
PROPUESTAS EN PSICOLOGÍA

PROPOSALS IN PSYCHOLOGY

TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA: DESCRIPCIÓN GENERAL DE UNA PROPUESTA CENTRADA EN LA ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY: OVERVIEW OF A PROPOSAL CENTERED ON UNCONDITIONAL ACCEPTANCE

Ronald Ramírez Henderson^{*}
Luis Francisco Vargas Madriz^{**}

RESUMEN

Este artículo hace un recuento de la Terapia Conductual Dialéctica (TCD), la cual es un modelo de intervención psicológica basado en la aceptación incondicional del sujeto y la promoción de cambios por medio de una interacción dialéctica entre ambas tendencias. El artículo revisa su surgimiento, se explican sus principios fundamentales, sus estrategias, sus modalidades de intervención y su organización del tratamiento. Se concluye con una reflexión de las implicaciones de adaptación del modelo en Costa Rica.

PALABRAS CLAVE: PSICOLOGÍA * TERAPIA * ASPECTOS PSICOLÓGICOS * SALUD MENTAL * COMPORTAMIENTO

ABSTRACT

This article reviews the Dialectical Behaviour Therapy (DBT), which is a psychological intervention model based on unconditional acceptance of the person's behaviour in conjunction with promoting behavioural changes through the dialectical interaction between both tendencies. The article states the emergence of the model, its foundations, its main strategies, its modes of intervention and its phases of the treatment. It concludes with a consideration about the implications of adapting the model in Costa Rica.

KEYWORDS: PSYCHOLOGY * THERAPY * PSYCHOLOGICAL ASPECTS * MENTAL HEALTH * BEHAVIOUR

* Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR).
ronald.ramirez@ucr.ac.cr

** Unidad de Investigación de la Fundación Omar Dengo y Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR).
luis.vargasmadriz@ucr.ac.cr

INTRODUCCIÓN

La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) surge como un modelo enmarcado dentro de las denominadas terapias de tercera generación, las cuales hacen un énfasis más explícito en las particularidades del contexto en que se desarrolla un determinado comportamiento (Baum, 1994; Hayes, 1987; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La TCD fue propuesta por la psicóloga estadounidense Marsha Linehan para el tratamiento de mujeres con historial de intentos de suicidio, ideación suicida y automutilaciones.

Linehan utilizaba la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para enfrentarse a dichos casos antes de elaborar su propuesta (Hayes *et ál.*, 2001; Kazdin, 1994; Ramnero y Torneke, 2008; Roth, Marx y Heimberh, 2005); no obstante, continuamente encontraba dificultades relacionadas con la imposibilidad del manejo de las manifestaciones clínicas en conjunto con el desarrollo de sesiones terapéuticas, dirigidas a la implementación de estrategias adaptativas de afrontamiento (Gempeler, 2008).

La TCD parte de las conceptualizaciones en torno al Trastorno de Personalidad Límite (TPL), el cual se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales de la persona y su autoimagen, así como, una marcada impulsividad manifestada en diversos contextos¹, instaurándose como la primera propuesta de intervención en demostrar su eficacia en el tratamiento de este tipo de problemáticas (Gempeler, 2008; James *et ál.* 2008; Swales, 2009). Dentro de esta perspectiva, el TPL es concebido como una disfunción del sistema de regulación emocional del individuo por encontrarse en interacción con un ambiente caracterizado por la invalidación y que va a provocar como consecuencia, una desregulación emocional expresada en inhabilidad para modular las emociones, implicando una alta vulnerabilidad emotiva que hace que la persona sea mucho más sensible a los estímulos, por lo que vive los sentimientos de manera mucho

más intensa (Davenport, Bore y Campbell, 2010; Feigenbaum, 2007 y Gempeler, 2008).

Las personas con conductas propias del TPL tienen como consecuencia una respuesta emocional intensificada que puede ser el resultado de vulnerabilidades biológicas, consecuencia de experiencias traumáticas y/o negligencia vivida durante la infancia temprana, provocando cambios en las estructuras neuronales encargadas de la regulación emocional. Bajo estas circunstancias, la respuesta del individuo a estímulos ambientales se caracteriza por una mayor velocidad e intensidad que en otros (Feigenbaum, 2007).

En este complejo contexto clínico, la TCD surge como una alternativa para el tratamiento de personas con dicha sintomatología y diagnóstico, empleando técnicas orientadas hacia la búsqueda del cambio conductual, en conjunto con intervenciones que giran alrededor de la aceptación y validación del comportamiento (Gempeler, 2008; Hayes, Follete y Linehan, 2004; Hayes *et ál.*, 1994; James *et ál.*, 2008; Kliem, Kröger y Kosfelder, 2010).

Asimismo, la TCD es consistente con las posiciones del conductismo radical que contemplan como innecesario el recurrir a elaboradas construcciones hipotéticas o conceptos que no se puedan definir operacionalmente (Baum, 1994; Kohlenberg y Tsai, 1991; Skinner, 1953, 1957, 1969, 1974 y 1989), vislumbrando este diagnóstico solamente como descripciones de la conducta global del individuo, por lo que en el momento en que los comportamientos cesan, el mismo diagnóstico deja de existir (Swales, 2009).

TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA

Linehan (1993), inicialmente trató de poner en práctica estrategias conductuales para el tratamiento de población con diagnóstico de TPL, pero las personas no colaboraban con las intervenciones propuestas, por lo que fallaban en el cumplimiento de las asignaciones y generalmente, prescindían del proceso de intervención terapéutica. El problema fundamental con esta aproximación residía en que las intervenciones se centraban en el cambio cognitivo, conductual y emotivo, por lo que las personas experimentaban la intervención como

1 Si se desea una descripción detallada de sus criterios diagnósticos consultar: Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association), 2000; Beck, Freeman y Davis, 2004; Linehan, 1993.

poco validante (Gempeler, 2008; Linehan, 1993 y Swales, 2009).

Las personas con diagnóstico de TPL, como se señaló anteriormente, poseen una marcada historia de descalificaciones por parte de su entorno social y familiar en particular, donde se les brinda respuestas no apropiadas a la expresión de sus vivencias íntimas, por lo que se vislumbra como una disfunción del sistema de regulación emocional, debido a factores biológicos predisponentes que se encuentran interactuando con dicho ambiente invalidante (Linehan, 1993).

La TCD asume que estos individuos carecen de habilidades interpersonales y regulatorias básicas, y que factores personales y ambientales frecuentemente bloquean y/o inhiben la utilización de habilidades conductuales, reforzando entonces conductas desadaptativas en la persona (Davenport *et ál.*, 2010; Feigenbaum, 2007).

En este contexto, los anteriormente mencionados ambientes familiares invalidantes tienen un papel preponderante (Iverson, Shenk y Fruzzetti, 2009; Koerner y Dimeff, 2007; Linehan, 1993). Una de las tareas del entorno familiar es, en la mayoría de las culturas, proveer al infante con experiencias que le permitan desarrollarse y comprender sus emociones, facilitar medios para la expresión de sentimientos, así como, herramientas para gestionar o modificar las experiencias menos placenteras, por lo que este entorno falla al no brindar estas oportunidades de aprendizaje (Feigenbaum, 2007; Iverson *et ál.*, 2009; James *et ál.*, 2008; Nee y Farman, 2007).

Por supuesto, conviene destacar que el concepto de familia varía de cultura a cultura, por lo que la caracterización de cada familia en sí misma, debe darse en función de las coordenadas sociohistóricas en que se encuentran (Epstein y Baucom, 2002).

Las personas con comportamientos característicos del TPL usualmente están en constante búsqueda de señales del “inminente” abandono, poniendo en marcha pruebas constantes en sus relaciones interpersonales, incluida la relación terapéutica y buscando frecuentemente señales de rechazo (Linehan, 1993; Miller,

Rathus y Linehan, 2007). Asimismo, estas personas usualmente autodevalúan las experiencias emocionales o incluso las evitan, por lo que se reduce aún más, la limitada capacidad del sujeto para identificar y modular las experiencias emocionales propias (Feigenbaum, 2007).

En este contexto pleno de contradicciones, la perspectiva dialéctica planteada es central en la promoción del cambio conductual, debido a que permite encontrar un balance entre la aceptación de esta serie de comportamientos de la persona en conjunto con la promoción del cambio (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008; James *et ál.*, 2008; Lynch *et ál.*, 2006; Swales, 2009).

Se empleó en la gestación de la TCD el conocimiento acerca de los principios *zen* como la observación, la conciencia plena o *mindfulness* y la evitación del juicio para introducir la validación y la aceptación dentro de la propuesta de tratamiento (Linehan, 1993; Lynch *et ál.*, 2006; Nee y Farman, 2007; Swales, 2009). Dichos principios resaltan una adecuación y perfección de cada momento que experimenta el individuo, desde una perspectiva que muestra que cada instante ha sido creado por todos los acontecimientos que le precedieron (Linehan, 1993).

La TCD entiende la aceptación como un reconocimiento del comportamiento como tal, que bajo ninguna circunstancia significa aprobación ni acuerdo con él mismo (Lynch *et ál.*, 2006; Swales, 2009). En este sentido, el terapeuta solamente va a reconocer la adecuación del momento, así como de los comportamientos adoptados por la persona, ya que fueron los acontecimientos precedentes los que indujeron al individuo a comportarse de cierta manera, considerando que cada comportamiento en su contexto presente es una estrategia de supervivencia ante un entorno psicosocial por naturaleza descalificante (Linehan, 1993). Asimismo, el terapeuta va a esforzarse por encontrar la veracidad, la sabiduría y la adecuación en las respuestas de la persona, tratando de resaltar siempre estos aspectos positivos de su comportamiento (Linehan, 1993).

Esta práctica justamente empieza a propiciar elementos que le permitan a la persona identificar cuáles dimensiones de su comportamiento

son adecuadas para cada circunstancia de su cotidianidad, ayudándola a revertir la carencia de experiencias dentro de su historia de desarrollo, que fue la que en primera instancia la condujo a la desregulación emocional (Dimeff y Koerner, 2007; Linehan, 1993).

El proceso de aceptación y validación continúa cuando el terapeuta se compromete a responder a los comportamientos de la persona de forma como lo haría con cualquier otro individuo (Antony y Swinson, 2008; McKay, Wood y Brantley, 2007; Strosahl y Robinson, 2008), sin hacer ningún tipo de salvedad por el padecimiento que la persona se encuentra experimentando (Feigenbaum, 2007 y Swales, 2009). Este elemento igualmente permite extraer criterios de gran valor para el proceso clínico, debido a que si la persona se comporta de formas no contempladas por la intervención, aunque se va a aceptarlas y validarlas, el terapeuta puede valerse de estas para redirigir la intervención hacia el cambio.

En este tipo de intervenciones, consideradas como el otro polo de la dialéctica (Antony y Swinson, 2008; Linehan, 1993; McKay *et ál.*, 2007), la TCD utiliza algunas estrategias de la TCC para dar solución a las problemáticas a las que se enfrentan los individuos (Kohlenberg y Tsai, 1991). El terapeuta promueve el aprendizaje de nuevos comportamientos habilitados por parte de la persona, pero además trata de brindar solución a los elementos motivacionales que se encuentran interfiriendo con la utilización de las estrategias implementadas (Lynch *et ál.*, 2006; Swales, 2009).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

La TCD, como se mencionó, emplea algunas de las estrategias de la TCC para el tratamiento de las problemáticas relacionadas con las personas con diagnóstico de TPL, centrándose principalmente en el entrenamiento de habilidades, el manejo de contingencias, la reestructuración cognitiva y las técnicas de exposición (Feigenbaum, 2007; Iverson *et ál.*, 2009; Swales, 2009). Estos procedimientos a su vez, son enriquecidos por medio de la incorporación de estrategias para aumentar el compromiso con la terapia, estrategias de aceptación y

estrategias dialécticas (Linehan, 1993; McKay *et ál.*, 2007), las cuales son descritas brevemente a continuación.

ESTRATEGIAS DE COMPROMISO CON LA TERAPIA

Ben-Porath (2004, citado en Feigenbaum, 2007) menciona que algunas prácticas que pueden utilizarse para procurar el compromiso de la persona son, primeramente, la realización de una evaluación en conjunto con la persona consultante, en donde el diagnóstico y la formulación de la situación problemática se comparan como posibles hipótesis más que decisiones finales realizadas por el terapeuta.

Además, se plantea el poner en marcha contratos conductuales donde se formule la adherencia al tratamiento; el hacer énfasis en intervenciones dirigidas a aumentar la motivación del individuo, así como, intervenciones de aceptación y validación; y la utilización de metáforas para la explicación de los distintos elementos dentro de la sesión, ya que son menos amenazantes y menos directas para la persona (Ben-Porath, 2004, citado en Feigenbaum, 2007).

Este conjunto de estrategias, más que técnicas en particular, son elementos que pueden ser incorporados por los terapeutas como una forma de impulsar el compromiso de las personas consultantes con el tratamiento. Su uso es recomendado al inicio de la intervención, pero el terapeuta es quien decide hasta cuándo o de qué forma van a emplearse a lo largo del proceso. Es necesario que el terapeuta tenga la habilidad clínica para determinar en qué momento estas alternativas de intervención pueden representar un valor agregado en el proceso terapéutico y no una posible interferencia en el mismo (Koerner y Dimeff, 2007; Linehan, 1993).

ESTRATEGIAS DE CAMBIO

Un elemento importante de la TCD es el proceso de cambio de conducta, por eso es trascendental que se introduzcan elementos relacionados con la identificación en detalle de los instigadores emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales y ambientales que conducen a

la persona al comportamiento problemático, así como a las consecuencias del acontecimiento (Feigenbaum, 2007 y Gempeler, 2008).

El objetivo es ser capaces de aprender cuáles son los factores que mantienen el comportamiento a través del tiempo y cuál es la mejor forma en que pueden modificarse (Feigenbaum, 2007 y Gempeler, 2008). Aquí, se pueden utilizar las técnicas de exposición, la regulación emocional o autocontrol emocional, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación, el modelado, el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación asertiva, el entrenamiento en solución constructiva de problemas y conflictos, el entrenamiento en el manejo del estrés, el manejo de contingencias y la programación constructiva del ambiente (Lynch *et ál.*, 2006).

ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN Y VALIDACIÓN

El objetivo del cambio de conducta por sí mismo resulta un elemento aversivo para las personas con conductas asociadas al TPL, principalmente porque los hace sentir invalidados (Linehan, 1993). Por esta razón, las estrategias de aceptación promueven la comprensión de las conductas para que dentro de este marco de validación, puedan identificarse los comportamientos inadecuados que deben ser objeto de modificación (Feigenbaum, 2007 y Gempeler, 2008). Al respecto, Linehan (1993, citada en Feigenbaum, 2007), indica la existencia de seis niveles distintos de validación:

1. *Escuchando y observando*: donde se mantiene una postura atenta e interesada.
2. *Reflexión certera*: donde se provee resúmenes certeros de experiencias expresadas.
3. *Articulando lo no-verbalizado*: donde se comunica lo que la persona puede estar pensando o sintiendo, pero que no ha dicho, indicando que el terapeuta está activamente involucrado en sus experiencias.
4. *Validando en términos de eventos pasados*: donde se ayuda a la persona a dar sentido a las acciones o reacciones en

términos de sus vivencias pasadas, así como, predisposición biológica.

5. *Validando en términos de las circunstancias actuales*: donde se identifican las respuestas o acciones de la persona como funcionales en el momento específico, así se trata de normalizar el comportamiento con respecto al contexto actual.
6. *Genuinidad radical*: donde se trata a la persona como capaz, efectiva y razonable, nunca de manera frágil.

ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS

Las estrategias dialécticas se utilizan como una forma de promover una visión compartida con la persona consultante, por lo que incluye el balance entre la aceptación y el cambio, entre el cuidado y el reto, así como, entre la flexibilidad y la estabilidad (Feigenbaum, 2007).

Es importante que la persona comprenda que cada elemento se encuentra relacionado con otros, que el cambio es constante e inevitable, y que los opuestos pueden integrarse para acercarse a un estado más completo (Linehan, 1993). La puesta en práctica de este tipo de intervenciones se da principalmente a través de la revisión de los elementos abordados durante la sesión, tratando que la persona integre ambas polaridades de la experiencia y aceptando que los acontecimientos son complejos (Gempeler, 2008).

También se puede utilizar un estilo de comunicación *recíproca*, donde se percibe al terapeuta como una persona cercana, empática, afectuosa y cálida; o un estilo de comunicación *irreverente*, donde hace uso del humor y de la confrontación irónica, pero siempre dentro del contexto del respeto y la no agresión (Gempeler, 2008). El empleo que se les brinde a cada uno de estos estilos queda a criterio del terapeuta, siendo las metas que se pretendan alcanzar el modulador que indicará su utilización. No obstante, siempre debe tomarse en cuenta que su autenticidad al utilizar cualquiera de estos estilos de comunicación es fundamental para alcanzar su éxito.

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

Las distintas modalidades de intervención de la TCD hacen que sea un modelo que requiera gran compromiso por parte del terapeuta, al igual que por parte de la persona que se encuentra recibiendo (Dimeff y Koerner, 2007; Linehan, 1993; McKay *et ál.*, 2007). Hay cinco modalidades principales: entrenamiento grupal en habilidades, terapia individual, consulta telefónica, estructuración del ambiente y reuniones de consulta.

ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES

El entrenamiento grupal se encuentra destinado a mejorar las capacidades de la persona, por lo que cuenta con un formato psicoeducativo, estructurado específicamente para que sea un ambiente en donde se puedan aprender y ensayar nuevas habilidades que no se encuentran en el repertorio conductual del individuo (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008 y Swales, 2009).

Es en este contexto grupal donde las habilidades sociales y de comunicación asertiva, el entrenamiento en la solución constructiva de problemas, el manejo del estrés, así como, la regulación emocional o auto control emocional son propiciadas con mayor efectividad y eficiencia.

SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL

Las sesiones de terapia individual están enfocadas al mantenimiento de la motivación de la persona para seguir con el proceso de tratamiento. La persona recibe intervención semanal en donde se retoma el aprendizaje de habilidades de acuerdo a sus metas específicas. En este contexto, la intervención está totalmente focalizada en las particularidades y necesidades de la persona (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008 y Swales, 2009).

CONSULTA TELEFÓNICA

La consulta telefónica se utiliza como un medio para promover la generalización del proceso de intervención. A través de dichas intervenciones, se le ayuda a la persona a

identificar cuál es la habilidad adecuada para poner en práctica de acuerdo al contexto, de forma que se superen los obstáculos que se mantenían con anterioridad. Asimismo, es indispensable para tratar situaciones de emergencia de forma inmediata (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008 y Swales, 2009).

ESTRUCTURACIÓN DEL AMBIENTE

El objetivo de la estructuración ambiental es asistir a las personas que se encuentran alrededor de la persona consultante, con el fin de que sean reforzadores del cambio conductual, además de agentes de apoyo. Este tipo de atención puede brindarse a través de reuniones con los familiares o por medio de entrenamientos “en-vivo”, en lugares donde se encuentren presentes sujetos con los que la persona consultante más interactúa (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008 y Swales, 2009).

REUNIONES DE CONSULTA

La meta que se pretende alcanzar con las reuniones de consulta terapéuticas es el mejoramiento de las habilidades del terapeuta, así como, trabajar en torno a la motivación del mismo (Linehan, 1993). Así, por un lado, se mantienen discusiones de los casos abordados en donde el equipo de consulta aporta material, el cual asegura que una postura dialéctica se está adoptando tomando en consideración las problemáticas de la persona, que el terapeuta se está adhiriendo a las estrategias de la TCD y que las características de la motivación del terapeuta se toman en consideración (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008 y Swales, 2009).

ORGANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

La TCD se organiza de forma que la persona cumple una fase de pre-compromiso para luego continuar con cuatro etapas de tratamiento (Linehan, 1993; McKay *et ál.*, 2007).

Durante el “pre-compromiso”, se trata de alcanzar un acuerdo para el trabajo en conjunto, procurando comprometer a la persona para que continúe con el proceso de intervención. Es importante que en esta fase se expongan

las premisas básicas del modelo, poniendo especial énfasis en el aprendizaje de habilidades más que en la prevención de los comportamientos riesgosos del individuo. Empero, la persona consultante debe adoptar la responsabilidad de tratar de reducir los comportamientos autodestructivos y de hacer un esfuerzo, aún en los momentos en que sienta que está atravesando por serias dificultades (Feigenbaum, 2007 y Gempeler, 2008). Una vez completada esta fase introductoria, se procede a las etapas del tratamiento.

En la “primera etapa”, el objetivo principal es el desarrollo de habilidades de comportamiento que puedan ayudar a reducir los riesgos inmediatos que atentan contra la vida de la persona, así como, las dificultades que puedan interferir para que la persona asista a las sesiones de consulta. Una vez abordados estos puntos, se procede a trabajar en torno a los factores que atentan contra la calidad de vida del sujeto, en conjunto con el aumento de los comportamientos que promuevan un mejoramiento de su calidad de vida (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008; Kliem *et al.*, 2010). Asimismo, se procede al entrenamiento en habilidades específicas relacionadas con la creación de redes de apoyo, el entendimiento de sus emociones, así como, la tolerancia al dolor emocional sin la utilización de comportamientos autodestructivos (Feigenbaum, 2007 y Gempeler, 2008). Generalmente, esta etapa tiene una duración aproximada de un año (Gempeler, 2008).

La “segunda etapa” está centrada en procurar el aumento de las habilidades de la persona consultante para experimentar las emociones en todas sus dimensiones. Se va a procurar precisamente que el sujeto se enfrente a situaciones emocionales sin la necesidad de disociarse, evitar la situación o presentar sintomatología de estrés postraumático (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008 y Swales, 2009). Esta etapa, al igual que la etapa anterior, tiene una duración promedio de un año como mínimo (Gempeler, 2008).

La “tercera etapa” se focaliza en el desarrollo del respeto propio, procurando que la persona consultante inicie la construcción de una vida más estable (Feigenbaum, 2007). Aquí, las temáticas usualmente abordadas giran en

torno a relaciones interpersonales, insatisfacción laboral y metas profesionales, principalmente. Debido a que la persona se encuentra ahora en un estadio avanzado de tratamiento, este estadio puede desarrollarse en ambientes distintos al contexto terapéutico, por lo que tiene una duración indefinida dependiendo de las características del caso (Gempeler, 2008).

Finalmente, la “cuarta etapa” se plantea como un momento dedicado a la resolución de problemáticas existenciales (Feigenbaum, 2007). Se espera entonces que la persona haga un cambio de la sensación de encontrarse incompleta, a la sensación de estar completa y conectada, por lo que generalmente, se trabaja en torno a temáticas de espiritualidad, aportadas principalmente, por la incursión de la tradición *zen* dentro del modelo (Gempeler, 2008).

TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA EN DISTINTAS POBLACIONES

El Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en Evidencia de los Estados Unidos (NREPP, *National Registry of Evidence-based Programs and Practices*) indica que la TCD se ha mostrado efectiva, tanto en hombres como en mujeres de distintas edades (adultos jóvenes de 18-25 años, adultos de 26-55 años y adultos mayores de más de 55 años), así como de distintos orígenes étnicos (indígenas, asiáticos, afroamericanos, latinos y caucásicos), en una serie de problemáticas (NREPP, 2006).

Estudios diversos se han realizado en torno a la utilización de la TCD en distintas poblaciones y no solo en aquellas personas con comportamientos característicos del TPL, mostrando resultados positivos en su pronóstico. NREPP (2006) indica que se han puesto en marcha tratamientos en personas con problemáticas de consumo de sustancias, con discapacidad intelectual o dificultades del desarrollo, adultos mayores con depresión, en el tratamiento de individuos con esquizofrenia, en mujeres víctimas de violencia doméstica, en adolescentes con comportamiento suicida, en sujetos con problemas de conducta alimentaria y en las familias de pacientes.

De esta manera, brevemente, se puede señalar que mujeres con comportamientos de

bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados con la ingesta de alimentos en conjunto con TPL, logran reducir las autolesiones, el comportamiento suicida, además de las distintas manifestaciones de los trastornos alimenticios con un tratamiento de solo seis meses (Chen *et ál.*, 2008).

La TCD igualmente permitió reducir considerablemente el comportamiento suicida en adolescentes, donde no solo se reducen la cantidad de intentos de muerte, sino también se logra reducir significativamente la ideación suicida, manteniéndose los resultados constantes durante el seguimiento al siguiente año (Fleischhaker *et ál.*, 2011; James *et ál.*, 2008; Quinn, 2009).

Se ha encontrado evidencias de la adaptación del modelo para enfrentarse a situaciones de violencia doméstica, aplicando la TCD en una modalidad corta de doce sesiones y encontrando que no solamente se presentan resultados significativos al final del tratamiento en torno a comportamientos como la depresión y la desesperanza, sino que también los cambios encontrados fueron de un amplio efecto, mantenidos a lo largo del tiempo después de la intervención (Iverson *et ál.*, 2009).

Asimismo, como se comentó anteriormente, la TCD no solo ha probado su eficacia en personas con conducta problemática, sino que además ha demostrado ayudar a los familiares de estas personas a reducir significativamente sintomatología relacionada con depresión, ansiedad y sentimiento de “carga”, además de mostrar un mejoramiento general del estado de bienestar de las personas de la familia, así como, una mejora en la relación con la persona que presenta los comportamientos problema (Rajalin *et ál.*, 2009).

Si se desea más información en relación con los estudios de la TCD, la población en la que ha sido encontrada efectiva, los resultados obtenidos y la calidad de los estudios, refiérase a la sección de Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en Evidencia de los Estados Unidos.

DISCUSIÓN: TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA EN EL CONTEXTO COSTARRICENSE

Las particularidades de la TCD hacen que su aplicación al contexto costarricense aporte un sinnúmero de beneficios dentro de la intervención psicoterapéutica. En condiciones ideales, lo más apropiado sería poner en práctica todas las diferentes modalidades de intervención propuestas. No obstante, el contar con las condiciones ideales de intervención, afortunadamente, no constituye un requisito necesario para la apropiación de este modelo de intervención.

En lo que respecta a la duración promedio de este modelo de intervención, se ha establecido un tiempo mínimo de 27 meses, los cuales corresponden a tres sesiones de la fase de pre-compromiso, un año para desarrollar los objetivos de la primera etapa y un año adicional para alcanzar los objetivos terapéuticos de la segunda etapa, durante los cuales es recomendable que las sesiones se realicen una vez por semana. Sin embargo, hay que recordar que tanto el estadio tres como el cuatro, son de carácter indefinido (Gempeler, 2008 y Linehan, 1993).

A pesar de lo anterior, hay que tomar en cuenta que las personas consultantes poseen características contextuales diferentes. Por ejemplo, si se toma en cuenta el grado de disposición para la intervención (gravedad de los síntomas, frecuencia de los mismos, sofisticación de las habilidades que posea la persona consultante, calidad de los recursos de contención que posea la misma, entre otros factores), el tiempo promedio de duración podrá variar significativamente, tanto para disminuirlo como para aumentarlo. Lo que sí es definitivo, es que esta alternativa de intervención se debe de considerar como un tratamiento de largo plazo, obviamente justificado por la complejidad de los cuadros clínicos con que se interviene.

En relación con la preparación de los terapeutas, dada la complejidad del modelo planteado por la TCD y tomando como fundamento los principios éticos de la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*, 2010), los psicoterapeutas que pongan en práctica este modelo, deben de estar certificados para ello. Como

mínimo, debería de ser un profesional que tenga una especialidad en Psicología Clínica o Psicología de la Salud, además contar con capacitación en el paradigma Cognitivo-Conductual.

En el presente no existe profesional alguno en Costa Rica que haya recibido el entrenamiento correspondiente y por consecuencia, tampoco el certificado para impartir esta modalidad terapéutica en toda su extensión. Esto es comprensible si se toma en cuenta la limitada extensión de nuestra población, tanto a nivel general como a nivel profesional. Sin embargo, se deberían hacer los esfuerzos necesarios para lograr que se imparta este tipo de entrenamiento en nuestro país.

Ahora bien, dado que las distintas investigaciones muestran resultados positivos alcanzados con esta aproximación, no podemos esperar a que se den las condiciones ideales para iniciar su utilización, por lo que una alternativa es dar a conocer los beneficios de esta propuesta para que nuestra comunidad profesional del área de la Salud Mental se inicie en el estudio a profundidad de la misma. De esta manera, los distintos profesionales se podrían ir apropiando de los conceptos fundamentales, así como de los principios y procedimientos de intervención que la TCD conlleva.

Las particularidades de este acercamiento no terminan con los elementos explorados anteriormente, sino que deben también considerarse los recursos necesarios para la puesta en marcha de las distintas modalidades del tratamiento. Se mencionó que existen cinco modalidades de intervención, a saber, la terapia individual, la terapia grupal, las consultas telefónicas, la estructuración del ambiente y las reuniones de consulta (Feigenbaum, 2007; Gempeler, 2008; Linehan, 1993 y Swales, 2009).

En lo que concierne a las sesiones de terapia individual, se requieren las condiciones estándar de cualquier otra intervención psicoterapéutica, siendo el único elemento crítico el que sea un lugar relativamente confortable, tanto para el terapeuta como para la persona consultante y sobre todo, que asegure la confidencialidad de las temáticas que vayan a ser abordadas.

Las sesiones de terapia grupal, además de las condiciones anteriores, requieren de un espacio mayor debido a que, usualmente, los grupos sobrepasan las doce personas, aún cuando la cantidad máxima recomendable para este tipo de intervenciones son ocho personas, dada la dificultad de manejo que ello implica (Linehan, 1993; White y Freeman, 2003) y además, porque este amplio espacio se requiere para los ensayos de conducta en donde se practican las diferentes habilidades.

Una dificultad adicional que conlleva esta segunda modalidad, es que un mínimo razonable de personas consultantes (6-8 personas) debe permanecer constante en todas las intervenciones y no siempre es posible contar con este número necesario. Otro factor asociado lo representa el grado de homogeneidad con respecto al diagnóstico, así como, la condición de apertura o cierre del grupo.

Lo ideal sería que la problemática de los miembros asistentes del grupo sea lo más homogénea posible, pues ello facilitaría la cohesión grupal y podría favorecer el nivel de involucramiento de cada miembro. Asimismo, lo más apropiado sería que cada grupo tenga el carácter de cerrado, pues de lo contrario, la incorporación de nuevos consultantes podría generar reacciones adversas en las otras personas y con ello, poner en peligro la integridad y el ritmo del grupo.

Dadas estas condiciones y tomando en cuenta que la población de nuestro país es muy pequeña, es de esperar que existan dificultades en poner en práctica esta modalidad de intervención, sobre todo en la práctica liberal de la profesión. Es muy probable que la misma solo se pueda poner en funcionamiento en ambientes institucionales o asistenciales. No obstante, hay posibilidades reales de una implementación de esta propuesta dentro de la TCD.

Ahora bien, en relación con las consultas telefónicas, en principio, no debería de haber ningún problema para ponerlo en acción, dado que en nuestro país se dan condiciones apropiadas al respecto. De hecho, con el avance tecnológico que se ha llevado a cabo en los últimos años, existe actualmente la opción de hacer videoconferencias por medio de Internet,

así como a través de la red de telefonía celular nacional, lo cual favorecería la calidad de la interacción.

El único inconveniente que se podría presentar es el grado de incondicionalidad en el contacto que el terapeuta pueda brindar por este medio a la persona consultante y a sus otros significativos. Es conveniente tener presente que la sobredemanda de este recurso no debe de ser reforzada inapropiadamente, dado que el objetivo último del proceso terapéutico es el de fomentar la autonomía y el autocontrol; tampoco es conveniente el no corresponder en forma consistente ante las necesidades emocionales reales del consultante por lo que debe tenerse cuidado. Ante este panorama, es indispensable que el psicoterapeuta realice una evaluación de las particularidades específicas de cada uno de los casos, con la finalidad de lograr un adecuado balance entre estos dos polos.

Las últimas modalidades de intervención (la estructuración del ambiente y las reuniones de consulta) no deberían de tener mayores impedimentos, en tanto los recursos materiales para llevarlos a cabo son los mismos que los de la terapia individual. El único obstáculo que se puede visualizar corresponde a las reuniones de consulta, pues al no contar con personas con la certificación correspondiente, las mismas tendrían que llevarse a cabo recurriendo a video conferencias con expertos extranjeros mientras que se logran desarrollar los recursos en nuestro país.

Al mismo tiempo, es imperativo el análisis de los factores económicos, tanto del terapeuta como de los consultantes, en la puesta en práctica de la TCD en el país. En lo relacionado a las implicaciones económicas o costos de la intervención, esta propuesta representa para los consultantes un gasto muy alto, tanto si se le considera desde un marco institucional o asistencial, como también a nivel privado.

Es importante recordar que durante la primera etapa del proceso, la cual dura en promedio un año, se deben de llevar a cabo, tanto sesiones individuales de terapia como sesiones grupales, a razón de una vez por semana cada una (Gempeler, 2008 y Linehan, 1993). Las sesiones de terapia grupal tienen una duración

aproximada de dos horas, lo cual tiene como consecuencia un encarecimiento del costo y adicionalmente, se deben de considerar los costos asociados a las consultas telefónicas.

Durante el segundo año, en el cual se desarrolla la segunda etapa, las sesiones se realizan de la misma manera, con un promedio de una vez por semana. Finalmente, los estadios tres y cuatro son de carácter indefinido, lo cual también tenderá a encarecer los costos a mediano y largo plazo.

No obstante, a pesar del alto costo económico, si se toma en consideración el alto grado de dificultad que presentan las personas con diagnóstico de TLP, en conjunto con todas las implicaciones que existen sobre la calidad de vida para dicha persona y para sus otros significativos, se podría suponer que la inversión económica, afectiva y temporal realizada vale la pena, considerando los alentadores resultados obtenidos en los estudios empíricos sobre la eficacia de esta alternativa terapéutica. En las otras poblaciones donde se menciona un resultado alentador, habría que analizar en relación con los costos y los beneficios de la propuesta, considerando las particularidades de cada una de ellas.

Finalmente, es importante resaltar que aunque desde los principios teóricos se pueden vislumbrar ciertas dificultades de la aplicación de este modelo de intervención psicológica en el contexto costarricense, siempre se pueden brindar soluciones creativas que minimicen el impacto de dichas interferencias. Asimismo, es imperativo resaltar que los beneficios demostrados con la aplicación de esta aproximación, invitan a los profesionales de la Salud Mental a llevar a cabo esfuerzos para su aplicación en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antony, M. y Swinson, P. *The shyness and social anxiety workbook*. 2 ed. Oakland: New Harbinger Publications, 2008.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychological Association. *Ethical principles of psychologists and code*

- of conduct. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.
- Baum, W. *Understanding behaviorism. Science, behavior, and culture*. New York: HarperCollins College Publishers, 1994.
- Beck, A.; Freeman, A. y Davis, D. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press, 2004.
- Chen, E. *et ál.* "Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimio nervosa and borderline personality disorder". *International Journal of Eating Disorders* 41(6). 2008: 505-512.
- Davenport, J.; Bore, M. y Campbell, J. "Changes in personality in pre- and post-dialectical behaviour therapy borderline personality disorder groups. A question of self-control". *Australian Psychologist* 45(1). 2010: 59-66.
- Dimeff, L. y Koerner, K. *Dialectical behavior therapy in clinical practice. Applications across disorders and setting*. New York: The Guilford Press, 2007.
- Epstein, N. y Baucom, D. *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples. A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- Feigenbaum, J. "Dialectical behaviour therapy: an increasing evidence base". *Journal of Mental Health* 16(1). 2007: 51-68.
- Fleischhaker, C. *et ál.* "Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one-year follow-up". *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 5(3). 2011: 1-10.
- Gempeler, J. "Terapia conductual dialéctica". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37(1). 2008: 136-148.
- Hayes, S. "A contextual approach to therapeutic change". *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. Jacobson, N. (ed.). New York: The Guilford Press, 1987.
- Hayes, S.; Barnes-Holmes, D. y Roche, R. *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001.
- Hayes, S.; Follete, V. y Linehan, M. *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press, 2004.
- Hayes, S.; Jacobson, N.; Follete, V. y Dougher, M. *Acceptance and change. Content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press, 1994.
- Iverson, K.; Shenk, C. y Fruzzetti, A. "Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: a pilot study". *Professional Psychology: Research and Practice* 40(3). 2009: 242-248.
- James, A. *et ál.* "A preliminary community study of dialectical behaviour therapy with adolescent females demonstrating persistent deliberate self-harm". *Child and Adolescent Mental Health* 13(3). 2008: 148-152.
- Kazdin, A. *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México DF: El Manual Moderno, 1994.
- Kliem, S.; Kröger, C. y Kosfelder, J. "Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6). 2010: 936-951.
- Koerner, K. y Dimeff, L. "Overview of dialectical behavior therapy". *Dialectical behavior therapy in clinical practice. Applications across disorders and settings*. Dimeff, L. y Koerner, K. (eds.). New York: The Guilford Press, 2007.
- Kohlenberg, R. y Tsai, M. *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press, 1991.
- Linehan, M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press, 1993.
- Lynch, T. *et ál.* "Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations". *Journal of Clinical Psychology* 62(4). 2006: 459-480.

- McKay, M.; Wood, J. y Brantley, J. *The dialectical behavioral therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger Publications, 2007.
- Miller, A.; Rathus, J. y Linehan, M. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press, 2007.
- Nee, C. y Farman, S. "Dialectical behaviour therapy as a treatment for borderline personality disorder in prisons: three illustrative case studies". *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 18(2). 2007: 160-180.
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices. *Dialectical behavior therapy. Intervention summary*. Estados Unidos: National Registry of Evidence-based Programs and Practices, 2006.
- Quinn, C. "Efficacy of dialectical behaviour therapy for adolescents". *Australian Journal of Psychology* 61(3). 2009: 156-166.
- Rajalin, M. et ál. "Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters". *Archives of Suicide Research* 13. 2009: 257-263.
- Ramnero, J. y Torneke, N. *The ABCs of human behavior. Behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland: New Harbinger Publications, 2008.
- Roth, D.; Marx, B. y Heimberh, R. *Making cognitive-behavioral therapy work. Clinical process for new practitioners*. New York: The Guilford Press, 2005.
- Skinner, B. *Science and human behavior*. New York: MacMillan, 1953.
- Skinner, B. *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
- Skinner, B. *Contingencies of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.
- Skinner, B. *About behaviorism*. New York: Knopf, 1974.
- Skinner, B. *Recent issues in the analysis of behavior*. Columbus: Merrill, 1989.
- Strosahl, K. y Robinson, P. *The mindfulness and acceptance workbook for depression*. Oakland: New Harbinger Publications, 2008.
- Swales, M. "Dialectical behaviour therapy: description, research and future directions". *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 5(2). 2009: 164-177.
- White, J. y Freeman, A. *Group therapy for specific problems and populations*. Washington DC: American Psychological Association, 2003.

Fecha de ingreso: 19/10/2011

Fecha de aprobación: 31/05/2012