

Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad

María José Sarmiento Suárez¹

Resumen

Introducción: El trastorno de personalidad límite es uno de los trastornos de personalidad más frecuentes en poblaciones clínicas; sin embargo, aunque en la actualidad se dispone de una serie de abordajes tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, la adherencia a los tratamientos no es adecuada. Tratando de mejorar dicha adherencia, Marsha Linehan y su equipo de colaboradores diseñaron la terapia conductual dialéctica como una modificación de la terapia cognitiva comportamental estándar. *Objetivo:* Revisar las bases teóricas y los principios fundamentales de la terapia conductual dialéctica, así como la evidencia clínica disponible sobre su efectividad para el tratamiento de los pacientes con trastorno de personalidad límite. *Método:* Revisión narrativa de la literatura. *Desarrollo y conclusiones:* La terapia conductual dialéctica fue el primer tratamiento psicoterapéutico para pacientes con trastorno de personalidad límite que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados, especialmente en el manejo de las conductas autolesivas y en la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: terapia conductual dialéctica, trastorno límite de personalidad, psicoterapia.

Title: Dialectical Behavioral Therapy in Patients with Borderline Personality Disorder

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is one of the most frequent personality disorders in clinical populations. However, although currently a series of both pharmacological and psychotherapeutic approaches is available, treatment compliance is inadequate. Trying to improve compliance Marsha Linehan and her collaborators designed a dialectical behavioral therapy (DBT) as a modification of the standard cognitive behavioral therapy. *Objective:* To review the theoretical bases and fundamental principles of DBT, as well as the clinical evidence available on its efficacy in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Method:* Narrative review of literature. *Development and conclusions:* DBT was the first psychotherapeutic treatment for patients with borderline personality disorder that showed its efficacy in controlled clinical trials, especially regarding the management of self-injury behaviors and treatment compliance.

Key words: Dialectical behavioral therapy, borderline personality disorder, psychotherapy.

.....
¹ Médica residente de tercer año de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos más frecuentes en las poblaciones clínicas, dada su alta tasa de comorbilidades. Se presenta como una entidad heterogénea, cuyos factores etiológicos y formas de presentación clínica y comportamental varían no sólo de un individuo a otro, sino de una etapa de la vida a otra en el mismo individuo. Por estas razones se constituye en un reto diagnóstico y terapéutico (1).

La principal característica de los pacientes con TLP es la inestabilidad, que se refleja tanto en el afecto como en las relaciones interpersonales, los pensamientos y la conducta (2). Con esta entidad, la personas tienen alterada la capacidad para manejar las emociones, aparte de que hay una marcada tendencia a la impulsividad, por lo que fácilmente se ven involucrados en conductas autolelesivas, especialmente en conductas suicidas y parasuicidas (3).

La vivencia interna de estos pacientes es a su vez inestable, ya que la imagen de sí mismos, sus objetivos personales y sus tendencias son a menudo confusas o se encuentran alteradas. Por lo general, su autoimagen se basa en ser “desgraciados” o “incompletos”, incluso a veces experimentan la sensación de “no existir”. Esta experiencia es vivida de una manera extremadamente do-

lorosa, con una profunda sensación de ausencia de sentido de la vida y desesperanza (3).

El TLP es un trastorno que suele aparecer en la adolescencia y perdura durante la vida adulta. Presenta períodos de mejoría evidente, alternados con períodos de crisis, generalmente desencadenados por algún suceso vital (separaciones, divorcios, pérdida del empleo, duelos, entre otras). La mayoría de los pacientes que sufren este trastorno refieren estabilizarse cerca de la cuarta década de la vida (3,4). Tiene una prevalencia estimada, que varía según los estudios, entre el 1,1% y el 4,6%. Es mayor en mujeres que en hombres, en proporción de 3:1 (5,6).

Algunos autores plantean que el TLP es un trastorno *vincular*, ya que la inestabilidad en las relaciones interpersonales causa un malestar significativo en las personas que los rodean, quienes al estar expuestas al comportamiento típico de estos pacientes pueden, sin saberlo, transformarse en parte del problema. Amigos, parejas y familiares usualmente toman este comportamiento como una cuestión personal y se sienten atrapados al tratar de afrontar la situación de una manera que no funciona en el largo plazo o que la empeora (7).

Teniendo en cuenta el gran malestar que genera este trastorno tanto en el individuo como en sus allegados,

las consultas a los especialistas en salud mental son frecuentes y constituyen el 10% de estas (3). Pese a que actualmente se dispone de una variedad de estrategias, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas para el manejo de estos pacientes, los estudios muestran que en general los individuos con TLP intentan varios tratamientos a lo largo de su vida y que los cambios de médicos y psicoterapeutas son frecuentes, debido a que el grado de satisfacción con ellos no siempre es el esperado (4).

Marsha Linehan (2) encontró que el grado de satisfacción con el tratamiento mejoraba cuando a un grupo de mujeres con conductas autolesivas que cumplían criterios para diagnóstico de TLP se les combinaban las estrategias para el cambio, usualmente utilizadas en terapia cognitiva-comportamental (TCC) estándar, con estrategias para la aceptación. De esta manera, las pacientes sentían que sus terapeutas las entendían mucho mejor, y así fortalecían la alianza terapéutica, con lo que se lograba una mejor adherencia al tratamiento y una mejoría más rápida (3).

Así fue como Linehan y su equipo diseñaron la *terapia conductual-dialéctica* (TCD), el primer tratamiento psicoterapéutico que mostró efectividad en ensayos clínicos controlados (8), por lo que actualmente es recomendada como el tratamiento

de elección para los pacientes con TLP por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y por el Departamento de Salud del Reino Unido (9,10).

La TCD se basa en la teoría biosocial del TLP, propuesta por Marsha Linehan, y se fundamenta en los principios de la ciencia comportamental, la filosofía dialéctica y la práctica zen (11). Aunque inicialmente fue diseñada para pacientes con TLP, hoy en día ha sido reformulada y conceptualizada para el tratamiento de pacientes con depresión y algunos trastornos de la conducta alimentaria, que han sido resistentes a otros tratamientos (11).

Método

Se revisó la literatura médica disponible consultando la base de datos de PubMed, con los términos MeSH: *dialectical behavior therapy* y *borderline personality disorder*, que arrojó 96 artículos, de los cuales se escogieron 20 por considerarlos relevantes. Además, se revisaron libros de texto sobre el tema y se consultó personalmente a autores interesados en la práctica e investigación en esta área.

Teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad

La TCD se basa en la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad, que sostiene que la principal

alteración en los pacientes con TLP es la desregulación de las emociones, que implica el uso poco adaptativo e inadecuado de estrategias para la modulación emocional. La desregulación de las emociones sería el resultado conjunto de una vulnerabilidad emocional determinada biológicamente, un ambiente invalidante y la interacción entre estos dos factores durante el desarrollo del individuo (12).

Vulnerabilidad emocional

La vulnerabilidad emocional se refiere a las siguientes características: una alta sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta intensa a dichos estímulos y un lento retorno a la calma una vez inducida la respuesta emocional. Es decir, los pacientes con TLP se activan fácilmente ante situaciones donde no se esperaría esa respuesta. Dichas emociones producen una respuesta más intensa de lo predecible y el retorno a la calma toma más tiempo que el usual en otras personas. Las emociones se hacen tan insostenibles que el paciente busca de forma urgente regresar a la calma y es en ese momento donde aparecen las llamadas conductas impulsivas (2,12).

Ambiente invalidante

Un ambiente invalidante es aquel que tiende a responder de manera errática e inapropiada a la experien-

cia privada, es decir, a las creencias, sentimientos y pensamientos del individuo, quien reacciona exageradamente o muy poco a las experiencias privadas compartidas por el grupo, pero especialmente a aquellas no compartidas (12).

Tal tipo de ambiente contribuye a la desregulación de las emociones, porque fracasa a la hora de enseñar al individuo a ponerle nombre a sus emociones, a modular la activación, a tolerar el malestar y a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. También le enseña a invalidar sus propias experiencias, por lo que se hace necesario obtener en el ambiente claves acerca de cómo actuar y cómo sentirse (12).

Si bien un ambiente invalidante es nocivo para una persona con vulnerabilidad emocional, a su vez provoca que este invalide un medio que de otra manera sería sustentador (3). Una de las experiencias invalidantes más traumáticas es el abuso infantil. Se calcula que aproximadamente entre el 66% y el 75% de los pacientes con TLP han experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia (13). Este tipo de experiencias permiten la formación de creencias relacionadas con el rechazo, la desilusión y la amenaza constante de ser abandonados, al mismo tiempo que favorecen la autoinvalidación y el rechazo de las propias experiencias emocionales,

lo que reduce la capacidad para identificarlas y modularlas (14).

Principios de la TCD

Principios dialécticos

La TCD, como su nombre lo sugiere, se basa en una visión dialéctica del mundo. Para los griegos, la *dialéctica* significaba “el arte de conversar, discutir o debatir”; posteriormente, Hegel la asumió como un proceso que se encuentra en la historia como un todo y consiste en un movimiento necesario de la tesis a la antítesis y después una síntesis entre las dos (15).

La perspectiva dialéctica de la naturaleza y de la conducta humana tiene tres características principales, esenciales para entender a los pacientes con TLP. La primera consiste en la interrelación fundamental, donde el análisis de cada una de las partes de un sistema no tiene mucho valor si no se relacionan las partes con el todo. Por lo tanto, la TCD involucra no sólo el aprendizaje de habilidades de autogestión, sino también capacitarse para influir en su medio ambiente (12).

La segunda característica se refiere a que la realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis-antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Desde el punto de vista de la TCD, los

pacientes con TLP presentan pensamientos, conductas y emociones dicotómicos y extremos, que son considerados fracasos dialécticos, ya que al encontrarse atrapados en la polaridad, son incapaces de lograr una síntesis (12).

Existen tres grandes polaridades a las que el terapeuta debe prestar especial atención para ayudar al paciente a lograr una síntesis viable: la primera es la dialéctica entre la necesidad de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambio, la segunda es la polaridad entre obtener lo que necesita y perder la ayuda una vez se haga más competente y la tercera es la dialéctica entre mantener la integridad y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de nuevas habilidades que lo ayudarán a salir del sufrimiento (12).

La tercera característica se basa en el supuesto de que la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura. Por lo tanto, la terapia no se concentra en mantener un ambiente estable y consistente, sino en ayudar al paciente a sentirse cómodo con el cambio (12).

Validación y aceptación

La principal característica de la TCD es buscar la síntesis entre la aceptación y el cambio; por lo tanto, la

validación y las estrategias para la resolución de problemas son partes esenciales de la TCD (2). La validación es la estrategia más importante en la aceptación, ya que conduce a la persona a entender sus acciones, emociones y pensamientos. Por su parte, la resolución de problemas es la estrategia directa para el cambio, pues lleva al paciente a analizar su comportamiento y a tomar medidas activas en el camino hacia el cambio (2).

La esencia de la validación es que el terapeuta le comunique al paciente que sus respuestas tienen sentido y son entendibles si se tiene en cuenta el contexto y la situación actual (2). Es importante tener presente que validar no significa estar de acuerdo ni darle la razón al otro; es aceptar y reconocer las emociones como expresión auténtica de su

propia visión del mundo y de sus sentimientos. Por lo tanto, lo que se valida son las emociones, no las conductas (3).

En la TCD existen distintos niveles de validación, que se resumen en la Tabla 1; sin embargo, el principal paso para validar es observar y escuchar atentamente, respetando lo que el paciente dice, siente y hace (3,14).

Terapia cognitivo-comportamental

La TCD es una modificación de la TCC estándar que incorpora a las técnicas conductuales del cambio algunas estrategias de aceptación, para buscar el cambio conductual a través de la experiencia. La TCD utiliza herramientas terapéuticas fundamentales de la TCC, como el análisis comportamental, la expo-

Tabla 1. Niveles de validación

1. Escuchar y observar	Mantener una actitud de atención e interés
2. Reflexión certera	Afirmar que su conducta tiene sentido de acuerdo con las circunstancias
3. Expresar lo no verbal	Ayudarle a comunicar al paciente lo que puede estar pensando o sintiendo, pero no puede manifestar, como una forma involucrarse en las experiencias del paciente
4. Validar en términos de eventos pasados	Ayudarle al paciente a darles sentido a sus acciones o reacciones, en términos de eventos pasados y predisposición biológica
5. Validar en términos de las circunstancias actuales	Reconocer que en un momento dado la respuesta del paciente es entendible dado el contexto, las habilidades adquiridas y su historia
6. Sinceridad radical	Tratar al paciente como capaz, efectivo y razonable, no como una persona frágil

Fuente: Traducido y adaptado de Feigenbaum (14).

sición, el manejo de contingencias y la reestructuración cognitiva (14). En la TCD se recalca la importancia de encontrar un equilibrio entre el cambio y la aceptación, y por ello se le enseña al paciente a aceptarse a sí mismo y al mundo tal cual es en el momento (3,12).

Otra de las modificaciones a la TCC estándar que hace Linehan en la TCD es la importancia que le da tanto a la relación terapéutica (parte esencial del tratamiento) como al manejo de las conductas que interfieren en la terapia por parte del paciente y del terapeuta (12).

Principios de práctica Zen

Linehan incluyó dentro de la TCD versiones psicológicas y conductuales de las prácticas espirituales orientales, fundamentalmente de las prácticas Zen, que permiten a las personas comportarse de una forma más eficiente y poder vivir una vida más equilibrada (11,12).

Una de las habilidades centrales en la TCD, derivada de estas prácticas, es la *conciencia plena* —traducción del término en inglés *mindfulness*—, que se refiere a la habilidad de adquirir una mayor conciencia de sí mismo y del contexto donde se encuentra. Implica adoptar una postura no sentenciosa, enfocarse en una sola cosa a la vez y ser efectivo. El objetivo es identificar las acciones más adecuadas para

generar soluciones efectivas y aplicables, atendiendo al estado emocional actual y a los pensamientos asociados, que muchas veces son disfuncionales (12,14).

La conciencia plena facilita los estados de “mente sabia”, que son una integración entre la “mente racional” y la “mente emocional”, es decir, son estados en los cuales el individuo puede encontrar la síntesis entre la experiencia emocional y los pensamientos lógicos (12).

Funciones del tratamiento y herramientas terapéuticas

La TCD es un tratamiento completo, diseñado para cumplir cinco funciones básicas: reforzar las capacidades y aptitudes del paciente, mejorar la motivación, realzar la importancia de generalizar a la vida diaria lo aprendido durante el tratamiento, estructurar el ambiente y destacar las capacidades y motivaciones del terapeuta para tratar a los pacientes con TLP (14). En la Tabla 2 se resumen las funciones de la TCD y se dan algunos ejemplos sobre las intervenciones utilizadas para cada una.

Para cumplir estas funciones, la TCD cuenta con cinco modalidades básicas de tratamiento: (i) psicoterapia individual, (ii) grupo para el entrenamiento en habilidades, (iii) asistencia telefónica, (iv) reuniones de equipo y (v) grupos de psicoeducación para familiares y allegados.

Tabla 2. Funciones de la terapia conductual-dialéctica

Reforzar las capacidades del paciente	Mejorar las capacidades y aptitudes del paciente, enseñándole nuevas habilidades y el uso más efectivo de las ya adquiridas	Entrenamiento en habilidades, psicoeducación y tareas conductuales
Mejorar la motivación	Incentivar el uso de nuevas habilidades en la vida cotidiana, para que cuando el paciente se active emocionalmente, pueda utilizarlas efectivamente, ya que cuando estas habilidades se han adquirido de manera reciente o no se usan con frecuencia tienden a olvidarse en los momentos de mayor activación, y por ello recurre a los comportamientos disfuncionales	Análisis comportamental, análisis en cadena, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva
Generalizar	Asegurarse de que las nuevas habilidades van a ser usadas en un rango amplio de situaciones y experiencias de la vida cotidiana. En el grupo para el aprendizaje de nuevas habilidades, el paciente se encuentra en un ambiente donde tiene un adecuado control emocional, se siente seguro, y tanto el terapeuta como el grupo le proveen apoyo y retroalimentación en el uso de las habilidades, a través de la discusión, el juego de roles o ensayándolas entre los miembros del grupo. Sin embargo, los pacientes deben aprender a utilizar estas habilidades en la vida diaria y, en especial, cuando: se presenta la activación emocional, se encuentran en un contexto donde se resiste a usar la habilidad o en el cual una variación en el uso de la habilidad puede ser efectivo	Asistencia telefónica, intervenciones en vivo y tareas
Estructurar el ambiente	Suministrarle al paciente un ambiente que apoye tanto al terapeuta como al paciente en el uso de nuevas habilidades, para reforzar las conductas adaptativas y eficaces, tratando de no estimular o promover las conductas problemáticas	Intervenciones familiares o de pareja
Realzar las capacidades del terapeuta	Apoyar al terapeuta para reforzar sus propias capacidades y su motivación para trabajar con estos pacientes de manera efectiva y segura, a través del desarrollo constante de habilidades, haciéndole seguimiento a los síntomas de estrés (<i>burnout</i>) e identificando los esfuerzos del paciente por modificar la conducta del terapeuta	Reuniones de equipo, supervisión y educación continuada

Fuente: Traducido y adaptado de Lynch y cols. (11) y Feigenbaum (14).

Psicoterapia individual

Implica la relación diádica tradicional entre paciente y psicoterapeuta. El psicoterapeuta individual es quien se encarga de dirigir el tratamiento del paciente y de supervisar el cumplimiento de las metas terapéuticas; de ahí que sea el punto de integración entre las otras modalidades de tratamiento y maneje los momentos de crisis y las conductas que amenazan la vida del paciente (11). La psicoterapia individual se organiza alrededor de los siguientes objetivos:

- Eliminar las conductas que amenacen la vida del paciente, principalmente los intentos de suicidio y las conductas autolesivas, así como las conductas que interfieran en la terapia.
- Disminuir los factores y las conductas que van en detrimento de la calidad de vida del paciente, como el aislamiento, el abuso de sustancias y otros trastornos en el eje I (11).
- Enseñar al paciente (en pro de cumplir estos objetivos) a relacionar las habilidades aprendidas con sus metas y problemas específicos. Todas las personas en la TCD reciben entre 60 y 90 minutos a la semana de psicoterapia individual (14).

Grupo para el entrenamiento en habilidades

El grupo para el entrenamiento en habilidades es una intervención

didáctica, diseñada para reforzar las capacidades del paciente. El formato es psicoeducativo y está estructurado para el aprendizaje de nuevas habilidades. El entrenamiento en habilidades se divide en cuatro módulos básicos: conciencia plena, efectividad interpersonal, regulación de emociones y tolerancia al malestar (14).

En el módulo de *conciencia plena* se enseñan habilidades para integrar la experiencia emocional y los pensamientos lógicos a través de observar, describir, participar activamente, no criticar, centrarse en una cosa en el momento y ser efectivo (12). El entrenamiento en *efectividad interpersonal* está diseñado para ayudar al paciente a relacionarse con los otros en una vía que permita fortalecer la relación sin perder los valores y el respeto (11). Incluye estrategias efectivas para pedir lo que se necesita, para decir “no” y para manejar un conflicto interpersonal (12).

Enseñar habilidades para la *regulación de emociones* en los pacientes con TLP resulta difícil, ya que por lo general estos pacientes resisten cualquier intento de controlar sus emociones, y esto sólo es posible en un contexto de autovalidación emocional, donde se pueda enseñar al individuo a identificar y etiquetar las emociones; a ser consciente de sus emociones actuales sin juzgarlas, inhibirlas, bloquearlas o distraerse

de ellas; a identificar los obstáculos para el cambio de las emociones cuando decida hacerlo, y a incrementar la frecuencia de acontecimientos emocionales positivos (11,12).

Las habilidades de *tolerancia al malestar* están dirigidas a tolerar y sobrevivir a la crisis aceptando la vida tal como es en un momento determinado, es decir, aceptando aquello que no se puede cambiar (11,12). Lo ideal es que cada paciente reciba, al menos, dos horas a la semana de entrenamiento en habilidades (3).

Asistencia telefónica

Por lo general, estas consultas son intervenciones breves, enfocadas en ayudar al paciente a utilizar una habilidad ante una circunstancia específica (11). El propósito de la consulta telefónica es disminuir las conductas de crisis, suicidio y autolesión, para enseñarle al paciente a pedir ayuda de forma más adaptativa y ayudarlo a aplicar las habilidades aprendidas durante el tratamiento en la vida diaria. Es esta una oportunidad de mejorar o reforzar la relación terapéutica (16).

Reuniones de equipo

Esta modalidad de tratamiento está diseñada para apoyar a los miembros del equipo tratante y tiene dos objetivos principales: supervisar los casos clínicos y desarrollar habilidades en el terapeuta. Las re-

uniones de equipo también buscan disminuir la carga emocional del terapeuta, fomentar la empatía por los pacientes y discutir en equipo las dificultades de cada paciente, ya sea en la psicoterapia individual o en los grupos de habilidades (11).

Grupos de psicoeducación para familiares y allegados

Si tenemos en cuenta que el TLP es un trastorno vincular que causa un elevado malestar en las personas que rodean a los pacientes, el trabajo con los familiares y allegados es de vital importancia, ya que muchas veces sus conductas pueden empeorar la situación (7). Uno de los objetivos de los grupos de familiares es brindarles psicoeducación sobre el TLP, así como el entrenamiento en algunas habilidades que les permitan entender, aceptar e identificar los factores relacionados con las manifestaciones del trastorno y actuar de un modo más efectivo frente a las crisis y a las conductas problema, para así crear un ambiente validante (17).

Objetivos y etapas del tratamiento

El objetivo principal de la TCD es ayudar a los pacientes a crear “una vida que valga la pena ser vivida”; por lo tanto, este objetivo varía de una persona a otra, ya que cada paciente le da su propio significado; sin embargo, el objetivo común a todos los pacientes con TLP es

mantener bajo control todas las conductas, especialmente aquellas que ponen en riesgo su vida (3).

La TCD es un tratamiento flexible que puede variar de acuerdo con el grado de malestar y las necesidades del paciente (11). El tratamiento se ha estructurado en cuatro etapas, interconectadas entre sí, cada una de las cuales tiene sus propios objetivos y conductas problema asociadas (3).

Etapa I. Pasar de tener conductas fuera de control a estar en control

Entre los objetivos de esta etapa están eliminar los comportamientos letales, como los intentos de suicidio, la ideación suicida y las conductas autolesivas y los comportamientos que puedan interferir con el tratamiento (por ejemplo, aquellos comportamientos que no favorecen una alianza terapéutica, como la inasistencia a las sesiones y la falta de cumplimiento con las tareas asignadas).

Así mismo, disminuir la necesidad de hospitalización para el manejo de las crisis, en la medida en que el paciente aprenda a entender sus emociones y como tolerarlas sin recurrir a conductas autolesivas (3).

Otro de los objetivos es reducir los comportamientos que afectan la calidad de vida e incentivar los comportamientos que conduzcan a una vida más plena. Es decir, dar un manejo adecuado a las comor-

bilidades, tanto psiquiátricas como médicas, y mejorar las condiciones de vida, buscando estrategias para tener una actividad académica o laboral que sea gratificante, conservar a los amigos, ganar suficiente dinero para mantenerse, vivir en un lugar agradable, comenzar nuevas relaciones, mejorar las actuales, terminar con aquellas que sean problemáticas, entre otras (3).

Etapa II. De la clausura emocional a experimentar las emociones plenamente

El objetivo principal de esta fase es ayudar al paciente a experimentar las emociones sin necesidad de disociarse. En esta fase, tiene control sobre su conducta, pero se encuentra enfrentado a sus emociones, por lo que el trabajo se orienta a enseñarle a experimentar todas sus emociones, sin negarlas. Así, se trabaja sobre los síntomas del estrés postraumático y se orienta hacia conductas que lo activen, no hacia las conductas problema que se trabajan en la etapa I (3).

Etapa III. Construir una vida normal y resolver problemas de la vida cotidiana

El objetivo de esta fase es trabajar sobre los estresores familiares, sociales o laborales, como disfunción de pareja, insatisfacción laboral o aspiraciones profesionales. Aquí los pacientes pueden decidir

si continúan con el mismo psicoterapeuta, si interrumpen la terapia y trabajan en esta meta solos o si continúan con un psicoterapeuta en otra clase de terapia (3).

Etapa IV. De la sensación de falta de sentido a la sensación de plenitud/conexión

Algunos de los pacientes, a pesar de haber completado la tercera fase de la terapia y haber conseguido lo que buscaban en la vida, manifiestan una “sensación de vacío” o de “estar incompletos”, por lo que en esta fase muchos pacientes le encuentran un nuevo sentido a la vida, a través de caminos espirituales, o tanto cambiando su rumbo profesional o sus relaciones como encontrando una sensación de plenitud (3). El objetivo es ayudar al paciente a sentirse libre y disfrutar (11).

El tratamiento está estructurado de tal manera que sin cumplir los objetivos de una etapa no se puede pasar a la siguiente, por eso lo esencial es eliminar las conductas que amenacen la vida para tener un paciente a quien tratar y que este vaya a terapia. Esta última sólo termina hasta que todas las metas sean alcanzadas (3).

Evidencia clínica de la terapia conductual-dialéctica

En 1991, Linehan y sus colaboradores llevaron a cabo el primer estudio

controlado aleatorizado que comparaba la TCD con un tratamiento usual en un grupo de pacientes con TLP, que fueron seguidos durante un año. Los pacientes que recibieron la TCD mostraron una reducción en la frecuencia y en la gravedad de las conductas parasuicidas, menos días de hospitalización y una mejor adherencia al tratamiento (18,19).

Así mismo, los pacientes reportaban que se encontraban menos irritables y que su funcionamiento social había mejorado. Posteriormente, se reprodujo el estudio en pacientes veteranos de guerra con diagnóstico de TLP y se encontró una merma en la ideación suicida, en la desesperanza y en los síntomas depresivos (20).

En un estudio llevado a cabo en Holanda con pacientes diagnosticados con TLP con abuso de sustancias y sin este, se comparó la TCD con un tratamiento usual y se encontró que la primera se asociaba con una mejor adherencia al tratamiento y una reducción en las conductas autolesivas e impulsivas en un seguimiento de seis meses (21,22).

En 2006, Linehan y sus colaboradores, en el estudio controlado aleatorizado más amplio y riguroso que se haya realizado hasta el momento, compararon la TCD con un tratamiento con expertos en la comunidad. Se siguieron a 101 pacientes, que cumplían criterios para TLP y habían tenido, al menos, un

intento de suicidio o alguna conducta autolesiva en las últimas ocho semanas antes de ser incluidos en el estudio, durante dos años.

Los pacientes en ambos grupos mostraron alguna mejoría, pero aquellos que recibieron la TCD evidenciaron una mejor respuesta terapéutica, en especial al disminuir los intentos de suicidio y las conductas autolesivas, así como las visitas y admisiones a los servicios de urgencias (23).

Desde que se dio a conocer la TCD se han adelantado estudios sobre su eficacia en otras entidades, como depresión crónica en adultos mayores y trastorno por atracones, o en otros grupos de pacientes como pacientes hospitalizados con TLP y en adolescentes suicidas (24-28). Aunque los hallazgos disponibles sugieren una buena respuesta terapéutica en este grupo de pacientes, debe considerarse un tratamiento experimental en espera de estudios clínicos controlados que sustenten su eficacia (11).

Conclusiones

En los últimos años se ha considerado que el mejor tratamiento para los pacientes con TLP es la combinación de los abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos, con el fin de aliviar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida. No obstante, ninguno de los dos

tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica, debido a algunos factores, como la validez de los criterios diagnósticos para TLP, la presencia de comorbilidades y las altas tasas de abandono del tratamiento. Sin embargo, la TCD ha sido ampliamente estudiada y parece ser la más efectiva para el tratamiento de los pacientes con TLP, especialmente en la reducción de las conductas que afectan la vida y en la adherencia al tratamiento. Su utilidad en otras entidades aún se está estudiando.

Agradecimientos

A los doctores Pablo Gagliesi, Guillermo Lencioni, Carola Pechón, Sergio Apfelbaum, Juan Pablo Boggiano y Collin Stoewsand, del grupo Foro Argentino de TCD, en Buenos Aires, Argentina, que me acercaron al conocimiento sobre esta terapia, en especial a las pacientes y a sus familiares que nos permitieron compartir esta experiencia terapéutica.

Referencias

1. Ballus C, Vicens E. Trastorno límite de la personalidad (TLP). *Quaderns de salut mental* 8. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya-CatSalut; 2006.
2. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford; 1993.
3. Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, et al. *Manual psicoeducacional para pa-*

- cientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad. [Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (en prensa).
4. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley; 1999.
 5. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
 6. Mattia JI, Zimmerman M. Epidemiology. In: Livesley WJ, editor. *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*. New York: Guilford; 2001. p. 107-23.
 7. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*. 1996;153(6):752-8.
 8. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):971-4.
 9. American Psychiatric Association. *Treating borderline personality disorder: a quick reference guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004.
 10. National Institute for Mental Health for England. *Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion*. London: National Institute for Mental Health for England; 2003.
 11. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:181-205.
 12. Linehan M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2003.
 13. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Personal Disord*. 2000;14(3):264-73.
 14. Feigenbaum J. Dialectical behaviour therapy. *Psychiatry*. 2008;7(3):112-6.
 15. Urmson JO. *Enciclopedia concisa de filosofía y filósofos*. Madrid: Cátedra; 1979.
 16. Ben-Porath DD. Intercession telephone contact with individuals diagnosed with borderline personality disorder: lessons from dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract*. 2004;11(2):222-30.
 17. Apfelbaum S, Gagliesi P. El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *VERTEX*. 2004;15(58):295-302.
 18. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
 19. Swales M, Heard HL, Williams JGM. Linehan's Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for borderline personality disorder: overview and adaptation. *J Ment Health*. 2000;9(1):7-23.
 20. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, González AM, Morse JQ, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32(2):371-90.
 21. Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2003;182:135-40.
 22. Van Den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, Van Den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43(9):1231-41.
 23. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
 24. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical beha-

- vioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther. 2004;42(5):487-99.
25. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. J Consult Clin Psychol. 2001;69(6):1061-5.
26. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(3):276-82.
27. Linehan MM, Dimeff LA. Dialectical behavior therapy manual of treatment interventions for drug abusers with borderline personality disorder. Seattle: University of Washington; 1997.
28. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11(1):33-45.

Recibido para evaluación: 9 de junio de 2008
Aceptado para publicación: 31 de julio de 2008

Correspondencia
María José Sarmiento Suárez
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario San Ignacio
Cra. 7ª. N° 40-62
Bogotá, Colombia
majosar@hotmail.com