

Introducción

La terapia dialéctico comportamental (dialectical behavioral therapy, DBT)¹² ha sido desarrollada por la Dra Marsha Linehan en un esfuerzo para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multiproblemáticos. Inicialmente los primeros trabajos de investigación se centraron en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y auto excoriaciones.

La DBT es una modificación del tratamiento cognitivo-conductual estándar (TCC). De hecho Linehan y un equipo de terapeutas comenzaron utilizando técnicas de la TCC como entrenamiento de habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual. Revisaron las intervenciones psicosociales eficaces en otros desórdenes y dificultades emocionales (enfrentamiento, desensibilización, resolución de problemas entre otras) desarrollando un programa cognitivo conductual. Estas técnicas funcionaron para algunas personas y dejaron a otras fuera por hallarse constantemente enfocadas en el cambio. Las estrategias estaban tan direccionadas que los pacientes abandonaban los tratamientos por las mismas razones que lo hacen en casi todos los demás: se sentían incomprendidas y criticadas.

Los consultantes sentían que su sufrimiento era subestimado por los terapeutas y a la vez que los terapeutas sobreestimaban cuan útiles estaban siendo para ellos. Como resultado abandonaban el tratamiento, se sentían muy frustrados, al igual que los consultados, o se aislaban.

El equipo de investigación de la doctora Linehan comenzó a filmar todas las sesiones y a estar atento a qué nuevas estrategias ayudaban a tolerar el dolor y funcionaban para alcanzar una vida *“que valía la pena de ser vivida”*.

A medida que las estrategias de *aceptación* fueron agregadas a las estrategias de *cambio*, los consultantes sintieron que sus terapeutas los entendían mucho mejor. Permanecieron en terapia en lugar de abandonar, se sintieron mejor en la relación con sus terapeutas y mejoraron más rápidamente.

El balance entre estrategias de *cambio* y de *aceptación* forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento. Dialéctica significa 'evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones aparentes.' En la DBT, terapeutas y consultantes trabajan arduo para balancear cambio y aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias.

Así como en la vida cotidiana fuera de la terapia, las personas luchan por conseguir un equilibrio en sus acciones, sentimientos, y pensamientos, en este modelo se debe trabajar para integrar ambos: sentimientos pasionales y pensamientos racionales.

Fue entonces que se integraron las estrategias de *validación* y de *aceptación*, y los resultados obtenidos en ese nuevo modelo de trabajo se volvieron significativos y por ende, su base filosófica.

En este sentido, el DBT sintetiza dos movimientos en la investigación en psicoterapia: la manualización o estandarización de las intervenciones para determinados problemas, y las estrategias cortadas a medida de la relación consultante-consultado volviéndola flexible y anti estándar³.

A lo largo del presente texto intentaremos resaltar primero la base empírica, luego la teoría psicosocial, la filosofía dialéctica.

La base empírica

En la actualidad el programa de tratamiento ha sido validado en diversos trastornos, problemas y contextos. La evidencia creciente de su utilidad en pacientes complejos lo hace de elección en muchos sistemas de salud del mundo. Hasta el momento es el único tratamiento con la mejor probada eficacia para el Trastorno Límite de la

Personalidad en varios ensayos clínicos randomizados que incluyen profesionales e investigadores diferentes de los creadores del modelo.

El trabajo inicial desarrollado por Linehan y colaboradores⁴ publicado en 1991 compara dos grupos de 22 mujeres jóvenes cada uno que realizaron tratamiento durante un año. Un grupo realizó DBT y el otro fue enviado a tratamiento con profesionales renombrados de la comunidad dedicados a tratar pacientes con diagnóstico de DLP. Las pacientes que se encontraban en el primer grupo tuvieron una reducción significativa de la frecuencia y el riesgo médico de las conductas suicidas y parasuicidas, adhirieron más al tratamiento – o no lo abandonaron -, los días de internación fueron menos numerosos y la ideación, depresión, las razones para vivir y la desesperanza habían mejorado comparadas con el segundo grupo.

Después de este protocolo se implementaron otros con grupos de más pacientes con resultados similares^{5 6 7} al mismo tiempo que los estudios naturalísticos y de seguimiento demostraban la consistencia a lo largo del tiempo ya que las mejorías se sostenían⁸.

A fines de la década pasada el interés en los pacientes con problemas de consumo, abuso y dependencia de sustancias se acrecentó. Un trabajo de Linehan, Schmidt, Dimeff y otros comparan dos grupos de pacientes duales, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y Trastorno por uso de sustancias. Un grupo de mujeres fue asignado a DBT y otro a los programas usuales. La primera diferencia es en torno al abandono del tratamiento, mientras que el 36% abandonó la DBT el 73% abandonó los programas usuales. En los análisis urinarios de seguimiento de la abstinencia y las recaídas también los resultados fueron significativos⁹.

Otros trabajos muestran una eficacia similar y sinérgica quizás con los programas de 12 pasos en pacientes en dependencia a los opiáceos y diagnóstico dual¹⁰.

Los resultados fueron duplicados por otros investigadores y clínicos, Koons y colaboradores¹¹, y en otros países como Alemania por Bohus y otros¹², Holanda e Inglaterra como los desarrollados por van den Bosh y su equipo^{13 14 15} que utilizó la DBT en pacientes con problemas de abuso de sustancias sin comorbilidad con DLP.

Safer, Telch y Agras adaptaron dos programas de DBT para Trastornos por Atracón y para Bulimia Nerviosa con buenos resultados en los parámetros de los hábitos del comer como en variables emocionales y cognitivas^{16 17}.

Lynch, Morse, Mendelson y Robins¹⁸ publicaron un trabajo, también con grupo de control, en el que adaptando el modelo DBT se asistió a una población de adultos mayores de 60 años crónicamente deprimidos, dependientes y con quejas médicas múltiples con notables mejorías. En este protocolo además de las clases en entrenamiento en habilidades se agregó un coaching telefónico a la manera de sesiones, esta particularidad permite suponer que comunicarse entre sesiones, con objetivos puntuales puede ser importante.

Otros trabajos sin randomización pero con resultados significativos son:

Rathus y Miller,^{19 20 21} en pacientes adolescentes suicidas donde se observó una reducción de la ideación suicida, de los síntomas psiquiátricos y de la sintomatología limítrofe, así mismo probaron en modelo en familiares de pacientes.

Trupin, Stewart, Beach y Boesky dirigieron un proyecto en un centro de rehabilitación juvenil²² con adolescentes encarceladas resultado en un reducción de los problemas conductuales y en las respuestas punitivas del staff.

Barley y colaboradores demostraron su utilidad con pacientes internados en un servicio de clínica psiquiátrica.²³

McCann y Ball^{24 25} desarrollaron un programa para centros de detención de personas adultas con resultados promisorios. Varios sistemas de reclusión para la salud mental de sus internos o para la reducción del número de reincidencias ofrecen programas de DBT^{26 27}. En este sentido se constituye en el marco donde prácticas más diversas ya han demostrado ser eficaces pudiendo integrarlas a los programas de control de la ira, meditación, relajación entre otros. En esta línea Evershed y Tennant realizaron un trabajo comparando la terapia habitual y la DBT en un grupo de internos varones con

privación de la libertad y realizó un seguimiento por 18 meses. Los pacientes que recibieron DBT tuvieron una mayor reducción de la seriedad en los episodios de violencia, reportaron menos hostilidad promedio en la vida cotidiana, reducción de las emociones negativas relacionadas con el enojo, menor predisposición, expresión y experiencias de enojo o bronca.²⁸

Becker y Zayfert publicaron un trabajo que arrojó resultados positivos al integrar terapias de exposición y DBT en consultantes con diagnóstico de Estrés Postraumático Complejo.²⁹ Waltz, por su parte, desarrolló la modalidad en personas con características abusivas usando los mismos principios³⁰. Basándose en esos resultados hay al momento varios grupos desarrollando programas para hombres golpeadores motivados al cambio y la violencia.

La complejidad del modelo implica que se trata de un programa y no sólo de una psicoterapia, incluyendo en el programa clases grupales de habilidades, psicoterapia individual o generalización, y consultas en equipo de los terapeutas, y todos y todas deben compartir los mismos principios y supuestos básicos.

Las funciones

El programa tiene **cinco funciones**:

1- Aumentar las capacidades: Se asume que los pacientes con Desorden Límite de la Personalidad no tienen o necesitan mejorar habilidades vitales tales como

- a) regular las emociones,
- b) prestar atención a la experiencia del momento presente y regular la atención (habilidades de conciencia plena o mindfulness),
- c) Efectividad en navegar las situaciones interpersonales – que incluyen poder pedir algo a otros o decir no - , y
- d) tolerar y sobrevivir a las crisis sin empeorarlas - partiendo de la idea de que cuando se está en una crisis rara vez se puede “resolver el problema”-.

Por eso se desarrollan las clases grupales de habilidades en formatos de módulos específicos que tienen un manual con ejercicios. Usualmente estos grupos ocurren semanalmente durante dos horas treinta aproximadamente según los diferentes protocolos y dura entre nueve meses y un año.

2-Generalizar habilidades: Llevar los recursos aprendidos a la vida cotidiana, practicarlos, ensayarlos, adaptarlos a cada persona es parte de la tarea de la psicoterapia individual.

3-Mejorar la motivación y reducir los problemas conductuales: Motivar a las personas a cambiar y abandonar las conductas que son inconsistentes con una vida que merezca ser vivida es una función trascendente. Las dificultades en sostener esta motivación son notables en todas las personas que además de sufrir intensa y prolongadamente, han fracasado en numerosos tratamientos.

La monitorización a través de una tarjeta de registro semanal de sesión a sesión es una forma de organizar la información durante la sesión individual, observar los logros o las dificultades. Esta “tarjeta diaria” permite priorizar y focalizar las conductas en tres: Primero aquellas que atentan contra la vida (conductas de suicidas o parasuicidas- porque si el paciente se muere no hay tratamiento), Segundo las conductas que atentan contra la terapia (porque si el paciente no viene, tampoco hay tratamiento, como: faltar a las sesiones, llegadas tarde, conductas no colaborativas – que no son nunca criticadas) y tercero, las conductas que interfieren con la calidad de vida.

4- Mantener y aumentar la motivación y capacidades del terapeuta: Ayudar a personas severamente perturbadas con muchos problemas puede ser estimulante y

desafiante. Sin embargo la complejidad puede poner a prueba las competencias, capacidades y resiliencia de los trabajadores de salud mental. Las conductas suelen tener impacto fuera de las sesiones en las relaciones entre los pares profesionales, los sistemas de salud, la justicia y la seguridad pública, las aseguradoras de mala praxis, las relaciones con el sistema familiar del consultante y la vida privada del consultado. La "reunión de equipo", herramienta para esta función, es una institución en plena crisis en la actualidad, por diversas razones que no exploraremos en el presente trabajo. Por eso este formato debe ser sujeto a los principios de organización y rutina, dialécticamente con la fluidez de lo singular.

Muchas veces hay cierta desorientación en las funciones de este espacio, a veces se convierte en un lugar capturado por las emergencias y urgencias. Otras veces el lugar donde los terapeutas vuelvan sus frustraciones con pacientes complejos. Otras un espacio para juzgar a consultantes, a sus familias, al equipo y así mismo.

Tener agenda del día que incluya prácticas que prevengan el burn out de los miembros como prácticas de respiración o meditación, o introducir acuerdos sobre los modos de comunicación, entre otras cosas, son usuales en las reuniones de DBT.

5- Estructurar el ambiente: El ambiente debe ser estructurado de tal manera que refuerce las conductas más efectivas y el progreso y, por el otro lado, no refuerce las maladaptativas o problemáticas. Esto implica acuerdos tales como, para una persona con problemas de consumo de sustancias, evitar contextos que lo promuevan. O, a veces, los consultantes que se autoagreden deben aprender cómo asegurarse que sus otros significativos no refuercen esa conducta.

La teoría biosocial y la enfatización de las emociones en los tratamientos

El DBT está anclado a una teoría biosocial del DLP que hace que los consultados focalicen rápidamente en los problemas en la regulación de las emociones. Para comprenderlo es necesario incluir dos conceptos básicos: la *vulnerabilidad emocional*, de la que existe una creciente evidencia clínica y biológica, y el *contexto invalidante*.

Como *vulnerabilidad emocional* nos referimos concretamente a una alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos, una respuesta emocional de gran intensidad y un retorno lento a la calma. Por lo tanto se activan fácilmente emociones en situaciones en las cuales no es de esperar que aparezcan. A su vez, dichas emociones - con sus componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales - producen una respuesta más intensa de lo predecible y el retorno a la calma toma más tiempo que en el general de las personas. Durante este tiempo el dolor suele ser vivido como insoportable apareciendo la necesidad de serenarse en forma urgente.

El *contexto invalidante* se refiere a un contexto en el que recurrentemente se responde forma inapropiada a las experiencias privadas, especialmente durante la infancia. Los ejemplos típicos de lo que ocurre en un ambiente invalidante son: restar importancia, trivializar las preferencias, pensamientos y emociones de una persona. Ocurre igual si en el contexto se responde de manera extrema o exagerada a la comunicación de un pensamiento o emoción.

En la génesis del Desorden, *el ambiente invalidante* puede dar lugar a un problema, o no, dependiendo de la vulnerabilidad emocional de la persona. Las y los niñas y niños que tienen una predisposición biológica a la desregulación emocional no estarían en las mismas condiciones de aprender, a través de su ambiente, habilidades para modular sus emociones: nombrarlas, calmarse, tolerar el malestar, confiar en sus respuestas emocionales.

Difícilmente se pueda dar lugar a esta explicación acabada del trastorno si acentuamos algunas de las dos ideas principales, el eje es la interacción entre ambas.

Esta interacción produciría un déficit en las habilidades para modular las emociones caracterizado por:

- dificultades para inhibir conductas poco eficaces que aparecen en respuesta a emociones negativas,
- dificultades para aquietar la activación fisiológica resultante de una fuerte emoción,
- dificultades para concentrarse en presencia de una fuerte emoción.

Imaginemos un niño o niña con este problema que, en ciertos ambientes invalidantes, no aprende a reconocer, distinguir y nombrar las emociones. No puede aprender la regulación de la intensidad de las mismas, no logra tolerarlas – especialmente las emociones negativas, son fóbicos a las emociones - y no confían en ellas como respuestas válidas a determinados sucesos.

Ya adultos, estas personas no logran resolver los problemas de sus vidas, adoptando las mismas características invalidantes del ambiente en que fueron criadas e invalidando sus propias experiencias.

Es interesante destacar que las investigaciones neurbiológicas refieren que el estrés crónico y agudo en diferentes momentos de la vida en las personas produce efectos evidenciables similares a la desregulación emocional descrita por Linehan. También sabemos que no todas las personas sometidas a distintas intensidades y frecuencia de estrés tienen la misma vulnerabilidad. Estos hallazgos nos permiten suponer que ambos elementos están profundamente vinculados.

La filosofía dialéctica

Quizás esta característica es la que diferencia radicalmente la DBT con la TCC. La filosofía dialéctica se asocia comúnmente a Karl Marx o Hegel pero ha existido de una manera o de otra por miles de años por la tradición budista zen. Dentro de este contexto la realidad consiste en oposiciones, fuerzas polares que están en tensión. Por ejemplo la dialéctica entre cambio y aceptación. Cada fuerza opuesta está incompleta en sí misma y se mueven hacia una síntesis que no es otra cosa que una nueva dialéctica.

Por un lado focalizar exclusivamente en el cambio o en la aceptación son estrategias incompletas por sí solas.

Este modo de pensar influye en muchos aspectos del el estilo de los terapeutas. Ya que ellos y ellas deben buscar continuamente ambas fuerzas en la práctica. En cada sesión, en cada supervisión, en cada discusión de caso, en cada actividad de entrenamiento de habilidades. Al ofrecer solución de problemas o habilidades sugiere cosas basadas en la aceptación: aceptación radical³¹, tolerancia al malestar, habilidades de conciencia plena de observar, describir o simplemente estar aquí y ahora; y las basadas en el cambio: cambiar conductas, resolver problemas, cambiar contextos, reforzar contingencias o cambiar cogniciones. Terapeuta y pacientes dejan de debatir sobre lo que está bien o mal, porque todas la posiciones tienen algo de verdad y todas están básicamente incompletas.

La DBT hace hincapié en el uso del movimiento, la velocidad entre sesiones, la variación del estilo y la intensidad. Un terapeuta debe estar preparado para acompañar ese derrotero. Ser cálido o irreverente, tolerar el aumento de la intensidad de las emociones y aumentar el tono cuando desciende inhibitoriamente.

Aceptación y Conciencia Plena

Muchas de las intervenciones y habilidades intentan guiar al consultante para que se acepte a sí mismo, a los demás y al mundo tal cual es. Una de ellas es la Conciencia

Plena o *Mindfulness*³². Este es un entrenamiento de la función de la atención orientándola en el momento presente. Algunas de las habilidades incluyen atender y observar sin emitir juicios de valor, describir los hechos y las cosas de una experiencia o situación y participar completamente en la actividad o experimentar del presente mientras se presta atención a una sólo cosa por vez, focalizando en las conductas eficaces más que en las correctas. Es una práctica en la que la persona está intencionalmente atenta a sus pensamientos y acciones en el momento presente. Se aplica, como se ve, a sucesos corporales como mentales, y en estas se incluye todo lo que sucede en nuestra mente, pensamientos y emociones. En el budismo tradicional esta práctica es un prerrequisito para desarrollar insight y sabiduría.

La meditación es sólo una de las prácticas, que puede consistir en sentarse aquietando el cuerpo y prestar atención a la entrada y salida de aire. Sin embargo la *conciencia plena* no está constreñida a la sesión de meditación. Es una actividad que se puede hacer “haciendo”, como por ejemplo lavando los platos, caminando, diferente a nuestro entrenamiento diario de mantenernos haciendo muchas cosas en simultáneo (*multitask*).

Debe ser practicada también en espacios que exceden los entrenamientos como la supervisión, la psicoterapia e incluso la vida personal de los terapeutas. Desde que el Dr Kabat-Zinn comenzó a utilizar esta técnica con el objetivo de reducir el estrés, numerosos trabajos se han publicado hasta la fecha^{33 34} Para ver una búsqueda rápida de aquellos que merecen la pena, alcanza leer el artículo publicado por Grossman y Niemann que realiza un meta-análisis de todos ellos. Las evidencias refieren que la Conciencia Plena es un recurso válido en la reducción del estrés y tiene excelentes beneficios en la salud. La utilización en salud mental es bastante extensa, tanto en la DBT como los protocolos de Segal para depresión crónica^{35 36 37}, en Trastornos de Ansiedad³⁸ entre otros.

La validación en psicoterapia

Linehan y su grupo de investigación descubrieron que cuando el terapeuta otorga igual importancia a *validación* que al cambio las personas se muestran más colaboradoras y menos propensas a abandonar el tratamiento. Quizás cobre importancia recordar los principios básicos que adopta el equipo tratante con la inspiración DBT:

- 1- Los consultantes hacen lo mejor que pueden,
- 2- quieren mejorar,
- 3- necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio,
- 4- podrían no ser la causa de todos sus problemas pero los tienen que resolverlos ellos mismos de todos modos.
- 5- La vida como BPD es insoportable en la forma que es vivida.
- 6- Los consultantes deben aprender nuevas conductas y todos los contextos son importantes.
- 7- Los consultantes no fracasan, las terapias sí – que no dispongamos de la tecnología para asistirlos es parte de un déficit de nuestra profesión, no de ellos y su problema.
- 8- Los terapeutas necesitan sostén, asistencia y colaboración.

Entonces, ¿qué es la *validación*? La palabra posee muchos significados. Una de las cosas que no significa es que uno este necesariamente de acuerdo. Un terapeuta, por ejemplo, puede entender que un abuse del alcohol para superar su ansiedad social y aún así saber que cuando el está ebrio toma decisiones impulsivas que pueden llevarlo a autodañarse. El terapeuta podría validar que: a) su conducta tiene sentido en tanto ha sido el único método que siempre dispuso para calmar su ansiedad; b) que

sus padres siempre se embriagaron en fiestas; y c) que a veces cuando ella o él está ebria y hace algo impulsivo, la conducta impulsiva puede ser “divertida”.

En este caso el terapeuta puede validar que el abuso de sustancias tiene sentido dada su historia y desde su punto de vista. Pero el terapeuta no tiene por que estar de acuerdo con que el consumo abusivo de alcohol es la mejor manera de solucionar la ansiedad del paciente.

En la DBT hay distintos niveles y tipos de validación. El nivel más básico es estar atento a la otra persona. Esto significa mantener respeto por lo que ella dice, siente y hace. Otros niveles de validación implican ayudar a recuperar confianza afirmando que su conducta tiene perfecto sentido (ej: por supuesto que estas enojada o enojado con el dueño del negocio porque intentó cobrarte de más y luego mentir al respecto), tratándola como una semejante (ej: en oposición a tratar al consultante como un paciente débil mental).

Durante el tratamiento, del mismo modo en que los consultantes son entrenados en el uso de estrategias cognitivas conductuales, también son educados y motivados a usar la *validación*. Tanto en el tratamiento como en la vida, es importante saber que cosas podemos cambiar de nosotros y que cosas debemos aceptar (ya sea a largo o corto plazo). Por esta razón, las habilidades de *aceptación* y *validación* se han incluido en los módulos de habilidades.

Hay cuatro módulos de habilidades en total como hemos visto, – dos enfatizan en el cambio y dos en la aceptación - . Por ejemplo es extremadamente importante que los consultantes que se auto dañan aprendan a aceptar la experiencia de dolor en lugar de recurrir a las conductas destructivas para solucionar sus problemas. De modo que si se cortan, tienen atracones y se purgan, abusan de alcohol y drogas, se disocian, entre otras conductas, deben aprender a simplemente “estar en” la realidad, por mas doloroso que pueda ser en determinado momento, de modo que aprendan que “pueden soportarlo”. La DBT enseña un conjunto habilidades para que los consultantes puedan aprender a permanecer en calma en lugar de huir. Además es importante comprender porqué sus vidas son tan difíciles o al menos hallar algún sentido a esto, apelando a veces a las creencias religiosas de los consultantes.

La violencia

La violencia es un fenómeno de difícil aprensión. Aproximarse a él requiere de diferentes lentes, que objetivan sólo fragmentos. Es un fenómeno social y cultural, es un fenómeno político y económico, es un fenómeno personal y biológico, y ninguno de esos lentes puede deshacerse del otro, so pena de volverse reduccionista.

Dentro de la salud mental, el tema de la violencia ha ocupado diferentes lugares. En la década de los 80 y 90 se realizaron, por ejemplo numerosas investigaciones sobre la utilidad de ciertos fármacos en su control. El fracaso estrepitoso en la búsqueda de una droga que facilite el control de la violencia es más que evidente. Porque la violencia no es sino una expresión de otro problema. No es lo mismo la violencia de un paciente en un episodio maníaco, la de un paciente francamente aterrorizado por las alucinaciones, la de uno preso de una convulsión o la de alguien que regula sus emociones siendo violento consigo mismo o con otros. En este sentido, la psiquiatría ha tenido una lectura simplista y escueta del fenómeno.

Así también las investigaciones sobre genética y violencia evidencian este reduccionismo. La proclividad a actuar en la realidad ha llegado a asociarse a los efectos de los andrógenos en el desarrollo cerebral, y más allá de las verdades que estas aseveraciones implican, por extensión resultan en prácticas limítrofe con lo absurdo (el uso de bloqueantes androgénicos en personas con dificultad en el control de los impulsos).

A veces, los tratamientos apropiados para unos, no lo son para otros. El uso de ácido valproico – un antiepiléptico y anti maníaco - es un potente reductor de violencia en un

paciente con trastorno bipolar en su episodio maníaco, pero no ha demostrado ser tan importante su efectos – mucho menos de lo esperado – en el trastorno límite de la personalidad.

Por otro lado, hay una serie de corrientes que suponen que la violencia es el resultado de lo contextual. Una persona con cierta historia – de abuso, abandono -, en cierto contexto social – pobreza, falta de escolaridad, injusticia - cuando responde con violencia, queda enmarcada en esa narrativa.

En estos modelos psicosociológicos el cambio vendría de las modificaciones en la historia – aunque siempre se es presa de la inexorable repetición - y, o de cambios en el ambiente o sistema.

Hay evidencias que los países con mayor justicia social suelen tener menores índices de violencia, aunque esta regla no siempre se cumple – la pobreza no parece ser un indicador sólido. Y por el otro lado, las historias personales de marginación, abandono y maltrato no siempre desembocan – resiliencia mediante – en impulsividad.

En ambas corrientes se alega el respeto por lo multicausal y los valores de la integración, pero, como se observa en sus prácticas están distante de lograrlo. En principio porque no hay causas multiconcurrentes, sino que sinergizan y interaccionan entre sí, se convocan y se vuelven dependientes.

Es tan así de los problemas en el control de los impulsos, están desparramados a lo largo de la clasificación siquiátrica, especialmente cuando no se correlacionan con un diagnóstico clínico como esquizofrenia, el Trastorno Obsesivo Compulsivo o un episodio maníaco. La pregunta sobre dónde clasificarlos es compleja, especialmente síntomas o síndromes como el enojo, la agresión o violencia, el exhibicionismo, la tricotilomanía, la piromanía, el juego patológico o la cleptomanía.

El DSM hace diferencias que desplazan a lo largo y a lo ancho del libro donde el impulso a exhibirse en público desnudo puede ser llamado exhibicionismo en el capítulo de trastornos sexuales hipotetizando su génesis con la sexualidad. Mientras que los problemas del control de los impulsos son clasificados como “trastornos no clasificados en otro apartado”. Y en general desvincula el hecho fundamental de que lo esencial es la desregulación de los procesos de regulación emocional que no están operando adecuadamente.

El tema central es este afecto que sobrepasa los límites de la tolerancia o de los recursos habituales para su regulación o dura demasiado tiempo. Entonces la conducta problema no es más que la mejor estrategia conductual posible.

La mayoría de las personas con estas dificultades como los jugadores compulsivos saben que el juego o el riego, o la idea potencial de ganar va a calmar su malestar o ansiedad – al menos por un rato, en sacrificio de las desventajas a mediano plazo. Los cleptómanos también sienten que el riesgo y la huída posterior a un robo es tranquilizante, el *frotteur* puede reconocer el efecto calmante de su actividad. La conducta está diseñada para disminuir la activación, breve, momentánea, rápida y eficazmente, en el momento. Y las consecuencias negativas de la conducta – castigos y reforzadores – que generalmente son más tardíos no son suficientes para modificar la conducta.

Si bien el contenido de los pensamientos y emociones puede variar entre las diferentes personas o conductas, la dialéctica es similar. Utilizando una tabla de Thomas Marra he adaptado una lista de las dialécticas presentes en el Trastorno Explosivo Intermittente ³⁹.

Dialéctica con el trastorno explosivo intermitente	↔	
---	---	--

1. Me han hecho hacer esto		Yo soy responsable por mi propia conducta
2. Yo tengo razones valederas		Mis emociones no necesitan justificaciones
3. Estoy fuera de control		Yo no quiero estar en controlado
4. Ellos se merecen mi ira		Mi auto respeto es más importante que sus consecuencias
5. Las emociones o sentimientos provocan la conducta inmediata		Mis conductas son una cosa separada de mis sentimientos
6. Hay que atacar mientras se está en caliente		No puedo medir mis respuestas
7. Si me herís yo te hiero		Necesito lidiar con mi propia herida
8. Ganar es vital		Obtenero lo que realmente quiero es a largo plazo
9. NO debo ser un perdedor		Ganar es menos importante que la felicidad
10. Yo no dependo de otros		Yo soy interdependiente de otros
11. Yo no me voy a sentir vulnerable		Todos somos vulnerables
12. Ellos me lo hicieron primero a mí, ellos lanzaron la piedra primero		La justicia es relativa
13. Yo no llego a dañar		Yo daño al otro primero
14. Las emociones son lo primero		Las emociones son importantes pero no lo son todo

Como se observa, las dialécticas no siempre son opuestas. Pero se trata de necesidades, aspiraciones, declaraciones de principios. Y una característica de los problemas en el control de los impulsos es definitivamente la percepción que se debe escapar rápidamente del dilema o de la duda.

Estas personas encontraron una manera de parar, al menos temporariamente, la activación fisiológica y mental del malestar (sin importar si la activación es sexual agresiva, socia o afectiva).

LA DBT está diseñada sostiene Marra “para tratar estas conductas de escape y las emociones identificando el conflicto dialéctico y trayendo la atención a la motivación a cambiar. Exposición, aceptación, darle sentido, habilidades para tolerar el malestar y las tecnologías conductuales permiten a los pacientes a adaptarse mejor a sus necesidades conflictivas”.

Una dialéctica habitual es la pregunta ¿Debo expresar mi enojo o suprimirlo? Muchos expertos sugieren que no se puede “embotellar el enojo” y de hecho las evidencias sugieren que puede afectar seriamente la salud, especialmente coronaria. Pero expresar el enojo tiene consecuencias devastadoras para las relaciones y un alto impacto en la vida cotidiana.

Las tareas en relación a las emociones serán:

El objetivo es:

1. Aumentar el foco de atención sobre el largo plazo (aumentando la motivación al cambio, por ejemplo registrando las consecuencias negativas más tardías o usando la relación terapéutica),
2. Aumentar la atención en el contexto sobre los efectos de la conducta (análisis conductual o en cadena),
3. Modificar la intensidad, frecuencia, disparadores, contenidos emocionales, mediante un mayor conocimiento sobre las emociones y las habilidades interpersonales, a- Identificar (observar y describir) las emociones e Identificar lo que las emociones hacen para y por nosotros – ¡ el enojo no siempre es insalubre! -. b- Reducir la vulnerabilidad emocional (aumentar las positivas y disminuir las negativas) c- Disminuir el sufrimiento emocional: dejar ir el dolor a través de la Conciencia Plena y cambiar las emociones dolorosas a través de la Acción Opuesta.
4. Despertar un nivel de atención a lo interno y lo externo - intra personal e inter personalmente - .
5. Aumentar la tolerancia mediante la aceptación radical para poder retrasar las respuestas conductuales.

Las emociones se relacionan siempre con ciertas conductas específicas. Podemos incluso deducir emociones según la conducta observable, por ejemplo huir cuando se tiene miedo. Cualquier técnica conductual o cognitiva incluirá definitivamente en algún momento el afrontamiento de lo temido, la suspensión o inhibición de la conducta, y la tolerancia o cambio de la emoción. Desplegar la Acción Opuesta (Opposite Action) a diferencia de cambiar la emoción tiene efectos sorprendentes sobre la emoción y la conducta que la retroalimenta. Como ganancia, esta técnica además valida la emoción.

El caso de la ira, el enfado, la bronca o el enojo es muy particular, porque la conducta de ataque es el ataque. Para comprender debemos recordar cuáles son las respuestas relacionadas con esas emociones:

1. Estar serio, poner cara de enojo
2. Poco amigable
3. Gruñir
4. Cara enrojecida
5. Atacar verbal (crítica, decir cosas duras e hirientes) o físicamente
6. Aumentar el tono de voz
7. Apretar los puños, contraer la mandíbula
8. Mostrarse amenazantes
9. Hacer gestos amenazantes
10. Golpear, romper o tirar cosas
11. Caminar fuerte, golpear puertas
12. Retirarse

La Acción Opuesta será, entonces, cada vez que se sienta ira: relajarse, tratar muy educadamente o con una leve sonrisa, hablar más bajo, soltar los puños.

En este caso la acción de retirarse suele recomendarse, antes de que las cosas empeoren.

Caso clínico

Al inspirar, se que estoy enojado,

Al espirar estoy cuidando mi ira.

Tich Nhat Hanh⁴⁰

Felipe tiene 52 años, es derivado por su anterior terapeuta porque “sentía que no podía hacer más nada conmigo”. Esta decisión surgió tras un episodio de violencia entre Felipe y su pareja, Adriana, de 41 años, donde intervino la policía.

Este es el séptimo tratamiento que intenta en los últimos 10 años, recibió psicoterapia de distintas orientaciones y en diferentes modalidades (individual, familiar, de pareja) y medicación (carbamazepina, clonazepam, ácido valproico, antidepresivos y risperidona). Visitó a tres neurólogos que realizaron numerosos estudios y evaluaciones.

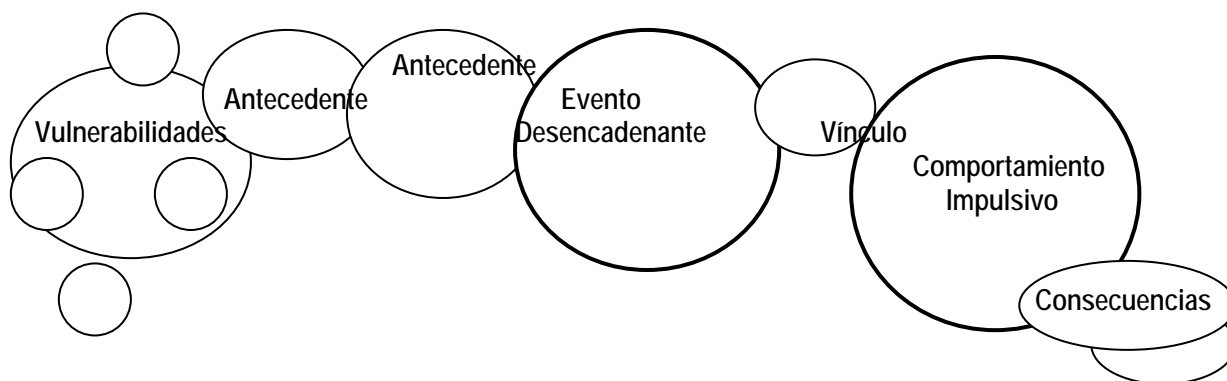
Felipe es hijo de una familia numerosa cuyo padre fallece cuando él tiene 10 años. Su madres y sus hermanos, a medida que cumplían 12 años comenzaban a trabajar en diferentes tareas. Nació y vive en el conurbano bonaerense.

Sus padres eran exigentes, trabajadores y sacrificados. Su padre tenía episodios de violencia que F justifica como “la única manera de poner orden en la casa” y era nieto e hijo de militares de bajo rango.

F no accedió a la escolarización media, trabajó desde entonces y se casó con Marcela a los 18. Tiene 4 hijos. Comenzó a trabajar como viajante y posteriormente consolidó una red de negocios en el interior de la provincia con relativo éxito.

La separación estuvo ligada a episodios de violencia repetidos, con su mujer y con sus hijos.

Se realiza un análisis conductual del último episodio. Para esto habitualmente se utiliza una entrevista semiestructurada que permite seguir un protocolo secuencial.



F describe exactamente el episodio. Durante el relato aparecen signos de activación fisiológica compatible con la ansiedad. Identifica con detalle la secuencia. Dónde

ocurrió, cómo se sentía, qué pensaba, que había imaginado que iba a ocurrir, si pensó en tener otro comportamiento.

Intentamos detectar las vulnerabilidades, qué cosas del en el ambiente o en otras situaciones anteriores lo hacían vulnerable, qué cosas o condiciones en su interior te hacían vulnerable y cómo se estaban sintiendo a causa de la vulnerabilidad. F refiere que hacía varios días que él percibía que M tomaba distancia de él. Esta distancia, evidenciada en no contestarle un par de llamados, o no avisarle que no se encontrarían como era habitual los miércoles, aumentaron sustancialmente su sensación de malestar. Algunos problemas laborales, un dolor muscular que le impedía correr (F es maratonista) y una discusión con sus hijos dos días antes, eran parte del marco donde ocurrió el incidente.

F comenzó a estar ansioso y malhumorado. Comenzó a temer que M lo abandone. Y él refiere no poder soportar esa idea. Se activaron allí sensaciones corporales y cognitivas del enojo.

Al detenernos en el evento provocador nos detenemos en un gesto de M en tomar el celular encima de una mesa, aprontándose a irse, la cara de temor, y otros marcadores en los que F no había reparado.

Insté a F que observara los resultados positivos del comportamiento impulsivo. Y le mostré cómo, esta conducta alivió una enorme presión interna inmediatamente. Le expliqué que parte del problema era justamente que ese alivio, reforzaba la conducta y que cada vez que la presión subía, ésta era claramente la salida más rápida.

Que no sólo era positiva sino tremendamente rápida y esa eficacia sostenía el circuito. Las consecuencias negativas eran claramente más tardías y mucho más numerosas. Pero el número no alcanzaba a contrarrestar el impulso. Perder la relación con M definitivamente, tener creencias sobre sí mismo negativas (“soy un tarado, un impulsivo, un enfermo, no voy a poder con esto, soy peligroso”), y sentimientos de culpa y vergüenza (la intervención de la policía, los vecinos, los amigos en común y su hermana).

Esta formulación del caso se permite, por un lado validar y por el otro proponer el cambio. Es un modo de explicar la experiencia y, a su vez, permitir señalar las cosas a aprender.

Se socializó (psicoeducación) el modelo de tratamiento, el paciente concurrió a sesiones semanales individuales, entrenamiento grupal, y *coaching* telefónico. Tenía asignada una hoja de registro de sesión por sesión y otra de grupo con tareas a realizar.

Esto permite construir el tratamiento, que es altamente estructurado por momentos y menos por otro; por momentos está más orientado a la aceptación radical y por momentos al cambio. Se incluyó el las clases de habilidades, una psicoterapia individual.

La hipótesis de trabajo incluyó la idea que los varones – con perdón de las generalizaciones y a diferencia de las mujeres que son más proclives a la violencia hacia sí mismas frente al malestar generado por la amenaza de abandono - suelen ser más violentos contra los otros.

Es evidente que F debió aprender recursos para sobrevivir a las crisis y no empeorarlas. Pero además, debió aprender habilidades interpersonales que le permitieron terminar con las relaciones que no tienen remedio, pedir más asertivamente cosas a los demás y verbalizar sus deseos.

Por otro lado las habilidades emocionales estaban ausentes o muy disminuidas, las tormentas de emociones como culpa, vergüenza, tristeza y miedo eran incontrolables para él.

Al comienzo F se mostraba muy reticente a entrenar *Conciencia Plena*, pero lentamente se transformó en una herramienta muy útil. El relata: “En el fondo temo las emociones, soy un fóbico emocional, quiero salir corriendo. Evidentemente eso no me

permitía estar acá y ahora, porque siempre estaba a la búsqueda de una salida. Quedarme a sentir, estar con alguien, requería que yo pudiera permitirme respirar”.

Las técnicas de Acciones Opuestas le permiten manejar su enojo mejor y al mismo tiempo aceptar esa emoción como parte de su vida.

Las sesiones de F se centraron principalmente en prevenir los contextos que más lo volvían vulnerable, y luego en el análisis conductual de sus episodios de violencia. Posteriormente pudo afrontar su historia personal de abandonos y maltrato. La relación con sus empleados y clientes ha mejorado notablemente.

Luego de un año F se encuentra más estable, tiene una nueva pareja con la que está construyendo una relación y volvió a correr maratones.

Bibliografía

¹ Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY, 1993.

² Linehan, M: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. Guilford, New York, NY, 1993.

³ Beutler Larry E., Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment, Volume 3, Article 27, August 2000. American Psychological Association.

⁴ Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

⁵ Linehan, M.M., Heard, H.L. (1993) "Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients": Reply. *Archives of General-Psychiatry*, 50(2): 157-158.

⁶ Linehan, M.M., Heard, H.L., Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

⁷ Linehan, M.M., Heard, H.L., Armstrong, H.E. (1994). "Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients": Erratum. *Archives of General Psychiatry*, 51, 422.

⁹ Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8(4), 279-292.

¹⁰ Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8(4), 279-292.

¹¹ Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.

¹² Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Boehme, R., Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality

Disorder--A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9): 875-887.

¹³ van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.

¹⁴ van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.

¹⁵ Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T., van den Brink, W. (in press). A 12-month randomized clinical trial of Dialectical Behavior Therapy for women with borderline personality disorder in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*.

¹⁶ Telch, C.F., Agras, W.S., Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.

¹⁷ Safer, D.L., Telch, C.F., Agras, W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.

¹⁸ Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T., Robins, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.

¹⁹ Rathus, J.H., Miller, A.L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.

²⁰ Miller A. Dialectical Behavior Therapy: a new approach for suicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*. 1999; 53(3) 412-417.

²¹ Miller A, Glinski J, et al. Family therapy and Dialectical Behavior Therapy with adolescents. *American Journal of Psychotherapy*. 2002; 56(4): 568-602.

²² Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B, Boesky, L. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 121-127.

²³ Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., Hollingsworth, A.S., Griva, M., Hickerson, S.C., Lawson, J.E., Bailey, B.J. (1993). The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 232-240.

²⁴ McCann, R.A., Ball, E.M., Ivanoff, A. (2000). DBT with an Inpatient Forensic Population: The CMHIP Forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.

²⁵ McCann, R.A., Ball E.M. (2000). The effectiveness of DBT with Forensic Inpatients. Institute for Forensic Psychiatry. (en prensa, comunicación del autor)

²⁶ <http://www.corrections.com/news/article.aspx?articleid=6066>

²⁷ http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r145/r145_e.shtml

-
- ²⁸ Evershed, Tennant, Boomer, Rees, Barkham, Watson Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison *Criminal Behaviour and Mental Health* Volume 13, issue 3, 2003. Pages 198-213.
- ²⁹ Black Becker C y Zayfert. Integrating Dialectical Behavior Therapy into Exposure Therapy for Complex Posttraumatic Stress Disorder *Eating Disorders Review* March/April 2002 Volume 13, Number 2.
- ³⁰ Waltz J. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Abusive Behavior *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* Volume: 7 Issue: 1/2 2003
- ³¹ Brach, T. (2003). *Radical acceptance*. New York: Bantam Books.
- ³² McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007 Jan 24.
- ³³ Kabat-Zinn J Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte, 1990.
- ³⁴ Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion Books.
- ³⁵ Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- ³⁶ Teasdale, J. T., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse–recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- ³⁷ Ma, H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31–40.
- ³⁸ Rabat-Zinn J et als Effectiveness of maditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:939-43.
- ³⁹ Marra, Thomas. *Dialectical Behavioral Therapy in private practice. A practical and comprehevisve Guide*. New Harbinger Ed. Oakland CaA 2005.
- ⁴⁰ Tich Nhat Hanh *Un guijarro en el bolsillo*. Buenos Aires Paidós, 2005.