar/actuar alternativos, procurando no tener una postura rígida y tomar el cambio como algo inevitable. Linehan (1993) describe ocho estrategias dialécticas: (1) entrar en la paradoja; (2) usar metáforas; (3) el abogado del diablo; (4) *extending*; (5) activar la mente sabia; (6) hacer limonada de los limones; (7) permitir el cambio natural; (8) evaluación dialéctica. “Entrar en la paradoja” consiste en mostrarle al paciente qué situaciones, pensamientos o emociones aparentemente contradictorios pueden no serlo. Esto se logra, por ejemplo, sustituyendo la palabra “pero” por la palabra “y”. Las metáforas son formas alternativas de mostrar comportamientos dialécticos, y a veces son más fácilmente recordadas por los pacientes. El “abogado del diablo” es una técnica en la que el terapeuta se “coloca” en una de las polaridades (tesis) y la defiende. Esta técnica es muy usada al comienzo del tratamiento para lograr adherencia al cambio; en este caso, el terapeuta sostiene que está “en contra” de la terapia porque el cambio y el compromiso son muy difíciles de lograr, idealmente esta posición lleva a que el paciente argumente a favor de la terapia. La técnica de “*extending*” consiste en que el terapeuta magnifique los dichos del paciente (Linehan, 1993). Es la estrategia equivalente en términos emocionales a la estrategia del “abogado del diablo”. A modo de ejemplo, si una paciente le dice a su terapeuta: “Si no tenemos otra sesión en la semana me mato”, el terapeuta usando la estrategia de “*extending*” contesta: “Eso es muy grave, tal vez no puedas esperar a la semana que viene y necesites una hospitalización”; de esta forma el terapeuta tomó seriamente la parte de la comunicación a la que el paciente le dio menos importancia (“me mato”). Otra de las estrategias dialécticas consiste en “activar la mente sabia”. En la DBT se postula la existencia de tres estados mentales primarios: la mente racional, la mente emocional y la mente sabia. La mente racional es aquella que se activa cuando la persona está pensando de forma intelectual y lógica, atendiendo a los hechos empíricos. La mente emocional, representa el estado opuesto, en el que los comportamientos y pensamientos están guiados por las emociones. La

mente sabia es una integración de la mente emocional y la mente racional puesto que integra varios puntos de vista: la observación, el razonamiento lógico, la experiencia sensorial, la intuición y el aprendizaje (Linehan, 1993). Se busca entonces que el paciente aprenda a reconocer e identificar estos tres estados mentales, y que adquiera habilidades para poder actuar desde la “mente sabia”. “Hacer limonada de los limones” es similar a la idea de las terapias psicodinámicas de usar la resistencia de los pacientes. Las crisis son concebidas como oportunidades para practicar las habilidades. “Permitir el cambio natural” refiere a la concepción de la filosofía dialéctica que asume que la realidad es proceso, desarrollo y cambio. Por último, la “evaluación dialéctica” consiste en mantener una visión holística acerca de la problemática del paciente, que permita identificar las causas actuales que mantienen el problema.

DIFERENCIAS CON LA TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL STANDARD

Linehan (1993) postula varias razones por las que la DBT difiere de los enfoques cognitivo–conductuales clásicos. En primer lugar, en la DBT el foco está puesto en la aceptación y validación de la realidad tal cual es.

Esto difiere de la TCC clásica, que puede concebirse principalmente como una terapia con énfasis en el cambio (Linehan, 1993). En contraste, la DBT enfatiza la importancia de balancear cambio y aceptación, tomando para esto la filosofía dialéctica. En segundo lugar, en la DBT se hace énfasis en el trabajo sobre las conductas que interfieren con la terapia. Para Linehan (1993), esto puede asemejarse al énfasis que hacen las terapias psicodinámicas en la “transferencia”. En tercer lugar, en la DBT la relación terapéutica adquiere especial relevancia puesto que el área de las relaciones interpersonales es un área seriamente afectada en pacientes con TLP y la relación terapéutica sirve de modelo para el paciente (Linehan, 1993).

Aunque Linehan no concibe a su modelo como perteneciente a la “tercera

ola”, sino como un modelo cognitivo–conductual que incluye estrategias de aceptación (Hofmann & Asmundson, 2008), autores como Hayes et al. (2006) han incluido a la DBT dentro de este grupo. Hayes (2004) define la “tercera ola” como un movimiento que reformula y sintetiza los postulados de las generaciones anteriores en psicoterapia conductual y cognitiva, cuestionando y problematizando estas tradiciones para lograr mejores resultados. Según Ôst (2008) las terapias de la “tercera ola” comparten entre sí algunas características y difieren en otras. Entre las características comunes se encuentran: el uso de *Mindfulness*, la aceptación, la importancia de los valores que el paciente tiene para su vida y la relación terapéutica. En contraste con las terapias basadas en el cambio, las terapias que utilizan *Mindfulness* y aceptación cultivan una relación distinta con el síntoma, las emociones, sensaciones o pensamientos desagradables o distorsionadores, aceptándolos como fenómenos mentales que aparecen y desaparecen (Germer, 2005).

Tomando en cuenta esto último se podría concordar con Hayes en que la DBT es un modelo de “tercera ola”, sobre todo por las diferencias que existen respecto a la TCC en el rol de las cogniciones tanto en el desarrollo del sufrimiento emocional como en el tratamiento. Mientras que en la TCC el procesamiento cognitivo (la forma en que interpretamos los eventos) constituye el foco principal de la intervención, en los modelos denominados de “tercera ola” no se trata tan enfáticamente de cambiar la forma en que interpretamos lo que nos rodea, sino de ser conscientes y aceptar los pensamientos como fenómenos mentales independientemente de su contenido concreto.

LA EVIDENCIA EMPÍRICA

Desde la aparición de los manuales escritos por Linehan en 1993, la DBT se ha diseminado a través de una amplia variedad de contextos clínicos y trastornos psiquiátricos (Lynch et al., 2007). Las primeras investigaciones en DBT fueron llevadas a cabo con sujetos de sexo femenino, que además

de reportar intentos recurrentes de autoeliminación cumplieran con los criterios diagnósticos para el TLP. Actualmente se ha demostrado la efectividad de la DBT para otros problemas comportamentales como ser: abuso de sustancias (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002), bulimia (Safer, Telch, & Agras, 2001), trastorno por atracón (Telch, Agras, & Linehan, 2001) y depresión en adultos mayores (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003). Además, se han realizado investigaciones que demuestran la eficacia de la DBT en el tratamiento de adolescentes que presentan comportamientos para-suicidas (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, & Leight, 1997; Rathus & Miller, 2002).

En cuanto al TLP, en diversos estudios la DBT ha demostrado su efectividad en la reducción de varios problemas asociados a este trastorno, como ser: autolesiones, intentos de autoeliminación, ideación suicida, desesperanza, depresión y comportamientos asociados a la bulimia (Lynch et al., 2007). Al momento existen siete ensayos clínicos aleatorizados en los que se ha evaluado la eficacia de la DBT en el tratamiento de este desorden (Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, & Heard, 1991; Linehan et al., 2006; McMains et al., 2009; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003). Recientemente se llevaron a cabo estudios (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010; Soler et al., 2009) en los que se investigó la contribución específica del componente grupal de la DBT (entrenamiento en habilidades). Según los resultados reportados por Neacsiu et al. (2010) el aprendizaje de habilidades ayuda a disminuir los intentos suicidas. Soler et al. (2009) reportó menores tasas de deserción en el grupo que recibió entrenamiento en habilidades DBT en comparación con el grupo que recibió terapia grupal standard (34.5% vs. 63.4%). Ambos estudios sugieren una mejoría en los síntomas depresivos y en otras emociones como la ira (Neacsiu et al., 2010; Soler et al., 2009). De acuerdo a estos resultados, el entrenamiento grupal en habilidades parece jugar un papel importante en la mejoría general del paciente con TLP.

DISCUSIÓN

En contraposición a enfoques reduccionistas la teoría biosocial de Linehan (1993) contempla la existencia de factores ambientales y biológicos en la etiología del TLP. En relación a los factores biológicos, actualmente se están realizando numerosas investigaciones cuyo objetivo es identificar posibles marcadores biológicos para el trastorno, así como estudios de neuroimágenes para identificar anormalidades estructurales (Koldbosky, 2004). El desarrollo de conocimiento en esta área tendrá, sin duda alguna, consecuencias a nivel de la terapéutica del trastorno. Los criterios para el diagnóstico del TLP han dado lugar a controversias puesto que la combinación de los distintos criterios que propone el DSM-IV (APA, 1994), lleva a la conformación de presentaciones distintas del mismo trastorno.

En este sentido la DBT ha sido creada para pacientes con intentos recurrentes de autoeliminación (criterio que puede estar presente o no para el diagnóstico de un TLP), y la mayoría de las investigaciones hasta el momento han tenido participantes con intentos parasuicidas o abuso de sustancias y TLP, quedando por fuera pacientes con TLP menos severos (Brazier et.al., 2006). Es importante remarcar el papel que tienen la aceptación, la validación y las prácticas derivadas de la filosofía occidental en la DBT, configurando una forma distinta de aproximación al tratamiento del TLP con énfasis en la relación terapéutica.

En la actualidad la DBT es el tratamiento con mayor evidencia empírica para el TLP (Swales, 2009). Investigaciones futuras deberán centrarse en el estudio de la efectividad de cada componente de la DBT (grupo de habilidades, terapia individual, consultoría telefónica) por separado puesto que tal vez no todos los componentes sean igualmente efectivos y necesarios (Swales, 2009). Continuar investigando en estas áreas es necesario para contribuir a la divulgación de tratamientos psicológicos basados en la eficacia.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor. (Trad. Masson, 1995).

Brazier, J., Tumor, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, K., & Paisley, S. (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(35), iii, ix-xii, 1-117.

Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: Randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162-173. doi:10.3109/00048670903393621

Crowell S., Beauchaine T., & Linehan M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*. 135(3): 495–510. doi:10.1037/a0015616.

Dimeff, L.A. & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. New York: Guilford Press.

Germer, C.K. (2005) Mindfulness. What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (eds.): *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., & Siever, L. J. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024. doi:10.1176/appi.ajp.160.11.2018

Grant, B., Chou, S., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F., & Saha, T. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 533-545.

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.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*, *28*(1), 1-16.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta. Edición en Castellano: Vivir con plenitud las crisis. 2003. Ed. Kairós.

Koldobsky, N. M. (2004). Aspectos de la etiología de los desórdenes o trastornos borderline o límite de la Personalidad. Parte I. *Revista Persona*, 25-34.

Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, *32*, 371-390.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *377*, 74-84.

Lenzenweger, M., Lane, M., Loranger, A., & Kessler, R. (2007). Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological*

Psychiatry, 62, 553–64.

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan M., & Bohus M.(2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 453-61.

Linehan, M. (1993). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292. doi:10.1080/105504999305686

Linehan, M.M. (1997). Validation and Psychotherapy. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.). *Empathy and Psychotherapy: New Directions to Theory, Research, and Practice*. Washington DC: American Psychological Association. (filename: VALID-REVISED.doc)

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allman, D. & 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.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.H., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Rynolds, S.K. & 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., Shaw-Welch, S., Heagerty, P. & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

Lynch T., Trost W., Salsman N., & Linehan M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205

Lynch, T.R., Morse, J.O., Mendelson, T. & Robins, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010039

Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York: Guildford Press.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839. doi:10.1016/j.brat.2010.05.017

Oas P. (1985). The psychological assessment of impulsivity: A review. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 3, 141–156.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 46, 296–321.

Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating*

Disorders, 30(1), 101-106. doi:10.1002/eat.1059

Sarmiento M.J. (2008). Terapia conductual dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.

Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M.J., Gich, I. Alvarez, E., Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.

Swales, M. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, Research and Future Directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5 (2), 164-177.

Telch, C.F., Agras, W.S. & Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-65.

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

Verheul, R., Van Den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., De Ridder, M.A.J., Stijnen, T & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140.

Wilkins, T. M., & Warner, S. S. (2001). Women in special hospitals: Understanding the presenting behaviour of women diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 289-297. doi:10.1046/j.1365-2850.2001.00375.x