

TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL

PROYECTO EDITORIAL
TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Director
Marino Pérez



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL

Azucena García Palacios
M.^a Vicenta Navarro Haro



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Ilustración de cubierta cedida por la artista Belén García de Mateos

© Azucena García Palacios
M.^a Vicenta Navarro Haro

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9077-402-1
Depósito Legal: M-33.475-2016

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

<i>Introducción</i>	9
1. <i>Bases teóricas de la terapia dialéctica comportamental</i>	17
1.1. Disregulación emocional persistente	17
1.2. El modelo teórico que sustenta la terapia dialéctica comportamental	21
1.2.1. <i>La perspectiva dialéctica</i>	21
1.2.2. <i>La teoría biosocial</i>	25
2. <i>Visión general de la terapia dialéctica comportamental</i>	33
2.1. Introducción	33
2.2. Modos de aplicación del tratamiento	35
2.3. Estructura del programa de tratamiento	36
3. <i>La terapia individual en la terapia dialéctica comportamental</i>	41
3.1. Introducción: jerarquía de prioridades	41

3.2. Estrategias dialécticas	49
3.3. Estrategias esenciales	51
3.3.1. Estrategias de validación	51
3.3.2. Estrategias de solución de problemas	56
3.4. Estrategias de cambio	58
3.5. Estrategias estilísticas	60
3.6. Estrategias de gestión del caso	61
3.7. Estrategias estructurales	61
3.8. Conclusiones	63
4. Entrenamiento en habilidades: habilidades de aceptación	65
4.1. Introducción al entrenamiento en habilidades	66
4.2. Habilidades de atención plena (<i>mindfulness</i>)	72
4.2.1. Los estados mentales y la mente sabia	75
4.2.2. Habilidades “qué”	76
4.2.3. Habilidades “cómo”	78
4.3. Habilidades de tolerancia al malestar	81
4.3.1. Habilidades de supervivencia a las crisis	81
4.3.2. Habilidades de aceptación de la realidad	88
5. Entrenamiento en habilidades: habilidades de cambio	91
5.1. Habilidades de regulación emocional	91
5.1.1. Habilidades para comprender y nombrar las emociones	92
5.1.2. Habilidades para cambiar las respuestas emocionales	97
5.1.3. Habilidades para reducir la vulnerabilidad emocional	100
5.2. Habilidades de eficacia interpersonal	104
5.2.1. Principales habilidades de eficacia interpersonal	106
5.2.2. Habilidades para construir y terminar relaciones	111
5.2.3. Caminando por el sendero del medio (walking the middle path)	112

6. <i>Ámbitos de aplicación de la terapia dialéctica comportamental</i>	115
6.1. Trastornos de uso de sustancias comórbidos al trastorno límite de la personalidad	115
6.2. Trastornos de la conducta alimentaria	119
6.3. Adolescentes con riesgo de suicidio	125
6.4. Familiares de personas con trastornos emocionales ...	127
6.5. Otras adaptaciones	129
7. <i>Apoyo empírico de la terapia dialéctica comportamental</i>	137
7.1. Estudios para evaluar la terapia dialéctica comportamental estándar	137
7.1.1. <i>Estudios no controlados</i>	137
7.1.2. <i>Estudios controlados</i>	141
7.2. Estudios sobre la eficacia del entrenamiento en habilidades	155
<i>Resumen</i>	159
<i>Lecturas recomendadas y otro material de interés</i>	163
<i>Nota bibliográfica</i>	167

3

La terapia individual en la terapia dialéctica comportamental

La terapia dialéctica comportamental (*dialectical behavior therapy*, DBT) incluye distintos modos de *terapia*, entre los que destacan la terapia individual y la terapia grupal o entrenamiento en habilidades. Los contenidos de la terapia grupal están estructurados a la manera tradicional en un manual de tratamiento que guía la terapia. Sin embargo, la terapia individual no está basada en un manual, sino en unos principios terapéuticos específicos que es necesario seguir para el buen desempeño de la intervención. El objetivo de este capítulo es describir el modo de terapia individual de la DBT. Para ello presentaremos las estrategias esenciales (validación y solución de problemas), seguidas de las estrategias dialécticas, los procedimientos para conseguir el cambio (manejo de contingencias, exposición y reestructuración cognitiva), las estrategias de comunicación, estructurales y las de manejo de caso. En la descripción, nos centraremos en aquellos aspectos de la DBT individual más novedosos.

3.1. Introducción: jerarquía de prioridades

Como hemos visto en el capítulo anterior, la estructura, las estrategias y el proceso terapéutico están diseñados con el objetivo de tratar

las áreas problemáticas propias de un trastorno grave caracterizado por disregulación emocional persistente, del que el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el mejor ejemplo. Esas áreas son la propia disregulación emocional, las dificultades en las relaciones interpersonales, las conductas suicidas y parasuicidas, las conductas impulsivas, la rigidez cognitiva y las alteraciones en la identidad. Para ello existen distintos modos de terapia; la terapia individual es la base del programa, pero se ayuda de terapia grupal para el entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas para la generalización de las mismas y grupos de apoyo para la generalización de las habilidades y la prevención de recaídas.

Linehan publicó dos textos básicos en los que describe con profundidad su programa de tratamiento. En el primero sienta las bases de la terapia y describe las estrategias esenciales (Linehan, 1993a); en el segundo describe el entrenamiento en habilidades (terapia grupal) (Linehan 1993b). Recientemente, la doctora Linehan ha realizado una actualización del entrenamiento en habilidades (Linehan, 2015). Recomendamos la lectura de dichos textos para una mayor profundización en la DBT. En este libro nos proponemos describir los dos modos de terapia más importantes del programa: la terapia individual y el entrenamiento en habilidades (terapia grupal). En este capítulo presentamos la terapia individual.

La terapia individual es el modo de terapia básico de la DBT. El modo de terapia grupal o entrenamiento en habilidades sigue las pautas tradicionales de un programa cognitivo-comportamental. Existe un manual de tratamiento que especifica los aspectos que se han de tratar en cada módulo de dicho entrenamiento. Sin embargo, la terapia individual no está basada en un manual. Como señalan Miller y Rathus (2000), la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento. Lo que guía la terapia es una jerarquía de objetivos terapéuticos que se abordan en función de su importancia.

La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente:

1. *Conductas suicidas y parasuicidas.* Se incluyen aquí amenazas e intentos suicidas, conductas parasuicidas (infligirse daño físico sin la intención de morir) e ideación suicida o comunicación de deseo de morir.

2. *Conductas que interfieran con la terapia.* Se trata de las siguientes: 1) conductas que interfieren con la posibilidad de recibir terapia, como no asistir a las sesiones o amenazar con abandonar; no colaborar en la terapia, como negarse a hablar o mentir; y no cumplir con las recomendaciones terapéuticas, como no practicar las estrategias terapéuticas indicadas; 2) conductas que interfieren con otros pacientes en la terapia grupal, como ataques verbales; 3) conductas que “quemán” al terapeuta, como traspasar sus límites (llamarlo excesivamente por teléfono, ir a su casa, hablar con sus familiares, insinuaciones sexuales, etc.) o que reducen su motivación.
3. *Conductas que interfieran en la calidad de vida.* Se trata de problemas que hagan disminuir la calidad de vida y que suelen ser objetivos de terapia habituales en pacientes con TLP, problemas que constituyen algunos diagnósticos adicionales. Algunos ejemplos son el abuso de sustancias, las conductas sexuales de riesgo, las dificultades económicas graves, las conductas delictivas o el mantenimiento de relaciones interpersonales muy disfuncionales (p. ej., permanecer con una pareja que le maltrata físicamente), entre otros.
4. *Aumentar habilidades comportamentales.* Este objetivo se entrena en la terapia grupal. Está destinado a adquirir habilidades para la mejora de las dimensiones psicopatológicas que ya hemos señalado: disregulación emocional, comportamental, cognitiva y de la identidad. Las habilidades que se entrenan son *mindfulness* o conciencia plena, regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia al malestar.

Durante la fase de pretratamiento, los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades. Si el paciente presenta, por ejemplo, conductas parasuicidas, tratar esas conductas será prioritario, ya que pertenece al primer nivel en la jerarquía; un problema familiar, por ejemplo, se tratará más tarde, ya que pertenece al tercer nivel en la jerarquía.

Del mismo modo, el listado de prioridades ayuda al terapeuta y al paciente a centrar los objetivos en cada sesión. Los pacientes con TLP tienden a ser muy inestables con respecto a la terapia, aspecto que no es único del contexto terapéutico, ya que suelen presentar esa

inestabilidad en otros contextos como la familia, la vida de pareja o el trabajo. Los objetivos que se establecen en una sesión y que al paciente le parecen fundamentales pueden parecerle superfluos y sin importancia en la siguiente. Atender en cada sesión a la queja específica del paciente hace que la terapia se vuelva también inestable y que acabemos atendiendo solo a lo urgente, poniendo “parches” pero no trabajando en el problema principal. La estructura de la DBT permite que exista un orden preestablecido respecto a los temas que se tratan en la sesión. Por ejemplo, imaginemos un paciente con el que se ha estado trabajando un problema familiar durante las últimas tres sesiones y en la siguiente sesión se identifica que se ha producido un acto parasuicida en la última semana. En ese caso, la jerarquía de prioridades marca que la sesión se dedicará a tratar el acto parasuicida y no el problema familiar porque corresponde al aspecto más prioritario en la jerarquía. Y no son el terapeuta ni el paciente quienes deciden que hay que tratar ese acto parasuicida, sino el programa en sí, sobre cuya jerarquía de prioridades están de acuerdo el paciente y el terapeuta.

A continuación describiremos cómo la DBT hace frente a estas prioridades.

A) Conductas suicidas y parasuicidas

La reducción de las conductas suicidas, en cualquiera de sus formas, es una meta primaria de cualquier psicoterapia. Linehan cita una frase de Mintz (1968) muy breve y de gran simplicidad, pero que da idea de la importancia de este objetivo terapéutico: “Ninguna psicoterapia es eficaz con un paciente muerto”.

Las conductas suicidas son, para el paciente, la solución al dolor emocional, y esto es tenido muy en cuenta en la DBT. Así, se analizan desde la perspectiva del paciente, utilizando la estrategia de solución de problemas, rechazando esa posible solución por las consecuencias negativas que implica en cada caso concreto y orientando al paciente hacia la terapia como otra posible solución que merece la pena ser puesta a prueba. Lo que ofrece la terapia es ayudar al paciente a “construir una vida que valga la pena ser vivida” y, por tanto, no tener que recurrir a acabar con ella. Las habilidades que se aprenderán en la terapia ayudarán al paciente a reemplazar formas desadaptativas

de solución de los problemas por maneras más eficaces de solucionar problemas vitales.

Por ello, el tratamiento de las conductas suicidas constituye la primera área problemática en la que se interviene y se incluye dentro de los compromisos primarios del programa de tratamiento. Una vez que el paciente acepta la terapia como una solución alternativa al suicidio se elicitó un compromiso para que, durante el tiempo que dura la terapia, el paciente intente respetar el acuerdo de no cometer conductas suicidas.

La DBT establece tres reglas básicas respecto a la intervención en crisis suicidas:

1. Los actos parasuicidas o suicidas siempre deben ser analizados a fondo.
2. Un paciente que realiza un acto suicida no puede llamar a su terapeuta hasta que hayan pasado 24 horas de la conducta suicida. Puede acudir a los servicios de urgencia.
3. A los pacientes potencialmente suicidas no se les administran fármacos potencialmente peligrosos.

El programa de tratamiento también establece una serie de pautas de cómo actuar ante distintos tipos de amenaza suicida:

- *Cuando el paciente comunica un acto suicida previo a su terapeuta durante el tratamiento individual.* En este caso, el paciente no contacta con el terapeuta hasta pasadas 24 horas. Es importante que la conducta suicida no sea reforzada de forma inmediata por el terapeuta, ya que puede producir un aumento de estas conductas debido al efecto que causa el apoyo del terapeuta. Se evalúa la frecuencia, intensidad y gravedad de la conducta suicida; se discute sobre posibles conductas alternativas que se podrían haber realizado en el marco de las habilidades que se van entrenando en la terapia; se presta atención a los efectos negativos de la conducta suicida para determinar que no ha servido como solución a sus problemas en ese momento dado; se refuerzan conductas alternativas no suicidas que se hayan considerado o realizado; se valida el sufrimiento del paciente y se trata de hacer un análisis de los antecedentes y consecuentes de la conducta

suicida para dar una explicación a lo que ha ocurrido, con la intención de prevenir ese comportamiento en ocasiones futuras de características similares.

- *Cuando el paciente contacta con su terapeuta y amenaza con un acto suicida.* En este caso, es conveniente evaluar el riesgo de suicidio o parasuicidio inminente en función de algunos factores entre los que se encuentran la disponibilidad de medios para cometer suicidio (fármacos, armas, etc.), la falta de apoyo social o el consumo de sustancias, entre otros, y se actúa en consecuencia. Se le pide que deje los objetos o medios potencialmente letales (p. ej., que tire las pastillas por el retrete), se le da la instrucción de forma empática de que no lo haga, manteniendo la postura de que el suicidio no es una buena solución y elicitando conductas y soluciones alternativas.

Es decir, el terapeuta mantiene el contacto cuando el riesgo de suicidio es inminente, siendo más activo y analizando la conducta. Se buscan conductas alternativas y adaptativas que sean contingentes y que formen parte del plan de tratamiento. Al mismo tiempo, el terapeuta proporciona una contingencia aversiva, una respuesta terapéutica no reforzante. Se trata de buscar una respuesta óptima que sea natural, reduzca factores elicitanes (respondiente) y minimice reforzadores (operante).

- *Cuando el paciente realiza una conducta parasuicida en presencia del terapeuta o le llama inmediatamente después de haberla realizado.* En este caso, se evalúa el posible riesgo médico y se consulta con servicios de urgencia para determinar ese riesgo si es necesario. Se evalúa la accesibilidad del paciente a los servicios de urgencia (p. ej., ver si está acompañado). Si existe una urgencia médica, se alerta a las personas cercanas y se llama a los servicios médicos. El terapeuta se mantiene en contacto con el paciente hasta que lleguen los servicios médicos. Se utilizan estrategias de solución de problemas para que el paciente acepte la intervención médica, analizando y reestructurando los posibles miedos a ser hospitalizado.

Una vez acuden los servicios de urgencia, se mantiene la regla de no contactar con el terapeuta hasta que no hayan pasado 24 horas.

- *Cuando el paciente informa de una conducta suicida o parasuicida a un terapeuta auxiliar (p. ej., el terapeuta de grupo, el*

médico que pauta la medicación u otro personal sanitario). En este caso, la función del terapeuta auxiliar es mantener el contacto con el paciente hasta que se pueda contactar con el terapeuta primario del paciente. Mientras tanto se utilizan estrategias de intervención en crisis y de solución de problemas para mantenerlo a salvo.

En definitiva, las conductas suicidas constituyen una meta primordial de la DBT. Las pautas que se establecen para su manejo son tácticas principalmente comportamentales, que tienen muy en cuenta las contingencias asociadas a las mismas e intentan, siempre desde la premisa de la validación, reemplazar el valor reforzante de esas contingencias por otras que pertenezcan a las habilidades que se van entrenando en la terapia. Una contingencia muy destacable es el refuerzo que supone la intervención del terapeuta en las crisis suicidas, por ello resulta crucial mantener normas como la de las 24 horas y ser estrictos en su aplicación.

B) Conductas que interfieren en la terapia

El segundo de los objetivos en la jerarquía DBT es la reducción de conductas que interfieran en el proceso de terapia.

Lo más relevante, a nuestro entender, es que la DBT promueve que tanto el terapeuta como el paciente estén atentos a cuando se dan estas conductas. Es decir, un aspecto crucial es hacer explícitas estas conductas y clarificar que su existencia supone la evidencia de un problema del tratamiento mismo, no la evidencia que apoya la conclusión de que estas conductas se deben a rasgos indeseables del paciente. También es relevante señalar que constituyen un problema que va a dificultar el buen curso de la terapia y que, por tanto, es necesario buscar una solución.

Las pautas que se han de seguir para el tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia son las siguientes:

- Definir la conducta que interfiere.
- Realizar un análisis funcional y señalar los posibles factores relacionados con la conducta, pero sin hacer juicios de valor.

- Adoptar un plan de solución de problemas y elegir la solución más adecuada.

Si después de este análisis el paciente no está dispuesto a modificar la conducta que interfiere, se pueden discutir de nuevo los objetivos de la terapia y cómo se va a ver dificultada la consecución de estos. Es importante no involucrarse en luchas de poder innecesarias y si no se llega a un acuerdo se puede considerar la posibilidad de derivación o de dejar la terapia por un tiempo.

No son aconsejables tácticas como culpar al paciente, ponerse a la defensiva, inferir, sin haberlo evaluado detenidamente, que el paciente no quiere mejorar, y desplazar la responsabilidad del cambio al paciente sin ver posibles responsabilidades que pueda tener el terapeuta.

C) Conductas que interfieren en la calidad de vida

El tercero de los objetivos que se incluyen en la jerarquía DBT es la reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente.

Como ya hemos comentado, el TLP se caracteriza por presentar problemas notables en la mayoría de las áreas de funcionamiento. Además de las características propias de este trastorno, los pacientes suelen presentar otros problemas que constituyen trastornos del denominado eje I (APA, 2000), como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos por uso de sustancias, etc. Debido a su patrón de funcionamiento disfuncional suelen también estar bajo el influjo de estresores psicosociales graves, como problemas económicos, laborales o familiares.

Estos problemas actúan deteriorando la calidad de vida de los pacientes, por lo que se convierten también en objetivo terapéutico. Linehan recomienda realizar una evaluación exhaustiva para determinar cuáles son esos problemas en cada paciente. La evaluación proporcionará información sobre si esos problemas que presenta el paciente en dichos ejes pueden amenazar la aplicación de la DBT. Si es así, es necesario planificar tratamientos auxiliares previos o combinados con la DBT.

Además de la jerarquía de prioridades, la DBT incluye distintas estrategias para aplicar la terapia (cuadro 3.1). Las describiremos a continuación.

Cuadro 3.1. *Estrategias terapéuticas de la DBT*

<i>Estrategias dialécticas</i>	<ul style="list-style-type: none">– Dialéctica de la relación terapéutica– Patrones de conducta dialécticos– Estrategias dialécticas específicas
<i>Estrategias esenciales</i>	<ul style="list-style-type: none">– Validación– Solución de problemas
<i>Estrategias de cambio</i>	<ul style="list-style-type: none">– Manejo de contingencias– Entrenamiento de habilidades– Exposición– Reestructuración cognitiva
<i>Estrategias estilísticas</i>	<ul style="list-style-type: none">– Estrategias de comunicación recíproca– Estrategias de comunicación irreverente
<i>Estrategias de gestión de casos</i>	<ul style="list-style-type: none">– Estrategias de intervención en el ambiente– Estrategias de consulta al paciente– Estrategias de supervisión del terapeuta
<i>Estrategias estructurales</i>	<ul style="list-style-type: none">– Estrategias de inicio del tratamiento– Estrategias de inicio de la sesión– Estrategias de establecimiento de objetivos en la sesión– Estrategias de finalización de la sesión– Estrategias de finalización del tratamiento

3.2. Estrategias dialécticas

Linehan incorpora la perspectiva dialéctica a la DBT (Khun, 1970; Marx y Engels, 1970; Levins y Lewontin, 1985). El TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico. Una de las características de estos individuos es que mantienen posiciones rígidas y contradictorias (tesis y antítesis) y son incapaces de integrar distintas posiciones. Esta dicotomía en sus cogniciones, en el área afectiva, en sus relaciones interpersonales, es inamovible, lo que podría ayudar a entender su malestar emocional intenso. Otra característica de los pacientes límite son sus problemas de identidad. Experimentan

sensaciones crónicas de vacío, se sienten separados del entorno y de los demás. Desde una perspectiva dialéctica, estamos frente a un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límite no se sienten parte del todo, ni son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano, como la pareja, el mundo laboral, etc. En conclusión, según esta perspectiva dialéctica, los pacientes límite presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. La DBT tiene entre sus objetivos la resolución o integración de dichos patrones opuestos. Para ello, adopta una perspectiva dialéctica que imprime todo el tratamiento y se centra, sobre todo, en dos niveles de conducta del terapeuta.

El primer nivel está centrado en la interacción entre paciente y terapeuta. Tiene que ver con estar atento a las tensiones dialécticas y equilibrar el uso de estrategias de aceptación y estrategias de cambio en el curso de la terapia, fomentando el uso de soluciones que promuevan el término medio, equilibrando el uso de estrategias de aceptación y cambio en general y en situaciones específicas.

En el segundo nivel, el terapeuta enseña y modela patrones de conducta dialécticos, centrándose no en la interacción, sino en el paciente. Se trata de enseñar directamente al paciente, cuestionándole para provocar que puedan surgir nuevas perspectivas sobre una cuestión específica, ofreciendo nuevas alternativas de conducta o de interpretaciones, modelando una perspectiva dialéctica que supone que “las posiciones rígidas no son posibles y que el cambio es inevitable”. Desde el punto de vista técnico, la base de estas estrategias es la terapia cognitiva, pero centrándose sobre todo en promover la flexibilidad cognitiva y comportamental.

Para trabajar en estos niveles, Linehan describe estrategias dialécticas específicas, como entrar en la paradoja (mostrar la contradicción de las conductas del paciente, del proceso terapéutico o de la realidad en sí misma, es decir, magnificar la tensión entre los polos dialécticos para facilitar el movimiento y el cambio); el uso de metáforas, historias y analogías como herramientas de la terapia; la técnica del abogado del diablo (en la que el terapeuta se queda en el polo de lo disfuncional y el paciente tiene que argumentar contra él hasta llegar a una postura intermedia); magnificar o extenderse (tomarse lo que dice el paciente más en serio de lo que él mismo se lo toma; p. ej., el paciente dice: “si no me das una cita extra esta semana, me

mataré”, y el terapeuta contesta: “si te vas a matar tendremos que hacer algo ya, como hospitalizarte”); activar la mente sabia (el punto medio entre la mente emocional y la mente racional); hacer limonada de limones (utilizar algo problemático para sacar un beneficio, p. ej., interpretar una situación interpersonal problemática como una oportunidad de practicar estrategias de eficacia interpersonal); y permitir el cambio natural (mostrar durante el tratamiento que el cambio es algo natural, y no una imposición, haciendo ver que el cambio llega a partir de un proceso natural y no artificial, p. ej., el programa DBT incluye que el paciente interactúe con distintos terapeutas y otros pacientes en la terapia de grupo, y aunque promueve límites y contingencia, esta es flexible). Para una mayor profundización en estas técnicas más específicas se puede consultar el manual de Linehan (1993a, capítulo 7).

3.3. Estrategias esenciales

Como ya hemos comentado en capítulos anteriores, una de las contribuciones más destacables de la DBT en el tratamiento del TLP es un cambio en el enfoque de la terapia. La terapia tradicional cognitivo-comportamental se ha centrado más en el cambio que en la aceptación a la hora de enfocar la terapia, lo cual tenía sentido ya que se diseñó en principio para el tratamiento de los trastornos emocionales como la depresión y los trastornos de ansiedad. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Es más, esta terapia supone que el cambio solo puede ocurrir en el contexto de la aceptación. Siguiendo este enfoque, la DBT señala como estrategias esenciales la validación y la solución de problemas. La validación constituye la estrategia de aceptación básica; la solución de problemas, la estrategia básica de cambio.

3.3.1. Estrategias de validación

La técnica básica de aceptación es la validación. Linehan define la esencia de la validación como: “El terapeuta comunica al paciente que sus respuestas tienen sentido y son comprensibles de acuerdo con el contexto o situación presentes. El terapeuta acepta de forma acti-

va al paciente y se lo comunica. El terapeuta se toma las respuestas del paciente seriamente y no las rechaza ni las trivializa” (Linehan, 1993a, pág. 222). La validación se puede dividir en tres pasos:

1. *Observar de forma activa.* El terapeuta obtiene información sobre lo que le ha ocurrido al paciente teniendo en cuenta el momento y la situación, prestando atención a lo que el paciente siente, piensa y hace. Se trata de mantenerse “despierto”, de observar sin hacer juicios de valor.
2. *Reflejar lo observado al paciente, devolver la información sobre los pensamientos, sentimientos y conductas, comunicando que está atento y que escucha desde una perspectiva de no juicio.* En este paso, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y etiquetar los patrones emocionales, cognitivos y conductuales de los acontecimientos que se trabajan en la terapia.
3. *Validación directa.* Esta es propia de la DBT. El terapeuta busca la validez de la respuesta del paciente y comunica que esa respuesta es comprensible teniendo en cuenta el contexto. Es decir, las circunstancias pueden ayudar a entender por qué se ha dado esa respuesta, aunque dicha respuesta sea disfuncional. Por ejemplo, las conductas autolesivas son difíciles de comprender para la mayoría de las personas. Sin embargo, si comprendemos las circunstancias que han llevado a la conducta, podemos entender que se den.

Veamos un ejemplo para entender el concepto de validación. Sabemos que los pacientes TLP tienen dificultades en la regulación de las emociones. Sus emociones son intensas, cambiantes y les resulta difícil volver a la línea base emocional. Es por ello por lo que las estrategias de regulación de las emociones que utilizan personas que no sufren disregulación emocional (p. ej., hacer una actividad distractora o hablar con un amigo) no les resultan eficaces a las personas con TLP: necesitan estrategias “más potentes”. La autolesión u otras conductas, como el abuso de sustancias, cumplen la función primaria de suprimir las emociones dolorosas (aunque luego puedan tener otras funciones). La validación consiste en evaluar un acto de autolesión realizando un análisis funcional sin formular juicios de valor, identificando los antecedentes y consecuentes y la función que tiene la conducta problema. En ese proceso, el paciente va identi-

ficando que la función primaria de esas conductas que después le causan tantos problemas y que le resulta difícil parar es, por ejemplo, la “regulación emocional”. Podemos comunicar que es comprensible que se den esas conductas y podemos ver la disfuncionalidad de las mismas. Asimismo, también podemos validar aspectos positivos en el paciente, por ejemplo, que se dé cuenta de la disfuncionalidad de la conducta.

¿Para qué validar? Validar lleva a la conciencia, identificación y comprensión de qué está ocurriendo y por qué. Se trata de tomar conciencia, para, a partir de ahí, determinar si es necesario hacer cambios y decidir cómo intervenir y cambiar. A nuestro entender, esta es la esencia de la DBT, la validación es lo que promueve el cambio, el progreso terapéutico. Una premisa básica es que no se puede cambiar nada si antes no hay conciencia de lo que se tiene que cambiar.

Además de la función de promover el progreso terapéutico, equilibrando la aceptación con el cambio, la validación también promueve la autovalidación. Los pacientes TLP oscilan entre atribuir sus problemas a los demás y atribuir lo que les ocurre a características indeseables de sí mismos. La validación sirve para tomar conciencia de que las conductas disfuncionales no son atribuibles a características personales indeseables, sino a una serie de factores que interactúan y dan lugar a problemas muy graves. Todo ello contribuye también a fortalecer la relación terapéutica. El paciente se encuentra en un contexto en el que no se le juzga *a priori*, sino que se evalúan sus problemas, identificando lo disfuncional, pero también validando por qué se ha llegado a esas conductas disfuncionales. Se trata de un contexto diferente a los contextos en los que se suele mover, contextos que, a veces por el propio patrón disfuncional, se han convertido en invalidantes.

Linehan describe cuatro tipos de estrategias de validación:

A) Validación emocional

El terapeuta:

- Proporciona oportunidades para la expresión emocional escuchando de forma empática, sin realizar juicios de valor y dando estructura a la expresión emocional, apoyando intentos de modulación de las emociones.

Terapia dialéctica comportamental

- Ayuda a observar y etiquetar emociones, dirigiendo la atención del paciente hacia la experiencia emocional e identificando distintos fenómenos, como las sensaciones corporales, pensamientos o impulsos.
- Pone palabras a la expresión emocional, “leyendo” las emociones del paciente desde una perspectiva de no juicio y dando distintas opciones posibles.
- Comunica al paciente que las emociones que siente son válidas, de acuerdo con el contexto y las circunstancias.

B) Validación cognitiva

El terapeuta:

- Ayuda al paciente a observar y describir su contenido cognitivo, identificando los esquemas que utiliza para interpretar el mundo, el significado que atribuye a las situaciones, sus asunciones básicas sobre el mundo y sobre sí mismo, todo ello con un estilo socrático y sin hacer juicios de valor.
- Ayuda al paciente a diferenciar los hechos de la interpretación de esos hechos.
- Reconoce la mente sabia, es decir que a veces se puede llegar a conclusiones válidas por intuición, sin necesidad de procedimientos empíricos.
- Respetar los valores del paciente y no trata de imponer los propios.

C) Validación comportamental

El terapeuta:

- Ayuda al paciente a observar y describir sin juzgar sus conductas.
- Ayuda a identificar los “debería”, es decir, las expectativas irrealistas sobre cómo debería comportarse.
- Contrarresta los “debería” analizando por qué se dan las conductas disfuncionales, pero distinguiendo muy bien entre en-

tender por qué se produce algo y aprobarlo (es decir, si una conducta es disfuncional podemos entender por qué se da, pero eso no quiere decir que sea algo bueno, sino que el darnos cuenta nos puede ayudar como un primer paso para poder cambiarlo).

- Acepta y valida la conducta sin juzgar y acepta la decepción del paciente sobre su propia conducta.

D) Dar ánimos

El terapeuta:

- Comunica al paciente que está haciendo lo mejor que puede.
- Lo anima y le expresa esperanza.
- Se centra en las capacidades del paciente.
- Modula las críticas que vienen del contexto del paciente.
- Lo refuerza y lo tranquiliza.

En definitiva, estas estrategias de validación se pueden resumir en seis niveles:

1. Manifestar interés por el paciente, adoptar una actitud de escucha ante su discurso.
2. Reflejar los sentimientos, pensamientos y las conductas verbales y no verbales del paciente por medio de observaciones, resúmenes y repeticiones.
3. Expresar los pensamientos, sentimientos, impulsos que no han sido expresados explícitamente por el paciente. Linehan llama a este tipo de validación *mindreading* (leer la mente).
4. El terapeuta explica la conducta del paciente de acuerdo con factores biológicos o de aprendizaje en el pasado, es decir, utiliza el modelo teórico de la DBT para dar una explicación a los problemas del paciente.
5. El terapeuta encuentra y articula la validez de las respuestas del paciente de acuerdo con acontecimientos presentes. Por ejemplo, mediante el análisis de una conducta desadaptativa como el abuso de una sustancia en un determinado momento el terapeuta encuentra, mediante el análisis conductual, que el in-