

Tratamiento Cognitivo- Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad

Marsha M. Linehan

CAPITULO 1

Trastorno De Personalidad Limite: Conceptos, Controversias y Definiciones

En los últimos años, el interés en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se ha disparado. Este interés está relacionado con al menos dos factores. En primer lugar, las personas que cumplen con los criterios para TLP están inundando los centros de salud mental y los consultorios de profesionales de salud mental. Se estima que el 11% de todos los pacientes ambulatorios en psiquiatría y el 19% de pacientes hospitalizados en psiquiatría cumplen con los criterios para TLP; de los pacientes con algún tipo de trastorno de personalidad el 33% de los pacientes ambulatorios y el 63% de los pacientes hospitalizados parecen cumplir con los criterios para TLP (ver una revisión de Widiger y Frances, 1989). En segundo lugar, las modalidades de tratamiento disponibles parecen ser inadecuadas. Los estudios de seguimiento sugieren que la disfunción inicial de estos pacientes puede ser extrema; que la mejoría clínica es lenta (tarda muchos años); y esa mejora es pobre durante muchos años después de la evaluación inicial (Carpenter, Gunderson y Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen y Gunderson, 1983; McGlashan, 1986a, 1986b, 1987). Los pacientes con TLP son tan numerosos que la mayoría de los profesionales deben tratar al menos uno. Se presentan con severos problemas y una intensa miseria. Son difíciles de tratar con éxito. No es de extrañar que muchos clínicos de salud mental se sientan abrumados e inadecuados, y estén en busca de un tratamiento que prometa algún alivio.

Curiosamente, el patrón de conducta más frecuentemente asociado con el diagnóstico de TLP, es un patrón de autolesiones e intentos de suicidio, y ha sido ignorado como un objetivo dentro del tratamiento. Gunderson (1984) ha sugerido que esta conducta puede ser la que más representa al paciente con TLP. Los datos empíricos lo confirman: El 70% al 75% de las pacientes con TLP tienen un historial de al menos un acto autolesivo (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt y Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar y Davis; 1985). Estos actos pueden variar en intensidad: los que no requieren tratamiento médico (por ejemplo, rasguños leves, golpes en la cabeza y quemaduras de cigarrillos) a los que requieren atención en una unidad de cuidados intensivos (por ejemplo, sobredosis, autolesiones y asfixia graves). Tampoco la conducta suicida de los pacientes con TLP es siempre inocuo. Se estima que las tasas de suicidio entre los pacientes con TLP varían, pero tienden a ser de aproximadamente el 9% (Stone, 1989; Paris, Brown, & NowHs, 1987; Kroll, Carey, & Sines, 1985). En una serie de pacientes hospitalizados con TLP seguidos por 10 a 23 años después del alta (Stone, 1989), los pacientes que presentaban ocho criterios del DSM-III para TLP al momento de la admisión tenían una tasa de suicidio del 36% comparado con una tasa del 7% en individuos que cumplieron con cinco o siete criterios. En el mismo estudio, los individuos con TLP y un historial de parasuicidios tuvieron tasas de suicidio que duplicaba las tasas de los individuos sin TLP que tenían parasuicidios. Aunque existen importante bibliografía sobre suicidio y autolesiones en TLP, prácticamente no hay comunicación entre estas dos áreas de estudio.

Las personas con lesiones intencionadas o que intentan suicidarse y la población con TLP tienen una serie de características superpuestas, que describo más adelante en este capítulo. Esta superposición es particularmente notable: la mayoría de los individuos que se involucran en conductas autolesivas no fatales y la mayoría de los individuos que cumplen con los criterios para TLP son mujeres. Widiger y Frances (1989) revisaron 38 estudios que informaron el género de los pacientes que cumplían con los criterios de TLP; el 74% eran mujeres. De manera similar, las autolesiones intencionales, incluidos los intentos de suicidio, son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (Bancroft y Marsack, 1977; Bogard, 1970; Greer, Gunn y Kollner, 1966; Hankoff, 1979; Paerregaard, 1975; Shneidman, Faberow, & Litman, 1970). Otro paralelo demográfico importante es la relación de la edad tanto para el

TLP como para las conductas autolesivas no fatales. Aproximadamente el 75% de los casos de conductas auto agresivas involucran a personas entre los 18 y 45 años de edad (Greer & Lee, 1967; Paerregaard, 1975; Tuckman & Youngman, 1968). Los pacientes con TLP también tienden a ser más jóvenes (Akhtar, Byrne y Doghramji, 1986), y las características del TLP disminuyen en gravedad y prevalencia en la mediana edad (Paris et al, 1987). Estas similitudes demográficas, junto con otras cosas que se analizan más adelante, plantean la interesante posibilidad de que los estudios de investigación realizados sobre estas dos poblaciones, aunque se hayan realizado por separado, de hecho, hayan sido estudios de poblaciones superpuestas. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios sobre conductas suicidas no informan los diagnósticos del Eje II.

El tratamiento descrito en este libro es un tratamiento cognitivo-conductual integrado. “La terapia conductual dialéctica” (DBT, por sus siglas en inglés), desarrollada y evaluada para personas que cumplieran con los criterios de TLP y además para personas que tenían un historial de múltiples conductas suicidas no fatales. La teoría que he construido puede ser válida, y el programa de tratamiento descrito en este libro y el manual complementario pueden ser efectivos, tanto para pacientes con TLP como para pacientes que no tienen TLP. Sin embargo, desde el principio, es importante que el lector se dé cuenta de que la base empírica que demuestra la efectividad del programa de tratamiento descrito aquí se limita a mujeres con TLP con antecedentes crónicos de parasuicidios (autolesión intencional, incluidos intentos de suicidio). (De acuerdo con esto, uso los pronombres "ella" en este libro para referirme a una paciente típica). Este grupo es quizás la parte más perturbada de la población con TLP y ciertamente constituye la mayoría. El tratamiento se diseña de manera flexible, de manera que a medida que el paciente avanza, se realizan cambios en la aplicación del tratamiento. Por lo tanto, no es improbable que el programa de tratamiento también sea efectivo en personas menos perturbadas. Pero en este momento tal uso se basaría en la especulación, no en estudios de tratamiento empírico bien controlados.

El Concepto de Trastorno de Personalidad Límite

Definiciones: Cuatro enfoques.

El concepto formal de TLP es relativamente nuevo en el campo de la psicopatología. Apareció en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) de la American Psychiatric Association en 1980. Aunque la constelación particular de rasgos que comprende la entidad se reconoció mucho antes, gran parte del actual interés en esta población se debe a su reciente estatus oficial. Ese estatus se logró con mucha controversia y disputa. La nomenclatura "oficial" y los criterios diagnósticos se han alcanzado tanto a través del compromiso político como a través de la atención a los datos empíricos.

Quizás lo más controvertido fue la decisión de usar la palabra "límite" en la designación oficial del trastorno. El término en sí ha sido popular durante muchos años en la comunidad psicoanalítica. Fue utilizado por primera vez por Adolf Stern en 1938 para describir a un grupo de pacientes ambulatorios que no se beneficiaron con el psicoanálisis clásico y que no parecían encajar en las categorías psiquiátricas estandares de "neurosis" o "psicosis" de ese entonces. La psicopatología de ese momento lo conceptualizo como un continuo de "normal" - "neurótico" - "psicótico". Stern calificó a su grupo de pacientes ambulatorios como personas que están en "límite de la neurosis". Después de muchos años, el término se usó coloquialmente entre los psicoanalistas para describir a los pacientes que, aunque tenían problemas graves de funcionamiento, no encajaban en otras categorías de diagnóstico y eran difíciles de tratar con métodos analíticos convencionales. Diferentes teóricos han considerado que los pacientes con TLP se

encuentran en el límite entre la neurosis y la psicosis (Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Kemberg, 1975), entre la esquizofrenia y la no esquizofrenia (Noble, 1951; Ekstein, 1955) entre lo normal y lo anormal (Rado, 1956). La **Tabla 1.1** proporciona una muestra de las definiciones tempranas del término. A lo largo de los años, el término "límite" generalmente evolucionó en la comunidad psicoanalítica para referirse tanto a una estructura particular de organización de la personalidad como a un nivel intermedio de severidad del funcionamiento de la personalidad. El término transmite claramente esta última noción.

TABLA 1.1. CONDICIONES LIMITE: PRIMERAS DEFINICIONES E INTERRELACIONES	
Stern (1938)	
1.	Narcisismo: idealización simultánea y desvalorización despreciativa del analista, así como de otras personas importantes en la vida temprana.
2.	Descarga psíquica: parálisis ante las crisis; letargo; tendencia a rendirse.
3.	Excesiva hipersensibilidad: reacción exagerada a la crítica leve o al rechazo, es tan intensa que puede tener un tinte paranoide, pero no llega a la ilusión absoluta.
4.	Rigidez psíquica y corporal: un estado de tensión y rigidez de la postura fácilmente visible para un observador casual.
5.	Reacción terapéutica negativa: ciertas interpretaciones del analista, que se pretende que sean útiles, se experimentan como desalentadoras o como manifestaciones de falta de amor y aprecio. La depresión o los arrebatos de rabia se producen; a veces, gestos suicidas.
6.	Sentimiento constitucional de inferioridad: algunos exhiben melancolía, otros una personalidad infantil.
7.	Masoquismo, a menudo acompañado de depresión severa.
8.	Inseguridad orgánica: aparentemente una incapacidad constitucional para tolerar mucho estrés, especialmente en el campo interpersonal.
9.	Mecanismos proyectivos: una fuerte tendencia a la externalización, a veces llevando a los pacientes cerca de la ideación ilusoria.
10.	Dificultades en las pruebas de realidad: maquinaria empática defectuosa en relación con los demás. Capacidad disminuida para fusionar representaciones objetales en percepciones apropiadas y realistas de la persona en su totalidad.
Deutsch (1942)	
1.	Despersonalización que no es ego-alienada o perturbadora para el paciente.
2.	Identificaciones narcisistas con otros, que no se asimilan al yo, sino que se representan repetidamente.
3.	Una comprensión totalmente mantenida de la realidad.
4.	La pobreza de las relaciones objétales, con una tendencia a adoptar las cualidades de la otra persona como un medio para retener el amor.
5.	Enmascaramiento de todas las tendencias agresivas por pasividad, dando un aire de amabilidad, que es fácil que se convierta en agresividad.
6.	Vacío interior, que el paciente busca remediar al unirse a un grupo social o religioso nuevo, sin importar si los principios del nuevo grupo concuerdan con los de un antiguo grupo.
Schmideberg (1947)	
1.	No puede tolerar la rutina y la regularidad.
2.	Tiende a romper muchas reglas de la convención social.
3.	A menudo tardan en las citas y son poco fiables sobre el pago.
4.	No se puede volver a asociar durante las sesiones.
5.	Mal motivado para el tratamiento.
6.	No logra desarrollar una visión significativa.
7.	Lleva una vida caótica en la que siempre sucede algo terrible.
8.	Participa en actos delictivos menores, a menos que sean ricos.
9.	No se puede establecer fácilmente contacto emocional.

Rado (1956) (“trastorno extractivo”)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Impaciencia e intolerancia a la frustración. 2. Arrebatos de rabia. 3. Irresponsabilidad. 4. Excitabilidad. 5. Parasitismo. 6. Hedonismo. 7. Temporadas depresivas 8. Afectación del apetito.
Esser y Lesser (1965) (trastorno histeroide)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Irresponsabilidad. 2. Historial de trabajo errático. 3. Relaciones caóticas e insatisfactorias que nunca llegan a ser profundas o duraderas. 4. Historia en la infancia temprana de problemas emocionales y patrones de hábitos perturbados (enuresis a una edad avanzada, por ejemplo). 5. Sexualidad caótica, a menudo con frigidez y promiscuidad combinadas.
Grinker, Werble, y Drye (1968)
<p>Características comunes de todos los límites:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La ira como emoción principal o única. 2. Defecto en las relaciones afectivas (interpersonales). 3. Ausencia de una autoidentidad consistente. 4. La depresión como característica de su vida. <p>Subtipo I: El borde psicótico. Conducta inadecuada, no adaptativa. Identidad propia y sentido de la realidad deficiente. Conducta negativa y expresión de la rabia. Depresión.</p> <p>Subtipo II: El síndrome del límite Intermedio Participación vacilante con los demás. Acciones de ira Depresión. La identidad propia no es consistente.</p> <p>Subtipo III: El adaptativo, con menos afecto, se defiende, Comportamiento adaptativo, apropiado. Relaciones complementarias. Poco afecto y falta de espontaneidad. Defensas de retirada e intelectualización.</p> <p>Subtipo IV: La frontera con las neurosis. Depresión anaclítica. Ansiedad. Parecido al carácter neurótico y narcisista.</p>
<p><i>Nota. Adaptado de The Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation, por M. H. Stone, 1980, Nueva York: McGraw-Hill. Copyright © 1980 por McGraw-Hill. Adaptado con permiso.</i></p>

Gunderson (1984) ha resumido cuatro fenómenos clínicos relativamente distintos responsables del continuo interés psicoanalítico en esta población. *Primero*, ciertos pacientes que aparentemente funcionaron bien, especialmente en pruebas psicológicas estructuradas, se evidenciaba que tenían estilos de pensamiento disfuncionales ("pensamiento primitivo" en términos psicoanalíticos) en pruebas no

estructuradas. En *segundo* lugar, un grupo considerable de individuos que inicialmente parecían adecuados para el psicoanálisis tendían a ser muy deficientes en el tratamiento y, a menudo, requerían la culminación del análisis y la hospitalización³. En *tercer* lugar, se identificó un grupo de pacientes que, en contraste con la mayoría de los demás pacientes, tendían a deteriorarse conductualmente dentro de los programas de tratamiento de apoyo para pacientes hospitalizados. Finalmente, estos individuos generaron una ira intensa e impotencia característica hacia el personal que los trató. En conjunto, estas cuatro observaciones sugirieron la existencia de un grupo de individuos a los que no les fue bien las formas tradicionales de tratamiento, a pesar de haber indicadores de pronóstico positivo. El estado emocional tanto de los pacientes como de los terapeutas pareció deteriorarse cuando estos individuos ingresaron a la psicoterapia.

La heterogeneidad de la población referida como "límite" ha llevado a otros sistemas conceptuales a organizar síndromes de conducta y teorías etiológicas asociadas con el término. En contraste con la única propuesta por el pensamiento psicoanalítico, los teóricos con orientación biológica han conceptualizado el TLP a lo largo de varios continuos. Desde su punto de vista, el trastorno representa un conjunto de síndromes clínicos, cada uno con su etiología, curso y resultado. Stone (1980, 1981) ha revisado ampliamente esta literatura y concluye que el trastorno está relacionado con varios de los principales trastornos del Eje I en términos de características clínicas, antecedentes familiares, respuesta al tratamiento y marcadores biológicos. Por ejemplo, sugiere tres subtipos: uno relacionado con la esquizofrenia, uno relacionado con el trastorno afectivo, y un tercero relacionado con los trastornos orgánicos cerebrales. Cada subtipo parece un espectro que va desde los casos "inequívocos" o "centrales" a formas más leves y menos identificables. Estos últimos casos son a los que se aplica el término "límite" (Stone, 1980). En los últimos años, la tendencia en la literatura teórica y de investigación ha sido hacia la concepción del síndrome borderline como localizado principalmente en el continuo de trastornos afectivos (Gunderson y Elliott, 1985), aunque la acumulación de datos empíricos arroja dudas sobre esta posición.

Un tercer enfoque para comprender los fenómenos límite es el calificado por el "eclectico-descriptivo" de Chatham (1985). Este enfoque, incorporado principalmente en el DSM - IV (American Psychiatric Association, 1991) y en el trabajo de Gunderson (1984), se basa en el uso de definiciones de una serie de conjuntos de criterios. Las características definitorias se han derivado en gran parte por consenso, aunque los datos empíricos se están utilizando en cierta medida para refinar las definiciones. Por ejemplo, los criterios de Gunderson (Gunderson y Kolb, 1978; Gunderson, Kolb y Austin, 1981) se desarrollaron originalmente a través de una revisión de la literatura y la destilación de seis características que la mayoría de los teóricos describieron como características de los pacientes con TLP. Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey (1989) han revisado sus criterios de TLP para lograr una mejor discriminación empírica entre TLP y otros diagnósticos del Eje II. Sin embargo, incluso en esta última versión, los métodos para seleccionar nuevos criterios no están claros; parece que se basan en criterios clínicos más que en derivaciones empíricas. De manera similar, los criterios para TLP enumerados en el DSM - III, DSM-III-R y el nuevo DSM-IV se definieron por consenso de los comités formados por la Asociación Americana de Psiquiatría, y se basaron en las orientaciones teóricas combinadas de los miembros del comité, datos sobre cómo los psiquiatras en la práctica usan el término y datos empíricos recopilados hasta la fecha. Los criterios más recientes utilizados para definir el TLP son el DSM - IV y la entrevista de diagnóstico para Borderlines — Revisada (DIB-R).

TABLA 1.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE TLP

DSM-IV^a	
1.	Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario (no incluye la conducta suicida o de automutilación contemplado en el criterio 5).
2.	Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia de idealización y devaluación.
3.	Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo perturbada, distorsionado o inestable persistentemente (ejemplo, sentir que uno no existe o encarna el mal).
4.	Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, robos en tiendas, manejo imprudente, atracones de comida, no incluyen suicidio ni conductas de automutilación del criterio 5).
5.	Amenazas suicidas recurrentes, gestos o conductas automutilación o parasuicidas.
6.	Inestabilidad afectiva: reactividad marcada de las emociones (por ejemplo, disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad) que suele durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días.
7.	Sentimientos crónicos de vacío.
8.	Enojo onapropiado e intenso o falta de control del enojo (ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enojo constante, peleas físicas recurrentes).
9.	Síntomas disociativos transitorios graves, relacionados con el estrés o ideación paranoica.
Entrevista de diagnóstico para Borderlines — Revisada (DIB-R)^b	
Sección de afecto	
1.	Depresión crónica/mayor
2.	Desamparo crónico/desesperanza/inutilidad/culpabilidad
3.	Cólera crónica/actos frecuentes de enojo.
4.	Ansiedad crónica.
5.	Soledad crónica/aburrimiento/vacío.
Sección de cognición	
6.	Pensamiento extraño/experiencias perceptivas inusuales.
7.	Experiencias paranoicas no delusionales
8.	Experiencias cuasi psicóticas.
Sección de Patrones de Acción impulsiva	
9.	Abuso de sustancias/dependencia
10.	Desviación sexual
11.	Automutilación
12.	Suicidio al forzar una manipulación.
13.	Otros patrones impulsivos.
Sección de relaciones interpersonales	
14.	Intolerancia a la soledad.
15.	Preocupaciones de ser abandona/aprisionada/aniquilada
16.	Contra-dependencia/conflicto serio sobre ayudar o cuidar o ser ayudado.
17.	Relaciones tormentosas
18.	Dependencia/masoquismo
19.	Devaluación/manipulación/sadismo.
20.	Exigencias/derechos
21.	Regresiones del tratamiento.
22.	Problemas de contratransferencia/relaciones de tratamiento "especiales"
<i>a From DSM-IV Options Book: "Work in Progress 9/1/91 by the Task Force on DSM-IV,</i> <i>American Psychiatric Association, 1991, Washing</i>	

b From "The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders" by M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg, and D. L. Chauncey,

\9i9, Journal of Personality Disorders,

Millon (1981, 1987) ha propuesto un cuarto enfoque para comprender los fenómenos límite, basado en una teoría del aprendizaje biosocial. Millon es uno de los disidentes del uso del término "límite" para describir este trastorno de personalidad. Millon ha sugerido el término "personalidad cicloidea" para resaltar la conducta y la inestabilidad que considera fundamental en el trastorno. Desde la perspectiva de Millon, el patrón de personalidad límite se debe a un deterioro de los patrones de personalidad. Millon hace hincapié en las historias divergentes encontradas entre los individuos límite, y sugiere que se puede llegar a tener TLP por varias vías.

TABLA 1.3 PATRONES DE COMPORTAMIENTO EN TLP

1. Vulnerabilidad emocional: un patrón de dificultades generalizadas para regular las emociones negativas, que incluye una alta sensibilidad a los estímulos emocionales negativos, un lento retorno a la línea de base emocional, así como la conciencia y la experiencia de vulnerabilidad emocional. Incluye una tendencia a culpar al entorno social por expectativas y demandas poco realistas.
2. Auto invalidación: tendencia a invalidar o dejar de reconocer las propias respuestas: emocionales, cognitivas y conductuales. Altos estándares y expectativas irreales para uno mismo. Puede incluir vergüenza intensa, odio y enojo a sí mismo.
3. Crisis implacables: patrón de eventos frecuentes, estresantes y negativos. Interrupciones y obstáculos: algunos causados por el estilo de vida disfuncional del individuo, otros por un medio social inadecuado y muchos por el destino o la casualidad.
4. Duelo inhibido: tendencia a inhibir y controlar en exceso las respuestas emocionales negativas, especialmente aquellas asociadas con el dolor y la pérdida, que incluyen tristeza, enojo, culpa, vergüenza, ansiedad y pánico.
5. Pasividad activa: tendencia al estilo pasivo de resolución de problemas interpersonales, que involucra la incapacidad de participar activamente en la resolución de problemas de la vida propia, a menudo junto con intentos de solicitar la resolución de problemas a otros (a los de su entorno); impotencia aprendida, desesperanza.
6. Aparente competencia: tendencia a que el individuo parezca más competente de lo que realmente es; por lo general, debido al fracaso de las competencias para generalizar a través de estados de ánimo, y al hecho de no mostrar indicios adecuados de angustia emocional no verbal.

En general, ni los teóricos de la conducta ni los cognitivos han propuesto categorías definitorias o diagnósticas de conductas disfuncionales. Esto es principalmente el resultado de las preocupaciones de los conductistas sobre las teorías inferenciales de la personalidad y la organización de la personalidad, así como su preferencia por comprender y tratar los fenómenos conductuales, cognitivos y afectivos asociados con diversos trastornos en lugar de los "trastornos". Los teóricos cognitivos, sin embargo, han desarrollado formulaciones etiológicas de los patrones de conducta límite. Estas teorías ven al TLP como resultado de esquemas cognitivos disfuncionales desarrollados a temprana edad. Las teorías puramente cognitivas son, en muchos aspectos, similares a las teorías psicoanalíticas de orientación más cognitiva. Las diversas orientaciones a la fenomenología límite descritas aquí se resumen en el **cuadro 1.4**.

Cuadro 1.4. Orientaciones principales a BPD					
Dimensiones	Psicoanalítica	Biológica	Eclectiva	Biosocial	Cognitiva
Principales teóricos	Adler Kernberg Masterson Meissner Kinsley	Akiskal Arlow Crowdy Gadner Hoch Kasanin D. Klein Kety Polatin Soloff Stone Wender	Frances Grinker Gunderson Spitzer's DSM-III DSM-III-R DSM-IV	Linehan Millon Turner	Beck Pretzer Young
Lo que se entiende por "límite"	Nivel psicoestructural o conflicto psicodinámico.	Variante leve de uno de los principales trastornos.	Un trastorno de personalidad específico.	Un trastorno de personalidad específico.	Un trastorno de personalidad específico.
Datos en los que se basa el diagnóstico.	Síntomas, estructuras intrapsíquicas inferidas. Transferencia	Síntomas clínicos. Historia genético-familiar. Respuesta al tratamiento, y marcadores biológicos.	Combinación de síntomas y observaciones de comportamiento. Psicodinámica y datos de pruebas psicológicas (WAIS, Rorschach)	Observación del comportamiento. Entrevistas estructuradas. datos de prueba anclados conductualmente	Observación del comportamiento. Entrevistas estructuradas. datos de prueba anclados conductualmente
Etiología del trastorno	Crianza, naturaleza, destino.	Naturaleza	Inespecífico	Naturaleza, crianza	Crianza
Composición de la población límite.	Homogénea: estructura intrapsíquica. Heterogénea: descriptivo	Heterogénea: muestra total. Homogénea: cada subtipo	Heterogénea	Heterogénea	Inespecífico
Importancia del subtipo diagnóstico.	No es importante, excepto Meissner.	Importante	Algo importante	Importante	Inespecífico

Base sobre la cual se realizó el subtipo.		Etiología	Grinker y Gunderson: clínico; DSM: clínico y etiología	Patrones de comportamiento	Inespecífico
Tratamiento recomendado	Psicoanálisis modificado, psicoterapia confrontativa.	Quimioterapia	Inespecífico	Conducta modificada/terapia cognitivo conductual	Terapia cognitiva modificada

Criterios de diagnóstico: una reorganización

Los criterios para TLP, tal como se definen actualmente, reflejan un patrón de inestabilidad y desregulación conductual, emocional y cognitiva. Estas dificultades pueden resumirse en las cinco categorías enumeradas en la **Tabla 1.5**. He reorganizado un poco los criterios habituales, pero una comparación de las cinco categorías que analizo a continuación con los criterios DSM - IV y DIB-R en la Tabla 1.2 muestra que he reorganizado, pero no redefiní los criterios.

TABLA 1.5. Comparación de características de DBP y parasuicida	
BPD	Parasuicida
Desregulación emocional	
1. Inestabilidad emocional	1. Afectivo crónico, aversivo.
2. Problemas con la ira	2. Ira, hostilidad, irritabilidad
Desregulación Interpersonal	
3. Relaciones Inestables	3. Relaciones conflictivas
	4. "Débil apoyo social
4. Esfuerzos para evitar la pérdida.	5. Problemas interpersonales de suma importancia
	6. Resolución de problemas interpersonales pasivos.
Desregulación del comportamiento	
5. Amenazas de suicidio, parasuicidio.	7. Amenazas de suicidio, parasuicidio.
6. Conductas impulsivas, auto-dañinas, incluyendo abuso de alcohol y drogas	8. Alcohol, abuso de drogas y promiscuidad
Desregulación Cognitiva	
7. Disturbios cognitivos	9. Rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico.
Disfunción del sí mismo	
8. Imagen de su misma inestable	10. Baja autoestima
9. Sensación crónica de vacío	

En primer lugar, los individuos con TLP generalmente experimentan desregulación emocional. Las respuestas emocionales son altamente reactivas, y el individuo generalmente tiene dificultades con la depresión episódica, la ansiedad y la irritabilidad, así como problemas con la ira y la expresión de la ira. En segundo lugar, los individuos con TLP a menudo experimentan desregulación interpersonal. Sus relaciones pueden ser caóticas, intensas y con marcadas dificultades. A pesar de estos problemas, a los

individuos con TLP a menudo les resulta extremadamente difícil dejar de lado las relaciones y en su lugar, pueden participar en esfuerzos intensos y frenéticos para evitar que personas importantes los abandonen. En mi experiencia, los individuos con TLP, más que la mayoría, parecen tener un buen desempeño en relaciones estables y positivas y tener un desempeño pobre cuando no están en tales relaciones.

En tercer lugar, los individuos con TLP tienen patrones de desregulación conductual, como lo demuestran las conductas impulsivas extremas y problemáticas, así como las conductas suicidas. Los intentos de lesionarse, mutilarse o suicidarse son comunes en esta población. En cuarto lugar, los individuos con TLP a veces están desregulados cognitivamente. Las formas estresantes y no psicóticas de la desregulación del pensamiento, incluidas la despersonalización, la disociación y los delirios, a veces son provocadas por situaciones estresantes y, por lo general, desaparecen cuando se mejora el estrés. Finalmente, la desregulación del sentido del yo es común. No es inusual que una persona con TLP informe que no tiene ningún sentido de sí misma, que se siente vacía y no sabe quién es. De hecho, se puede considerar que el TLP es un trastorno generalizado tanto de la regulación como de la experiencia del yo, una noción también propuesta por Grotstein (1987).

Esta reorganización está respaldada por datos interesantes recopilados por Stephen Hurt, John Clarkin y sus colegas (Hurt et al., 1990; Clarkin, Hurt & Hull, 1991; ver Hurt, Clarkin, Munroe-Blum y Marziali, 1992, para una revisión). Utilizando el análisis de grupos jerárquicos de los ocho criterios del DSM-III, encontraron tres grupos de criterios: un grupo de Identidad (sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento, alteración de la identidad, intolerancia de estar solo); un grupo afectivo (afecto lábil, relaciones interpersonales inestables, enojo intenso e inapropiado); y un grupo impulsivo (actos auto-dañosos e impulsividad). La desregulación cognitiva no se mostró en los resultados porque el análisis de conglomerados se basó en los criterios del DSM-III, que no incluían la inestabilidad cognitiva como criterio para el TLP.

Hay una serie de instrumentos de diagnóstico para el TLP. La herramienta de investigación que se ha utilizado con mayor frecuencia es el DIB original, que fue desarrollado por Gunderson et al. (1981); fue revisado recientemente por Zanarini et al. (1989), como ha señalado Earher. Los criterios más utilizados para el diagnóstico clínico son los que se enumeran en las diversas versiones del Manual de diagnóstico y estadístico, el más reciente que es el DSM-IV. Como se muestra en la Tabla 1.2, existe una superposición sustancial entre el DIB-R y el DSM-IV. Esto no debería ser una sorpresa, ya que Gunderson desarrolló el DIB original y fue presidente del grupo de trabajo del Eje II para el DSM-IV. También hay una serie de instancias de autoinformes que son adecuadas para examinar a los pacientes (Millon, 1987b; ver Reich, 1992, para una revisión).

El concepto de conducta parasuicida

Mucha controversia ha rodeado el etiquetado de autolesiones no fatales. Los desacuerdos generalmente giran en torno al grado y tipo del intento requerido (Linehan, 1986; Linehan y Shearin, 1988). En 1977, Kreitman introdujo el término "parasuicidio" como una etiqueta para (1) conductas auto agresivas no fatales e intencionales que resultan en daño tisular real, enfermedad o riesgo de muerte; o (2) cualquier ingestión excesiva de drogas, sustancias no recetadas y medicamentos recetados con la intención de causar lesiones corporales o la muerte. El parasuicida, según lo define Kreitman, incluye tanto intentos reales de suicidio como autolesiones (incluida la automutilación y las quemaduras autoinfligidas) con poca o ninguna intención de causar la muerte. No incluye tomar medicamentos no recetados para drogarse, dormir bien durante la noche o automedicarse. También se distingue del suicidio, donde se produce la muerte intencional y autoinfligida y de las amenazas de suicidio, donde la persona dice que se va a matar o que

se hará daño pero que todavía tiene que actuar sobre la declaración; conductas casi suicidas, donde la persona se pone en riesgo, pero no completa el acto (por ejemplo, colgarse de un puente o poner pastillas en la boca, pero sin tragarlas); y la ideación suicida.

El parasuicidio incluye conductas comúnmente denominados "gestos suicidas" e "intentos de suicidio manipulativos". El término "parasuicida" se prefiere a otros términos por dos razones. Primero, no confundir una hipótesis motivacional con una declaración descriptiva. Los términos tales como "gesto", "manipulación" e "intento de suicidio" suponen que el parasuicidio está motivado por un intento de comunicarse, de influir en otros, pero de forma encubierta o de intentar suicidarse. Sin embargo, existen otras posibles motivaciones para el parasuicidio, como la regulación emocional (por ejemplo, la reducción de la ansiedad). En cada caso, se necesita una evaluación cuidadosa. Segundo, el parasuicidio es un término menos peyorativo. Es difícil gustar a una persona que ha sido etiquetada como "manipulador". Las dificultades para tratar a estos individuos hacen que sea particularmente fácil "culpar a las víctimas" y, en consecuencia, no gustarles. Sin embargo, el gusto por los pacientes con TLP se correlaciona con ayudarlos (Woollcott, 1985). Este es un tema particularmente importante, y lo discuto más en un momento.

Los estudios de investigación sobre conducta parasuicida han empleado típicamente un diseño en el que los individuos con antecedentes de conductas parasuicidas se comparan con otros individuos sin tal historial. Aunque a veces los diagnósticos del Eje I se mantienen constantes, tal estrategia no es la norma. De hecho, uno de los objetivos de la investigación ha sido determinar qué categorías del diagnóstico se asocian con mayor frecuencia con la conducta parasuicida. Solo en datos muy recientes, y en raras ocasiones, los diagnósticos del Eje II se mantienen constantes o incluso se informan. Sin embargo, al revisar la literatura sobre parasuicidios, se puede sorprender por las similitudes entre las características atribuidas a los individuos parasuicidas y las atribuidas a los individuos con TLP.

El cuadro emocional de los individuos parasuicidas es de desregulación emocional crónica y aversiva. Parecen estar más enojados, hostiles e irritables (Crook, Raskin y Davis, 1975; Nelson, Nielsen y Checketts, 1977; Richman y Charles, 1976; Weissman, Fox y Klerman, 1973) que los individuos no psiquiátricos y psiquiátricos no suicidas, más deprimidos que los suicidas (Maris, 1981) y que otros grupos psiquiátricos y no psiquiátricos (Weissman, 1974). La desregulación interpersonal se evidencia por relaciones que se caracterizan por la hostilidad, la exigencia y el conflicto (Weissman, 1974; Miller, Chiles y Barnes, 1982; Greer et al., 1966; Adam, Bouckoms y Scarr, 1980; Taylor & Stansfeld, 1984). En relación con los demás, los individuos parasuicidas tienen sistemas de apoyo social débiles (Weissman, 1974; Slater & Depue, 1981). Cuando se les preguntó, informaron sobre las situaciones interpersonales como sus principales problemas de vida (Linehan, Camper, Chiles, Strosahl y Shearin, 1987; Maris, 1981). Los patrones de desregulación de la conducta, como el abuso de sustancias, la promiscuidad sexual y los actos parasuicidas previos son frecuentes (ver una revisión de Linehan, 1981; ver también Maris, 1981). En general, es poco probable que estas personas tengan las habilidades cognitivas necesarias para hacer frente con eficacia a sus tensiones emocionales, interpersonales y de conducta.

Las dificultades cognitivas consisten en rigidez cognitiva (Levenson, 1972; Neuringer, 1964; Patsiakas, Clum y Luscomb, 1979; Vinoda, 1966), pensamiento dicotómico (Neuringer, 1961) y escasa resolución de problemas abstractos e interpersonales (Goodstein, 1982; Levenson & Neuringer, 1971; Schotte & Clum, 1982). Las deficiencias en la resolución de problemas pueden estar relacionadas con deficiencias en la capacidad de memoria episódica específica (en comparación con la general) (Williams, 1991), hallazgo que se ha encontrado como característico de pacientes parasuicidas en comparación con otros pacientes psiquiátricos. Mis colegas y yo hemos encontrado que los individuos parasuicidas exhiben un estilo de resolución de problemas interpersonales más pasivo (o dependiente) (Linehan et al., 1987).

Ante sus dificultades emocionales e interpersonales, muchas de estas personas informan que su conducta está diseñada para proporcionar un escape de lo que, para ellos, parece una vida intolerable y sin solución. En la **Cuadro 1.5** se muestra una comparación de las características individuales límite y parasuicidas.

La superposición entre el trastorno límite de la personalidad y la conducta parasuicida

Como he señalado anteriormente, gran parte de mi investigación sobre el tratamiento y el trabajo clínico se ha realizado en personas con conductas parasuicidas crónicas que también cumplen con los criterios para TLP. Desde mi punto de vista, estos individuos en particular cumplen con los criterios para TLP de una manera única. Parecen más deprimidos de lo que uno podría esperar según los criterios DSM-IV. También a menudo exhiben un control excesivo e inhibición de la ira, que no se discuten ni en el DSM - IV ni en el DIB-R. No veo a estos pacientes en términos peyorativos como el DSM-IV y el DIB-R. Mi experiencia clínica y razonamiento sobre cada uno de estos temas son los siguientes.

Desregulación emocional: Depresión

La "inestabilidad afectiva" en el DSM - IV se refiere a la marcada reactividad del estado de ánimo que causa depresión, irritabilidad o ansiedad episódica, que generalmente dura unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días. La implicación aquí es que la línea de base del estado de ánimo no es particularmente negativo o deprimida. Sin embargo, en mi experiencia con individuos con TLP parasuicidas, su estado afectivo basal es por lo general extremadamente negativo, con más relacionado a la depresión. Por ejemplo, en una muestra de mi clínica 41 mujeres que cumplieron con los criterios para TLP y tenían una conducta reciente parasuicida, el 71% cumplió con los criterios para un trastorno afectivo mayor y el 24% cumplió criterios para distimia. En nuestro estudio de tratamiento más reciente (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, y Heard, 1991), mis colegas y yo nos sorprendimos con los autoinformes que señalaban una aparente continuidad de los síntomas depresivos y desesperanza durante un período de 1 año. Por lo tanto, el DIB-R, con su énfasis en la depresión crónica, la desesperanza, la inutilidad, la culpa y la impotencia, parece caracterizar a los individuos con TLP parasuicidas mejor que el DSM -IV.

Desregulación emocional: Ira

Tanto el DSM-IV como el DIB-R enfatizan los problemas con el control de la ira en el funcionamiento del individuo con TLP. La ira frecuente, intensa y los actos de enojo se incluyen en ambos conjuntos de criterios. Nuestra clínica de pacientes con TLP "parasuicidas" incluye una cantidad de personas que cumplen con este requisito. Sin embargo, también incluye una serie de otros individuos que se caracterizan por el exceso de control de los sentimientos de enojo. Estos individuos rara vez, si alguna vez, muestran ira; de hecho, muestran un patrón de conductas pasivas y sumisas o al menos una conducta asertiva, cuando la ira sería apropiada. Ambos grupos tienen problemas con la expresión de la ira, pero un grupo sobre-expresa la ira y un grupo la sub-expresa. En este último caso, la sub-expresión a veces se relaciona con un historial de sobreexpresión previa de ira. En casi todos los casos, los individuos con TLP poco expresivos han tenido miedo y ansiedad por la expresión de la ira; a veces temen perder el control si expresan la más mínima ira, y otras temen que la expresión de la aun la mínima ira se torne en represalias.

Manipulación y otras descripciones peyorativas

Tanto el DIB-R como el DSM-IV acentúan la llamada conducta "manipuladora" como parte del síndrome límite. Desafortunadamente, en ninguno de los dos criterios está particularmente claro cómo se podría definir operacionalmente tal conducta. El verbo "manipular" se define como: "influir o manejar astutamente o con malicia" en el American Heritage Dictionary (Morris, 1979, p. 794) y como

"administrar o controlar de forma ingeniosa o mediante el uso astuto de la influencia, a menudo de forma injusta o de manera fraudulenta" por Webster's New World Dictionary (Guralnik, 1980, p. 863). Ambas definiciones sugieren que el individuo manipulador intenta influir en otra persona por medios indirectos, insidiosos o desviados.

¿Es esta conducta típica de individuos con TLP? En mi experiencia no es así. De hecho, cuando intentan influir en alguien, los individuos con TLP suelen ser directos, contundentes y, en todo caso, poco inteligentes. A menudo, la conducta más influyente es el parasuicidio o la amenaza de suicidio inminente; en otros momentos, las conductas que tienen mayor influencia son las comunicaciones de dolor intenso y agonía, o crisis que los individuos no pueden resolver por sí mismos. Tales conductas y comunicaciones, por supuesto, no son por sí mismos evidencia de manipulación. De lo contrario, tendríamos que decir que las personas con dolor o crisis nos están "manipulando" si respondemos a sus comunicaciones de angustia. La pregunta central es si las personas con TLP utilizan o no deliberadamente estas conductas o comunicaciones para influir en los demás de manera ingeniosa, astuta y fraudulenta. Una interpretación de este tipo rara vez va acorde con los individuos con TLP o con las autopercepciones de su intención. Ya que la intención conductual solo se puede medir por los autoinformes y para decir que la intención está presente a pesar de la negación de los individuos nos exigiría que veamos a los individuos con TLP como mentirosos crónicos o que construyamos una noción de intención conductual inconsciente.

Es difícil responder a las afirmaciones de algunos teóricos de que los individuos con TLP con frecuencia mienten; esa no ha sido mi experiencia, pero hay una excepción que tiene que ver con el uso de drogas ilícitas o recetadas (tema que se trata más adelante en el Capítulo 15). Mi propia experiencia en el trabajo con pacientes con TLP suicidas ha sido que la frecuente interpretación de sus suicidios es el de "manipulación" y es una fuente importante de sentimientos de invalidación y de ser mal entendidas. Desde su punto de vista, la conducta suicida es un reflejo de una seria y a veces frenética idea suicida y de la idea ambivalente de si seguir con vida o de matarse. Si bien la comunicación de las pacientes con ideas extremas o la ejecución de conductas extremas puede ir acompañada del deseo de ser ayudada o rescatada por las personas con las que se comunica, esto no significa necesariamente que estén actuando de esta manera para obtener ayuda.

Las numerosas conductas suicidas y amenazas de suicidio de estos individuos, las reacciones extremas a la crítica y al rechazo, y la incapacidad frecuente de saber cuál de los diversos factores influyen directamente en su propia conducta hacen que otras personas se sientan manipuladas. Sin embargo, inferir la intención de uno o más por los efectos que trajo la conducta (en este caso, hacer que otros se sientan manipulados), es simplemente un error de lógica. El hecho de que una conducta esté influenciado por sus efectos en el medio ambiente ("conducta operante", en términos conductuales) dice poco o nada sobre la intención de esa conducta. La función no prueba la intención. Por ejemplo, una persona puede amenazar con suicidarse de manera predecible cuando se le critica, podemos estar bastante seguros de la relación entre la crítica y las amenazas de suicidio. Sin embargo, el hecho de la correlación de ninguna manera implica que la persona está intentando o intenta cambiar la conducta del crítico con amenazas, o que incluso que es consciente de la correlación. Por lo tanto, la conducta no es manipuladora en ningún uso estándar del término. Decir entonces que la "manipulación" es inconsciente es una tautología basada en la inferencia clínica. Tanto la naturaleza peyorativa de tales inferencias como la baja confiabilidad de las inferencias clínicas en general (ver Mischel, 1968, para una revisión) hacen que tal práctica sea injustificada en la mayoría de los casos.

Hay una serie de otros usos de la terminología peyorativa tanto en el DIB-R como en el DSM-IV. Por ejemplo, un criterio propuesto por el DSM-IV de autoimagen inestable incluía la siguiente oración:

"Por lo general, esto implica el cambio de ser alguien que suplica y que necesita ayuda a ser una víctima justa y vengativa". Tomemos primero el término "justicia y venganza de la víctima". El uso de tal término sugiere que tal postura es de alguna manera disfuncional o patológica. Sin embargo, la evidencia reciente de que hasta un 76% de las mujeres con criterios de TLP son víctimas de abuso sexual durante la infancia, junto con la evidencia de negligencia y abuso físico sufrido por estas personas, sugiere que tal postura es congruente con la realidad.

O examinemos el término "necesitado". No parece irrazonable que una persona con dolor intenso se presente como un "necesitado que suplica". De hecho, tal postura puede ser esencial si la persona debe obtener lo que se necesita para mejorar la condición dolorosa actual. El caso especial es que para satisfacer a estas "necesitadas", los recursos son escasos en general, o la solicitante de ayuda no tiene los recursos suficientes para "comprar" la ayuda necesaria (la mayoría de los cuales a menudo se aplican a personas con TLP). Los miembros de la comunidad de salud mental tienen pocos recursos para ayudarlos. La poca ayuda que podemos darles está limitada por otras obligaciones y demandas en nuestro tiempo y vidas. A menudo, lo que más desean los pacientes con TLP, es nuestro tiempo, atención y cuidado, y estos están disponibles solo por breves horas de la semana. Tampoco las personas con TLP tienen las habilidades interpersonales para encontrar, desarrollar y mantener otras relaciones interpersonales donde puedan obtener más de lo que necesitan. Parece poco decir que necesitan más de lo que otros pueden dar razonablemente, eso es estar demasiado "necesitado". Cuando los pacientes con quemaduras o cáncer con dolor extremo actúan de manera similar, generalmente no los llamamos "necesitados que suplican". Mi conjetura es que, si les retiráramos el medicamento para el dolor, ellos no vacilarían en actuar exactamente de la misma manera que los individuos con TLP.

Se puede argumentar que, en la mente de los profesionales, estos términos no son peyorativos; de hecho, eso podría ser cierto. Sin embargo, me parece que estos términos peyorativos no aumentan la compasión, la comprensión y una actitud de cuidado para los pacientes con TLP. Para muchos terapeutas, estos términos crean distancia emocional y enojo con los individuos con TLP. En otros momentos, tales términos reflejan una distancia emocional creciente, ira y frustración. Uno de los objetivos principales de mis esfuerzos teóricos ha sido desarrollar una teoría para el TLP que sea científicamente sólida, no crítica y no peyorativa. La idea aquí es que tal teoría debería conducir a técnicas de tratamiento efectivas, así como a una actitud compasiva. Se necesita tal actitud, especialmente con esta población: Nuestras herramientas para ayudarlos son limitadas; su miseria es intensa y el éxito o fracaso de nuestros intentos de ayudar puede tener resultados extremos.

Terapia para el Trastorno de Personalidad Límite: Una vista previa

El programa de tratamiento que he desarrollado, la terapia conductual dialéctica (DBT), es, en su mayor parte, la aplicación de una amplia gama de estrategias cognitivas y de terapia conductual para los problemas de pacientes con TLP, incluidas sus conductas suicidas. El énfasis en la evaluación; recopilación de datos sobre las conductas actuales; definición operativa precisa de los objetivos del tratamiento; una relación de trabajo colaborativo entre el terapeuta y el paciente, que incluye la orientación al paciente sobre el programa de terapia y el compromiso mutuo con los objetivos del tratamiento; y la aplicación de técnicas estándar de terapia cognitiva y conductual sugieren un programa estándar de terapia cognitiva-conductual. Los procedimientos básicos de tratamiento de resolución de problemas, técnicas de exposición, entrenamiento de habilidades, manejo de contingencias y modificación cognitiva han sido prominentes en la terapia cognitiva-conductual durante años. Cada conjunto de procedimientos tiene una enorme literatura empírica y teórica.

DBT también tiene una serie de características definitorias distintivas. Como su nombre lo indica, su característica principal es un énfasis en la "dialéctica", es decir, la reconciliación de los opuestos en un proceso de continua síntesis. La dialéctica más fundamental es la necesidad de aceptar a los pacientes tal como están dentro del contexto que queremos enseñarles a cambiar. La tensión entre las aspiraciones y las expectativas, excesivamente altas y bajas en relación con sus propias capacidades ofrece un desafío formidable para los terapeutas; requiere de cambios, de momento a momento en el uso de la aceptación de apoyo frente a las estrategias de confrontación y cambio. Este énfasis en la aceptación como equilibrio para cambiar fluye directamente de la integración de una perspectiva extraída de la práctica oriental (Zen) con la práctica psicológica occidental. El término dialéctica también sugiere la necesidad del pensamiento dialéctico por parte del terapeuta, así como de la orientación al cambio del pensamiento no dialéctico, dicotómico y rígido por parte del paciente. Estilísticamente, la DBT combina una actitud objetiva, algo irreverente y, a veces, indignante sobre el para-suicidio actual y previo y otras conductas disfuncionales con calidez, flexibilidad, capacidad de respuesta al paciente y auto-revelación estratégica del terapeuta. Los esfuerzos continuos en DBT para "replantear" el suicidio y otras conductas disfuncionales como parte del repertorio de resolución de problemas aprendidos del paciente, y para enfocar la terapia en la resolución activa de problemas, se equilibran con un énfasis correspondiente en la validación de las capacidades emocionales, cognitivas y conductuales actuales del paciente. El enfoque de resolución de problemas requiere que el terapeuta aborde todas las conductas problemáticas del paciente (dentro y fuera de las sesiones) y de la terapia de manera sistemática, lo que incluye realizar un análisis conductual colaborativo, formular hipótesis sobre posibles variables que influyen en el problema, generar posibles cambios (conducta resolutiva), y probar y evaluar las soluciones.

La regulación de las emociones, la eficacia interpersonal, la tolerancia a la angustia, la atención plena y las habilidades de autocontrol se enseñan activamente. En todos los modos de tratamiento, la aplicación de estas habilidades es alentada y entrenada. El uso de contingencias que operan dentro del entorno terapéutico requiere que el terapeuta preste mucha atención a la influencia recíproca que cada participante tiene sobre el otro. Aunque las contingencias naturales se destacan como un medio para influir en la conducta del paciente, no se le prohíbe al terapeuta usar reforzadores arbitrarios, así como contingencias aversivas cuando la conducta en cuestión es letal o la conducta requerida del paciente no se produce fácilmente en condiciones terapéuticas comunes. La tendencia de los pacientes con TLP a evitar activamente situaciones amenazadoras es un enfoque continuo de la DBT. Tanto la exposición en sesión como la exposición in vivo a los estímulos que generan miedo se organizan y fomentan. El énfasis en la modificación cognitiva es menos sistemático que en la terapia cognitiva pura, pero tal modificación se fomenta tanto en el análisis conductual en curso como en la incitación al cambio.

El enfoque en la validación requiere que el terapeuta DBT busque el grano de sabiduría o verdad inherente en cada una de las respuestas del paciente y comunique esa sabiduría al paciente. La creencia en el deseo esencial del paciente de crecer y progresar, así como la creencia en su capacidad inherente para cambiar, sustenta el tratamiento. La validación también implica el reconocimiento frecuente y comprensivo de la sensación de desesperación emocional del paciente. A lo largo del tratamiento, el énfasis está en construir y mantener una relación positiva, interpersonal y de colaboración entre el paciente y el terapeuta. Una característica importante de la relación terapéutica es que el rol principal del terapeuta es como consultor del paciente, no como consultor de otros individuos.

Diferencias entre este enfoque y las terapias cognitivas y conductuales estándar

Varios aspectos de la DBT lo sacan de la terapia cognitiva y conductual "habitual": (1) el enfoque en la aceptación y validación de la conducta tal como está en el momento; (2) el énfasis en el tratamiento de las

conductas que interfieren con la terapia; (3) el énfasis en la relación terapéutica como algo esencial para el tratamiento; y (4) el enfoque en los procesos dialécticos. Primero, DBT enfatiza la aceptación de la conducta y la realidad, más que la mayoría de las terapias cognitivas y conductuales. En gran medida, la terapia cognitivo-conductual estándar puede considerarse como una tecnología de cambio. Deriva muchas de sus técnicas del campo del aprendizaje, que es el estudio del cambio de comportamiento a través de la experiencia. En contraste, DBT enfatiza la importancia de equilibrar el cambio con la aceptación. Si bien la aceptación de los pacientes tal como son es crucial para cualquier buena terapia, la DBT va un paso más allá que la terapia cognitivo-conductual estándar al enfatizar la necesidad de enseñar a los pacientes a aceptarse a sí mismos y a su mundo tal como está en el momento. Por lo tanto, una tecnología de aceptación es tan importante como la tecnología de cambio.

Este énfasis de la DBT en un balance de aceptación y cambio se debe en gran medida a mis experiencias en el estudio de la meditación y la espiritualidad oriental. Los principios DBT de observación, atención plena y evitar el juicio se derivan del estudio y la práctica de la meditación Zen. El tratamiento conductual más similar a este respecto en DBT es la psicoterapia contextual de Hayes (1987). Hayes es un terapeuta conductual radical que también enfatiza la necesidad de aceptación de la conducta. Varios otros teóricos están aplicando estos principios a áreas problemáticas específicas y han influido en el desarrollo de DBT. Marlatt y Gordon (1985), por ejemplo, enseñan atención a los alcohólicos, y Jacobson (1991) ha comenzado recientemente a enseñar sistemáticamente la aceptación a parejas conyugales en dificultades.

El énfasis de la DBT en las conductas que interfieren con la terapia es muy similar al énfasis en las conductas de "transferencia" del psicoanálisis y que a cualquier aspecto de las terapias cognitivo-conductuales estándar. En general, los terapeutas conductuales han prestado poca atención empírica al tratamiento de las conductas que interfieren con la terapia. La excepción aquí es la extensa literatura sobre conductas de cumplimiento del tratamiento (por ejemplo, Shelton & Levy, 1981). Otros enfoques del problema se han manejado generalmente bajo la rúbrica de "conformación", que ha recibido una gran cantidad de atención en el tratamiento de niños, pacientes psiquiátricos crónicos y pacientes con retraso mental (consulte Masters, Burish, Hollon y Rimm, 1987). Esto no quiere decir que el problema se haya ignorado por completo. Chamberlain y sus colegas (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh y Forgatch, 1984) incluso han desarrollado una medida de resistencia al tratamiento para el uso con familias que se someten a intervenciones familiares conductuales.

Mi énfasis en la relación terapéutica como crucial para el progreso en DBT proviene principalmente de mi trabajo en intervenciones con individuos suicidas. A veces, esta relación es lo único que los mantiene vivos. Los terapeutas conductuales asisten a la relación terapéutica (ver Linehan, 1988, para una revisión de esta literatura), pero históricamente no le han dado la importancia que le doy en DBT. Kohlenberg y Tsai (1991) han desarrollado recientemente una terapia conductual integrada en la que el vehículo del cambio es la relación entre el terapeuta y el paciente; su pensamiento ha influido en el desarrollo de la DBT. Los terapeutas cognitivos, aunque siempre notan su importancia, han escrito poco sobre cómo lograr la relación de colaboración que la terapia considera necesaria. Una excepción aquí es el libro reciente de Safran y Segal (1990).

Finalmente, el enfoque en los procesos dialécticos (que analizo en detalle en el Capítulo 2) establece a la DBT fuera de la terapia cognitivo-conductual estándar, pero no tanto como aparece a primera vista. Similar a la terapia conductual, la dialéctica enfatiza el proceso sobre la estructura. Los avances recientes en conductismo radical y teorías contextuales y los enfoques de la terapia conductual (por ejemplo, Hayes, 1987; Kohlenberg y Tsai, 1992; Jacobson, 1992) comparten muchas características de la

dialéctica. Los nuevos enfoques de procesamiento de información para la terapia cognitiva (por ejemplo, Williams, en prensa) también enfatizan el proceso sobre la estructura. DBT, sin embargo, lleva la aplicación de la dialéctica mucho más lejos que muchas terapias cognitivas y conductuales estándar. La fuerza del tono dialéctico en la determinación de estrategias terapéuticas en un momento dado es sustancial. El énfasis de la dialéctica en la DBT es muy similar al énfasis terapéutico en la terapia Gestalt, que también surge de una teoría integral de sistemas y se centra en ideas como la síntesis. Curiosamente, los nuevos enfoques de terapia cognitiva para el TLP desarrollados por Beck y sus colegas (Beck, Freeman y Asociados, 1990; Young, 1988) incorporan explícitamente las técnicas Gestalt.

Si estas diferencias son fundamentalmente importantes es, por supuesto, una cuestión empírica. Ciertamente, cuando todo está dicho y hecho, los componentes cognitivo-conductuales estándar pueden ser los responsables de la eficacia de la DBT. O bien, a medida que las terapias cognitivas y conductuales amplían su alcance, podemos encontrar que las diferencias entre la DBT y las aplicaciones más estándar no son tan nítidas como sugiero.

¿Es eficaz el tratamiento?: los datos empíricos

En este momento, la DBT es una de las pocas intervenciones psicosociales para paciente con TLP que ha controlado datos empíricos que respaldan su efectividad real. Dadas las inmensas dificultades para tratar a estos pacientes, la literatura sobre cómo tratarlos y el interés generalizado en el tema, es bastante sorprendente. Solo he podido encontrar otros dos tratamientos que han sido sometidos a un ensayo clínico controlado. Marziali y Munroe-Blum (1987; Munroe-Blum y Marziah, 1987, 1989; Clarkin, MarziaH, y Munroe-Blum, 1991) compararon una terapia psicodinámica grupal (Relationship Management Psychotherapy, RMP) con el tratamiento individual como tratamiento habitual para paciente con TLP. No encontraron diferencias en el resultado, aunque RMP fue algo más exitoso en mantener a los pacientes en terapia. Turner (1992) ha completado recientemente un ensayo controlado aleatorio de un tratamiento multimodal estructurado que consiste en una farmacoterapia combinada con un tratamiento integrador dinámico / cognitivo-conductual, bastante similar al DBT. Los resultados preliminares indican resultados prometedores, con reducciones graduales en cogniciones, conductas problemáticas, ansiedad y depresión.

Dos ensayos clínicos se han llevado a cabo en DBT. En ambos casos, los pacientes crónicamente parasuicidas que cumplían con los criterios de TLP se asignaron al azar a DBT o a otro de tratamiento habitual como control. Los terapeutas me incluyeron a mí, así como a otros psicólogos, psiquiatras y profesionales de salud mental capacitados y supervisados por el personal en DBT. El tratamiento de investigación duró 1 año. Las evaluaciones se condujeron cada 4 meses hasta el postratamiento. Después del tratamiento, se realizaron dos evaluaciones a intervalos de 6 meses.

Estudio I

En el primer estudio, 24 sujetos fueron asignados a DBT y 23 fueron asignados a un tratamiento habitual. Con las tasas de abandono al tratamiento, solo se incluyeron en el análisis los sujetos que permanecieron en el tratamiento DBT durante cuatro o más sesiones [n = 22]. Un sujeto de tratamiento habitual nunca regresó para evaluaciones. Los resultados que favorecen a DBT se encontraron en cada área objetivo.

1. En comparación con los sujetos de tratamiento habitual, los sujetos asignados a DBT fueron significativamente menos propensos a participar en conductas parasuicidas durante el año de tratamiento, informaron menos episodios de conducta parasuicida en cada punto de evaluación y tuvieron menos conductas parasuicidas médicamente graves durante el año. Estos resultados se

obtuvieron a pesar del hecho de que la DBT no era mejor que el tratamiento habitual para mejorar los autoinformes de desesperanza, ideación suicida o razones para vivir. Barley et al. (11) encontraron reducciones similares en la frecuencia de los episodios de parasuicidio (en prensa) cuando instituyeron DBT en una unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados.

2. DBT fue más efectivo que el tratamiento habitual en el abandono del tratamiento y en los comportamientos que interfiere con la terapia. En un año, solo el 16,4% había abandonado, considerablemente menos que el 50-55% que abandonó otros tratamientos en ese momento (véase Koenigsberg, Clarkin, Kernberg, Yeomans, & Gutfreund, en prensa).
3. Los sujetos asignados a DBT tenían una tendencia a ingresar a las unidades psiquiátricas con menos frecuencia y tenían menos días de hospitalización. Aquellos en DBT tuvieron un promedio de 8.46 días de hospitalización psiquiátrica durante el año en comparación con 38.86 para los sujetos asignados al tratamiento habitual.

En muchos estudios de tratamiento clínico, los sujetos que intentan suicidarse o están hospitalizados por razones psiquiátricas se retiran del ensayo clínico. Por lo tanto, estaba particularmente interesado en analizar estos dos resultados conjuntamente. Se desarrolló un sistema para categorizar el funcionamiento psicológico en un continuo de pobre a bueno de la siguiente manera: Los sujetos que no tuvieron hospitalización en unidades psiquiátricas, ni episodios de conducta parasuicida durante los últimos cuatro meses de su tratamiento fueron clasificados como "buenos". Aquellos con una hospitalización o un episodio de para-suicidio fueron etiquetados como "moderados", y aquellos con una hospitalización y un episodio parasuicida durante los últimos cuatro meses de tratamiento, así como el único sujeto que se suicidó, fueron clasificados como pobres. Usando este sistema, 13 sujetos DBT tuvieron buenos resultados, 6 tuvieron resultados moderados y 3 tuvieron resultados pobres. En la condición de tratamiento habitual, había 6 con buen resultado, 6 con pobre resultado y 10 con resultados moderados. La diferencia en el resultado fue significativa al nivel $p < .02$.

4. Al finalizar el tratamiento, los entrevistados evaluaron a los sujetos con DBT, en comparación con los sujetos con tratamiento habitual, según el ajuste global, se calificaron a sí mismos en una medida de desempeño del rol general (trabajo, escuela, hogar). Estos resultados, combinados con el éxito de DBT en la reducción de los días de hospitalización, sugieren que la DBT fue algo efectiva para mejorar los comportamientos que interfieren en la vida.
5. La eficacia de DBT para mejorar habilidades conductuales dirigida fue mixta. Con respecto a la regulación de la emoción, los sujetos DBT, más que los sujetos de tratamiento habitual, tendieron a valorarse más en cambiar sus emociones y mejorar el control emocional general. También tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en los autoinformes de rasgo de ira y de rumiaciones ansiosas. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos en los autoinformes de depresión, aunque todos los sujetos mejoraron. Con respecto a las habilidades interpersonales, los sujetos que recibieron DBT, en comparación con los que recibieron tratamiento habitual, se calificaron mejor en cuanto a la eficacia interpersonal y la resolución de problemas interpersonales, y obtuvieron mejores calificaciones en las medidas de adaptación social calificadas por el entrevistador y en los autoinformes. La DBT no fue más efectiva, en relación con el tratamiento habitual, en aumentar las calificaciones de los sujetos de su propio éxito al aceptar y tolerar tanto a sí mismos como a la realidad. Sin embargo, hay mayor reducción en el para-suicidio, los días de hospitalización psiquiátrica y la ira entre los pacientes con DBT, a pesar de no tener una mejoría diferencial en la depresión, la desesperanza, la ideación suicida o las razones para vivir. Esto sugiere que la tolerancia a la angustia, al menos como respuesta emocional y conductual mejoraron entre los que recibieron DBT.

La superioridad del tratamiento con DBT se mantuvo cuando los sujetos con DBT se compararon con los sujetos del tratamiento habitual que recibieron psicoterapia individual estable durante el año de tratamiento. Esto sugiere que la efectividad de la DBT no es simplemente el resultado de proporcionar psicoterapia individual y permanente. Estos resultados se presentan más detalladamente en otros lugares (Linehan et al., 1991; Linehan & Heard, 1993; Linehan, Tutek, & Heard, 1992).

Localizamos 37 sujetos para 18 semanas de entrevistas de seguimiento y 35 para 24 meses de seguimiento. (Linehan, Heard, & Armstrong, en prensa). Muchos no estaban dispuestos a completar toda la batería de evaluación, pero estaban dispuestos a hacer una entrevista abreviada que cubriera los datos de resultados esenciales. La superioridad de la DBT sobre el tratamiento habitual alcanzado durante el año de tratamiento generalmente se mantuvo durante el año posterior al tratamiento. En cada punto de seguimiento, los que recibieron DBT obtuvieron mejores resultados que los que reciben el tratamiento habitual en las medidas de ajuste global, ajuste social y desempeño laboral. En todas las áreas donde la DBT fue superior al tratamiento habitual en el post-tratamiento, se mantuvieron las ganancias de la DBT durante el seguimiento durante al menos 6 meses. La superioridad de DBT fue más fuerte durante los primeros 6 meses de seguimiento para las medidas de para-suicidio y enojo, y fue más fuerte durante los últimos 6 meses para reducir los días de hospitalización psiquiátrica.

Es importante tener en cuenta varias cosas al considerar las bases de la investigación de la eficacia de la DBT. Primero, aunque hubo ganancias muy significativas durante un año, la mayoría de las cuales se mantuvieron durante un año de seguimiento, nuestros datos no respaldan una afirmación de que 1 año de tratamiento es suficiente para estos pacientes. Nuestros sujetos seguían puntuando en el rango clínico en casi todas las medidas. Segundo, un estudio es una base muy reducida para decidir que un tratamiento es efectivo. Aunque nuestros resultados han sido replicados por Barley et al. (En prensa), se necesita mucha más investigación. Tercero, hay pocos o ningún dato para indicar que otros tratamientos no son efectivos. Con las dos excepciones que anoté anteriormente, ningún otro tratamiento ha sido evaluado en un ensayo clínico controlado.

Estudio 2

En el segundo estudio (Linehan, Heard y Armstrong, 1993), abordamos la siguiente pregunta: Si un paciente Borderline recibe psicoterapia individual no DBT, ¿mejorará la eficacia del tratamiento si se agrega entrenamiento de habilidades de grupo DBT a la terapia? Once sujetos fueron asignados al azar al entrenamiento de habilidades de grupo DBT, y 8 fueron asignados a una condición de control sin entrenamiento de habilidades. Todos los sujetos ya recibían terapia individual continua y fueron referidos para el entrenamiento de habilidades grupales por parte de sus terapeutas individuales. Los sujetos se combinaron y se asignaron aleatoriamente a los tratamientos. Aparte de su terapia, no hubo diferencias significativas entre los sujetos en este estudio y los del primer estudio descrito anteriormente. Con la excepción de que conservamos a los sujetos en entrenamiento de habilidades razonablemente bien a lo largo del año (73%), los resultados sugirieron que el entrenamiento de habilidades del grupo DBT puede tener poco o nada de contribución para recomendarlo como un tratamiento aditivo para individuos sin DBT. En el postratamiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos en ninguna variable, ni los medios sugirieron que el hecho de no encontrar tales diferencias fue el resultado del pequeño tamaño de la muestra.

A continuación, presentamos una comparación post hoc de todos los pacientes del Estudio 2 en psicoterapia individual estándar ($n = 18$) con los pacientes del Estudio 1 que se mantuvieron estables con DBT ($n = 21$). Esto nos permitió comparar la DBT con otra psicoterapia individual donde el terapeuta estaba tan comprometido con el paciente como en la DBT. Los pacientes del estudio 1 que obtuvieron DBT estándar obtuvieron mejores resultados en todas las áreas objetivo. Los pacientes en tratamiento individual estándar como es habitual, hayan recibido o no entrenamiento en habilidades de grupo DBT, no obtuvieron mejoras ni empeoraron en sus resultados vs los 22 sujetos del Estudio 1 que fueron asignadas al tratamiento habitual. ¿Qué podemos concluir de estos hallazgos? En primer lugar, el segundo estudio refuerza los hallazgos del primer estudio: la DBT estándar (es decir, la psicoterapia más entrenamiento de habilidades) es más efectiva que el tratamiento general habitual. No podemos concluir, sin embargo, que la capacitación de habilidades de grupo DBT es ineficaz o no importante cuando se ofrece dentro del formato DBT estándar. Tampoco está claro si la capacitación en habilidades DBT sería efectiva si se ofreciera sola, sin la psicoterapia individual no DBT concomitante. En DBT estándar, la capacitación de habilidades se integra dentro de DBT individual. La terapia individual proporciona una enorme cantidad de habilidades de coaching, retroalimentación y refuerzo. Esta integración de ambos tipos de tratamiento, incluida la ayuda individual para aplicar nuevas habilidades conductuales puede ser fundamental para el éxito de la DBT estándar. Además, la combinación de la terapia individual no DBT con el entrenamiento de habilidades DBT puede crear una confianza para el paciente que afecta negativamente el resultado.

Comentarios concluyentes

Si bien existe una buena cantidad de investigaciones sobre el TLP, todavía existe cierta controversia sobre si la entidad diagnóstica es útil y válida. El prejuicio contra los individuos etiquetados como "límite" ha llevado a muchos a protestar por la etiqueta diagnóstica. El término se ha asociado con culpar a las víctimas que algunos creen que se debería descartar por completo. Algunos señalan la relación entre los diagnósticos y el abuso sexual infantil (ver el Capítulo 2 para una revisión de esta literatura), creen que estas personas deben llevar un diagnóstico que destaque esta asociación, como el "síndrome postraumático". La idea parece ser que si una etiqueta sugiere que la conducta problemática es un resultado del abuso (en lugar de una falta del individuo), el prejuicio se reducirá.

Aunque no soy partidario del término "límite", no creo que reduzcamos los prejuicios contra estos individuos difíciles de tratar al cambiar las etiquetas. En cambio, creo que la solución debe ser el desarrollo de una teoría basada en principios científicos sólidos, que resalte la base de las conductas "límite" y los eventos disfuncionales biológicos, psicológicos y ambientales. Al hacer que estos individuos sean diferentes de nosotros mismos, en principio, podemos degradarlos. Y quizás, a veces, los degradamos para hacerlos diferentes. Sin embargo, una vez que vemos que los principios conductuales que influyen en la conducta normal (incluido la nuestra) son los mismos principios que influyen en la conducta límite, empatizaremos más y responderemos con compasión a las dificultades que nos presentan. La posición teórica descrita en los siguientes dos capítulos intenta satisfacer esta necesidad.

NOTAS

1. Los psicoterapeutas usualmente usan la palabra "paciente" o la palabra "cliente" se refieren a un individuo que recibe psicoterapia. En este libro, uso el término "paciente" consistentemente; en el manual de entrenamiento de habilidades complementarias, uso el término "cliente". Se puede hacer un caso razonable para usar cualquier término. En el caso de usar el término "paciente" se puede encontrar la definición del término (como sustantivo) en el Original Oxford English Dictionary en Compact Disc (1987): "Una persona que sufre, una que sufre un gran sufrimiento". Aunque ahora

es poco frecuente, la definición, sin embargo, se ajusta perfectamente a los individuos con TLP que veo en psicoterapia. Los significados más comunes del término: "Aquel que se encuentra bajo tratamiento médico para curar alguna enfermedad o herida" o "Una persona o cosa que sufre alguna acción, o a quién se hace algo", son menos aplicables, dado que la DBT no se basa únicamente en un modelo de enfermedad, tampoco considera que el paciente sea pasivo o alguien a quien se le hacen las cosas.

2. Es interesante notar que tanto en la comunidad psicoanalítica como en la cognitivo-conductual, la atención al TLP comenzó durante la tercera década de la disciplina terapéutica, y por las mismas razones. Las técnicas de tratamiento que de otra manera son muy efectivas son menos efectivas cuando el paciente cumple con los criterios de TLP.
3. Diekstra ha estado desarrollando un nuevo conjunto de definiciones de comportamientos suicidas no fatales para su inclusión en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Diekstra, 1988, citado en Van Egmond & Diekstra, 1989). En este nuevo sistema, el intento de suicidio se distingue del parasuicida. Las definiciones son las siguientes:

Intento de suicidio:

- a) Un acto no habitual con resultado no fatal;
- b) que es iniciado y realizado deliberadamente por el individuo involucrado;
- c) que causa autolesiones sin la intervención de otros, lo haga o consista en ingerir una sustancia en exceso de su dosis terapéutica generalmente reconocida.

Parasuicida

- a) Un acto no habitual con resultado no fatal;
- b) Que el individuo involucrado en la expectativa de tal resultado inicie y realice el acto deliberadamente;
- c) Que cause autolesiones sin la intervención de otros, o que ingiera una sustancia en exceso de su dosis terapéutica;
- d) El resultado que el actor considera como instrumental para lograr los cambios deseados en la conciencia y / o la condición social "(Van Egmond y Diekstra, 1989, pág. 53-54).

CAPITULO 2

Fundamentos Dialécticos y Biosociales del Tratamiento

Dialéctica

La mayoría de las personas conocen la dialéctica a través de la teoría socioeconómica de Marx y Engels (1970).

¿Por Qué La Dialéctica?

Utilización de la terapia cognitivo-conductual. Además técnicas como las exageraciones de la realidad de Whitaker's; la aceptación en lugar del cambio de sentimientos y situaciones como en la tradición del budismo zen; y enunciados de doble enlace dirigidos a la conducta patológica como los del proyecto Bateson (estas técnicas están más alineadas con los enfoques de terapia paradójica). Además, el ritmo de la terapia parecía incluir por un lado cambios rápidos en el estilo verbal, la aceptación cálida y la reflexión empática (que recuerdan a la terapia centrada en el cliente), y, por otro lado, comentarios contundentes, irreverentes y de confrontación. El movimiento y el tiempo parecían tan importantes como el contexto y la técnica.

Quería atención en el pensamiento intuitivo y no racional que también es ventajoso. También me estaba convenciendo de que los problemas de estos pacientes no se debían principalmente a distorsiones cognitivas, a pesar de que las distorsiones parecían desempeñar un papel importante en el mantenimiento de los problemas.

Mi enfoque en aceptar estados emocionales dolorosos y eventos ambientales problemáticos parecía diferente del enfoque cognitivo-conductual estándar (que intenta cambiar o modificar estados emocionales dolorosos o actuar en entornos para cambiarlos).

Es como si el paciente y yo estuviéramos en los extremos opuestos de una balanza; estamos conectados entre sí por el centro de la balanza. La terapia es el proceso en que subimos y bajamos cada uno de nosotros, nos deslizamos de un lado a otro en el balanceo, tratamos de equilibrarnos para que podamos llegar juntos al medio y subir a un nivel más alto. Este nivel superior, que representa el crecimiento y desarrollo, puede considerarse como una síntesis del nivel anterior. Entonces el proceso comienza de nuevo.

Parece que mi tarea como terapeuta no es solo mantener el equilibrio, sino mantenerlo de tal manera que ambos nos movamos hacia el medio en lugar de retroceder en los extremos del polo. El movimiento rápido y el movimiento del terapeuta parecen constituir una parte central del tratamiento.

Hablando dialécticamente, los extremos del balanceo representan los opuestos ("tesis" y "antítesis"); moverse al medio, hasta el siguiente nivel representa la integración o la "síntesis" de estos opuestos, que se disuelven inmediatamente en opuestos una vez más.

La naturaleza fundamental de la realidad y el del diálogo con las relaciones persuasivas.

Visión Dialéctica del Mundo

Una perspectiva dialéctica sobre la naturaleza de la realidad y de la conducta humana tiene tres principales teorías:

El principio de la interrelación y de la totalidad

En primer lugar, la dialéctica asume una perspectiva de sistemas sobre la realidad. El análisis de las partes de un sistema tiene un valor limitado a menos que el análisis relacione las partes con el todo. Por lo tanto, la identidad en sí misma es relacional, y los límites entre las partes son temporales y existen solo en relación con el todo; de hecho, es el todo lo que determina los límites. Levins y Lewontin (1985) afirman:

Las partes y los conjuntos evolucionan como consecuencia de su relación, y la relación en sí misma evoluciona. Estas son las propiedades de las cosas que llamamos dialécticas: una cosa no puede existir sin la otra, una adquiere sus propiedades de su relación con la otra, las propiedades de ambas evolucionan como consecuencia de su interpretación, (p. 3)

Esta visión holística es compatible con las visiones feministas y contextuales de la psicopatología. Dicha perspectiva, cuando se aplicó al tratamiento del TLP, me hizo cuestionar la importancia dada a la separación, la diferenciación, la individualización y la independencia en el pensamiento cultural occidental. Las nociones del individuo como unitario y separado solo han surgido gradualmente en los últimos cientos de años (Baumeister, 1987; Sampson, 1988). Dado que las mujeres reciben el diagnóstico de TLP con mucha más frecuencia que los hombres, la influencia de género en las nociones del sí mismo y de los límites interpersonales apropiados es de particular interés en nuestro pensamiento sobre el trastorno.

Tanto el género como la clase social influyen significativamente en cómo uno define y experimenta el YO. Las mujeres, así como otros individuos con menos poder social, tienen más probabilidades de tener un YO relacional o social (un YO que incluye al grupo) en lugar de un YO individualizado (uno que excluye al grupo) (McGuire y McGuire, 1982; Pratt, Pancer, Hunsberger, y Manchester, 1990). La importancia de un YO relacional o social entre las mujeres ha sido destacada por muchas escritoras feministas, la más conocida de todas es Gilligan (1982). Lykes (1985) quizás ha argumentado la posición feminista más convincente al definir "el YO como un conjunto de relaciones sociales" (p. 364). Es muy importante tener en cuenta que Lykes y a otros que no hablan simplemente del valor de la interdependencia entre los seres autónomos. Más bien, describen un YO social o relacional que es en sí mismo "una red de relaciones de coacción dentro de un sistema intrincado de intercambios y obligaciones sociales" (Lykes, 1985, p. 362). Cuando el YO se define como "en relación", incluyendo a los demás en su propia definición, no existe un YO completamente separado, es decir, ningún YO separado del todo. Dicho YO relacional, o "individualismo conjunto" en los términos de Sampson, caracteriza a la mayoría de las sociedades, tanto histórica como interculturalmente (Sampson, 1988).

La atención a estos factores contextuales es particularmente esencial cuando se emplea una construcción cultural del "YO" para explicar y describir otra estructura cultural como es la "salud mental". Si bien la definición tradicional de autoestima generalmente es adaptativa para algunos individuos en la sociedad occidental, uno debe considerar que nuestras definiciones y teorías no son universales, sino que son productos de la sociedad occidental y, por lo tanto, pueden ser inapropiadas para muchos individuos. Como Heidi Heard y yo hemos argumentado en otra parte (Heard & Linehan, 1993), y como comento más adelante en este capítulo y en el Capítulo 3, los problemas encontrados por el individuo con TLP pueden deberse en parte a la colisión de un YO relacional con una sociedad que reconoce y premia solo al YO individualizado.

El principio de la polaridad

Segundo, la realidad no es estática, sino que está compuesta de fuerzas internas opuestas ("tesis" y "antítesis"), de cuya integración ("síntesis") se desarrolla un nuevo conjunto de fuerzas opuestas. Aunque la dialéctica se centra en el conjunto, también enfatiza la complejidad de cualquier conjunto. Así, dentro de cada cosa o sistema, no importa cuán pequeña sea, hay polaridad. En física, por ejemplo, no importa cuánto intenten los físicos encontrar la única partícula o elemento que es la base de toda la existencia, siempre terminan con un elemento que puede reducirse aún más. En el átomo hay una carga negativa y una positiva; para cada fuerza hay una fuerza contraria; incluso el elemento más pequeño de la materia está equilibrado por la antimateria.

Una idea dialéctica muy importante es que todas las proposiciones contienen dentro de ellas sus oposiciones. O, como lo expresó Goldberg (1980),

Asumo que la verdad es paradójica, que cada artículo de sabiduría contiene dentro de sí sus propias contradicciones, que las verdades están de lado a lado. Las verdades contradictorias no necesariamente se anulan entre sí o se dominan entre sí, sino que se mantienen una al lado de la otra, invitando a la participación y la experimentación, (págs. 295-296)

Si se toma esta idea en serio, puede tener un impacto bastante profundo en la práctica clínica. Por ejemplo, en la mayoría de las descripciones del TLP, el énfasis está en identificar la patología que distingue al individuo de otros. El tratamiento se diseña para descubrir la patología y crear condiciones para el cambio. Una perspectiva dialéctica, sin embargo, sugiere que dentro de la disfunción también hay una función; que dentro de la distorsión hay precisión; y que con la destrucción se puede encontrar construcción. Estaba cambiando esta idea - "contradicciones dentro de la sabiduría" a "sabiduría dentro de las contradicciones" - lo que me llevó a una serie de decisiones sobre la forma de DBT. En lugar de buscar la validez de la actual conducta del paciente (por el aprendizaje del pasado), comencé a buscarlo y encontrarlo en el momento actual. Por lo tanto, la idea me llevó un paso más allá de simplemente empatizar con el paciente. La validación es ahora una parte crucial de DBT.

La misma idea me llevó al concepto de "mente sabia", que es un enfoque en la sabiduría inherente de los pacientes. DBT asume que cada individuo es capaz de tener sabiduría con respecto a su propia vida, aunque esté capacitado esto no siempre es obvio o incluso accesible. Por lo tanto, el terapeuta de DBT confía en que el paciente tiene dentro de sí todo el potencial que es necesario para el cambio. Los elementos esenciales para el crecimiento ya están presentes en la situación actual. Dentro del equipo de consulta de casos de DBT, la idea condujo al énfasis de encontrar el valor en el punto de vista de cada persona, en lugar de defender el valor de su posición.

Tesis, Antítesis, Síntesis: El principio del cambio continuo

Finalmente, la naturaleza interconectada, opuesta y no reducible de la realidad conduce a una totalidad continua en proceso de cambio. Es la tensión entre las fuerzas de tesis y antítesis dentro de cada sistema (positivo y negativo, bueno y malo, niños y padres, paciente y terapeuta, persona y entorno, etc.) lo que produce el cambio. El nuevo estado que sigue al cambio (la síntesis), sin embargo, también está compuesto de fuerzas polares; y, así, el cambio es continuo. Es importante tener en cuenta el principio del cambio dialectico, aunque yo uso estos términos ("tesis", "antítesis", "síntesis") en raras ocasiones.

Cambiar, entonces, en lugar de ser una estructura o un contenido, es la naturaleza esencial de la vida. Robert Kegan (1982) capta este punto de vista en su descripción de la evolución del yo como un

proceso de transformaciones a lo largo de la vida, generado por tensiones entre la autoconservación y la autotransformación dentro de la persona y dentro del sistema persona-medio ambiente puntuado por treguas temporales y los balances evolutivos. El escribe:

Como entender la forma en que la persona crea el mundo, también debemos entender la forma en que el mundo crea a la persona. Al considerar dónde se encuentra una persona en su equilibrio evolutivo, no solo observamos cómo se crea el significado; también estamos buscando la posibilidad de que la persona pierda este equilibrio. Estamos buscando, en cada balance, un nuevo sentido de lo que es último y lo que está en última instancia en juego. Estamos viendo, en cada nuevo balance, una nueva vulnerabilidad. Cada balance sugiere cómo la persona está compuesta, pero cada uno sugiere, también, una nueva forma para que la persona pierda la compostura, (pág. 114)

Un punto de vista dialéctico es bastante compatible con la teoría psicodinámica, que subraya el papel inherente del conflicto y la oposición en el proceso de crecimiento y cambio. También es compatible con una perspectiva conductual que enfatiza la integridad inherente del entorno y del individuo, y la interrelación de cada uno en la producción del cambio. La dialéctica como una teoría del cambio es algo diferente de la noción asumida por la terapia centrada en el cliente. En esa perspectiva, cada cosa tiene dentro de sí una potencialidad que se desarrollará naturalmente a lo largo de su vida. "Desplegar" no implica la inherente tensión en el crecimiento dialéctico. Es esta tensión se produce un cambio gradual, salpicado por estallidos de cambios repentinos y movimientos dramáticos.

En DBT, los canales del terapeuta cambian en el paciente, al tiempo que reconocen que el cambio generado también está transformando la terapia y al terapeuta. Por lo tanto, existe una tensión dialéctica siempre presente dentro de la terapia en sí misma entre el proceso de cambio y el resultado del cambio. En cada momento, hay un equilibrio temporal entre los intentos de la paciente de mantenerse como está sin cambiar, y sus intentos de cambiarse a pesar de las limitaciones de su historia y de la situación actual. La transición a cada nueva estabilidad temporal a menudo se experimenta como una crisis dolorosa. "Cualquier resolución real de la crisis debe implicar, en última instancia, una nueva forma de estar en el mundo. Sin embargo, la resistencia a hacerlo es grande y no se producirá en ausencia de encuentros repetidos y variados de la experiencia natural" (Kegan, 1982, pág.41). El terapeuta ayuda al paciente a resolver crisis apoyándose simultáneamente en sus intentos de autoconservación y autotransformación. El control y la dirección canalizan al paciente hacia un mayor autocontrol y autodirección. Nutrirse está al lado de enseñar a la paciente a cuidarse a sí misma.

Persuasión dialéctica

Desde el punto de vista del diálogo y la relación, la "dialéctica" se refiere al cambio mediante la persuasión y el uso de las oposiciones inherentes a la relación terapéutica, en lugar de hacerlo mediante la lógica impersonal y formal. Así, a diferencia del pensamiento analítico, la dialéctica es personal, teniendo en cuenta y afectando a la persona en su totalidad. Es un enfoque para involucrar a una persona en el movimiento con el diálogo. A través de la oposición terapéutica de posiciones contradictorias, tanto el paciente como el terapeuta pueden llegar a nuevos significados dentro de los significados antiguos, acercándose más a la esencia del tema en cuestión.

Como se señaló anteriormente, la síntesis en una dialéctica contiene elementos tanto de la tesis como de la antítesis, de modo que ninguna de las posiciones originales puede considerarse "absolutamente verdadera". La síntesis, sin embargo, siempre sugiere una nueva antítesis y por lo tanto actúa como una

nueva tesis. La verdad, por lo tanto, no es ni absoluta ni relativa; más bien, evoluciona, se desarrolla y se construye con el tiempo. Desde el punto de vista dialéctico, nada es evidente por sí mismo, y nada se distingue de otra cosa como conocimiento no relacionado. El espíritu del punto de vista dialéctico nunca es aceptar una verdad final o un hecho indiscutible. Por lo tanto, la pregunta que aborda tanto el paciente como el terapeuta es "¿Qué se está dejando fuera de nuestro entendimiento?".

No pretendo dar a entender que una frase como "Está lloviendo y no está lloviendo" encarna una dialéctica. Tampoco estoy sugiriendo que una declaración no puede ser incorrecta, o no es familiar en un contexto particular. Pueden ocurrir falsas dicotomías y falsas dialécticas. Sin embargo, en estos casos, la tesis y/o la antítesis se han identificado erróneamente, y por lo tanto uno no tiene un antagonismo genuino. Por ejemplo, una declaración de confianza durante la guerra de Vietnam, "Ámelo o déjelo", fue un caso clásico de una identificación errónea de la dialéctica.

Como comento en los Capítulos 4 y 13, el diálogo dialéctico también es muy importante en las reuniones del equipo de terapia. Tal vez más que cualquier otro factor, la atención a la dialéctica puede reducir las posibilidades de división del personal que trata pacientes con TLP. La división entre los miembros del personal casi siempre resulta de una conclusión por parte de una o más facciones (dentro del personal) que (y, a veces, solo) tienen un "bloqueo" en la verdad sobre un paciente particular o problema clínico.

Trastorno límite de la personalidad como falla dialéctica

De alguna manera, los comportamientos límite se pueden ver como resultados de fallas dialécticas.

"División" Borderline

Como se discutió en el Capítulo 1, los individuos límite y suicidas frecuentemente vacilan entre puntos de vista rígidos pero contradictorios, y son incapaces de avanzar hacia una síntesis de las dos posiciones. Tienden a ver la realidad en categorías polarizadas de "uno y otro", en lugar de "todos", y dentro de un marco de referencia muy fijo. Por ejemplo, no es raro que un individuo así crea que la falla más pequeña hace imposible que una persona sea "buena" por dentro. Su estilo cognitivo rígido limita aún más su capacidad para entrever ideas de futuros cambios y transiciones, lo que resulta en sentimientos de estar en una situación dolorosa interminable. Las cosas una vez definidas no cambian. Una vez que una persona es "defectuosa", por ejemplo, esa persona seguirá siendo defectuosa para siempre.

Tal pensamiento entre individuos límite ha sido calificado de "división" por los psicoanalistas, y forma una parte importante de la teoría psicoanalítica sobre el TLP (Kernberg, 1984). El pensamiento dicotómico o la división se pueden ver como la tendencia a atascarse en la tesis o en la antítesis, sin poder avanzar hacia la síntesis. Una incapacidad para creer que tanto una proposición (por ejemplo, "quiero vivir") como su opuesto ("quiero morir") pueden ser simultáneamente verdaderas en el individuo suicida y límite. La división, desde un punto de vista psicodinámico, es un producto del irresoluble conflicto entre intensas emociones negativas y positivas.

Desde la perspectiva dialéctica, sin embargo, el conflicto que se mantiene es un fallo dialéctico. En lugar de síntesis y trascendencia, en el conflicto típico de los individuos límites hay oposición entre posiciones, deseos y puntos de vista firmemente arraigados pero contradictorios. La resolución del conflicto requiere primero el reconocimiento de las polaridades y luego la capacidad de elevarse por encima de ellas, por así decirlo, viendo la realidad aparentemente paradójica de ambos y ninguno. En el

nivel de síntesis e integración que ocurre cuando se trasciende la polaridad, la paradoja aparente se resuelve por sí sola.

Dificultades con el yo y la identidad.

Las personas con TLP con frecuencia se confunden con respecto a su propia identidad y tienden a analizar el entorno en busca de pautas sobre cómo ser, pensar y sentir. Dicha confusión puede surgir de la incapacidad de experimentar su relación esencial con otras personas, así como la relación de ese momento con otros momentos en el tiempo. Están por siempre al borde del abismo, por así decirlo. Sin estas experiencias relacionales, la identidad se define en términos de cada momento e interacción experimentada de manera aislada, y por lo tanto es variable e impredecible en lugar de estable. Además, no hay otro momento en el tiempo para modular el impacto del momento actual. Para un paciente límite, la ira de otra persona hacia ella en un entorno particular no se ve amortiguada por otro momento u otra relación en la que las personas no estén enojadas. "Estás enojado conmigo" se convierte en realidad infinita. La parte se convierte en el todo. Varios otros teóricos han señalado el importante papel de la memoria para los eventos afectivos (Lumsden, 1991), especialmente los eventos interpersonales (Adler, 1985) y el desarrollo y mantenimiento del TLP. Mark Williams (1991) ha presentado un argumento similar con respecto a las fallas en la memoria autobiográfica. Claramente, los eventos y las relaciones anteriores deben estar disponibles en la memoria almacenada y deben integrarse en el presente.

Aislamiento interpersonal y alienación.

La perspectiva dialéctica de la unidad presupone que los individuos no están separados de su entorno. El aislamiento, la alienación, los sentimientos de estar fuera de contacto o no encajar en todos los sentimientos característicos de los individuos límites, son fallas dialécticas que provienen de los individuos que configuran una oposición del yo al otro. Tal oposición puede ocurrir incluso en ausencia de un adecuado sentido de identidad propia. A menudo, entre los individuos límites, se busca un sentido de unidad e integración mediante la supresión y / o el no desarrollo de la identidad propia (creencias, gustos, deseos, actitudes, habilidades, etc.), más que por la estrategia dialéctica de síntesis y trascendencia. La paradoja de que uno puede ser diferente, pero al mismo tiempo parte del todo no se comprende. Se mantiene la oposición entre persona (parte) y medio ambiente (todo).

Conceptualización De Casos: Un Enfoque Dialéctico-Conductual

La conceptualización de casos en DBT está guiada tanto por la dialéctica como por los supuestos de la teoría cognitivo-conductual. En este estudio, reviso varias características de la teoría cognitivo-conductual que son importantes para DBT; también sugiero cómo un enfoque dialéctico-cognitivo-conductual difiere un poco de las teorías cognitivas, conductuales y biológicas más tradicionales. Se revisan puntos teóricos más específicos en relación con las estrategias específicas de intervención de DBT.

La definición de "conducta"

"Conducta", como lo usan los terapeutas cognitivo-conductuales, es un término muy amplio. Incluye cualquier actividad, diversión o relación con la persona, es decir, "todo lo que hace un organismo que involucra una acción y una respuesta a la estimulación" [Merriam-Webster Dictionary, 1977, pág. 100]. Los físicos usan el término de manera similar cuando hablan del comportamiento de una molécula; del mismo modo, los analistas de sistemas hablan de la conducta de un sistema. La conducta humana puede ser abierto (es decir, pública y observable para otros) o encubierto (es decir, privada y observable solo para esa persona). A su vez, las conductas encubiertas pueden ocurrir dentro del cuerpo de la persona (por

ejemplo, el estiramiento de los músculos del estómago) o fuera del cuerpo, sin embargo, son privados (por ejemplo, la conducta cuando una persona está sola).

Los tres modos de conducta

Los terapeutas cognitivo-conductuales contemporáneos suelen clasificar la conducta en 3 modos: motor, cognitivo-verbal y fisiológico. Las conductas motoras son lo que la mayoría de la gente piensa como conducta; incluyen acciones (abiertas y encubiertas) y movimientos del sistema muscular esquelético. La conducta cognitivo-verbal incluye actividades como el pensamiento, la resolución de problemas, la percepción, la imagen, el habla, la escritura y la comunicación gestual, así como la conducta observada. Las conductas fisiológicas incluyen actividades del sistema nervioso, glándulas y músculos lisos. Aunque generalmente son encubiertos (por ejemplo, latidos cardíacos), las conductas fisiológicas también pueden ser manifiestas (por ejemplo, sonrojarse y llorar).

Es importante tener en cuenta varias cosas aquí. Primero, dividir las conductas en categorías o modos es intrínsecamente arbitrario y se hace para la conveniencia del observador. El funcionamiento humano es continuo, y cualquier respuesta involucra a todo el ser humano. Incluso los subsistemas conductuales parcialmente independientes comparten circuitos neuronales y vías neuronales de interconexión. Sin embargo, los sistemas conductuales que en la naturaleza no ocurren por separado, a menudo se distinguen conceptualmente, porque la distinción proporciona un aumento en nuestra capacidad para analizar los procesos en cuestión.

Las emociones como respuestas de todo el sistema

Las emociones, desde la perspectiva actual, son respuestas integradas del sistema. En general, la forma de integración es automática, ya sea debido al cableado biológico (las emociones básicas) o debido a experiencias repetidas (emociones aprendidas). Es decir, una emoción típicamente comprende conductas de cada uno de los tres subsistemas. Por ejemplo, los investigadores básicos definen las emociones como parte de la experiencia fenomenológica (sistema cognitivo), los cambios bioquímicos (sistema fisiológico) y las tendencias expresivas y de acción (sistemas fisiológicos más motores). Las emociones complejas también pueden incluir una o más actividades de evaluación (sistema cognitivo). Las emociones, a su vez, suelen tener consecuencias posteriores importantes para la conducta cognitiva, fisiológica y motora. Por lo tanto, las emociones no solo son respuestas conductuales del sistema completo, sino que ellas mismas afectan el sistema completo. La naturaleza compleja y sistémica de las emociones hace que sea improbable que se encuentre un precursor único de la desregulación emocional, ya sea general o específico del TLP.

Igualdad intrínseca de los modos conductuales como causas de funcionamiento

En contraste con la psiquiatría biológica y la psicología cognitiva, la posición adoptada aquí es que ningún modo conductal es intrínsecamente más importante que los demás como causa del funcionamiento humano. Por lo tanto, a diferencia de las teorías cognitivas (por ejemplo, Beck, 1976, Beck et al., 1973, 1990), la DBT no considera disfunción conductual, incluida la desregulación emocional, como resultado necesariamente de procesos cognitivos disfuncionales. Esto no quiere decir que, bajo ciertas condiciones, las actividades cognitivas no influyan en las conductas motoras y fisiológicas, así como en la activación de las conductas emocionales; de hecho, una gran cantidad de datos lo sugiere. Cerrando el tema de este libro, por ejemplo, están los hallazgos repetidos de Aaron Beck y sus colegas (Beck, Brown y Steer, 1989; Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985) que las esperanzas desesperadas sobre el futuro predicen conductas suicidas posteriores.

Además, a diferencia de la psicología biológica y la psiquiatría, la DBT no considera las disfunciones neurofisiológicas como influencias más importantes en la conducta. Por lo tanto, desde mi punto de vista perspicaz, aunque las relaciones del sistema “conducta-respuesta” y las vías causales son importantes en el funcionamiento humano, no son más influyentes que otras vías. La pregunta crucial se convierte en la siguiente: ¿En qué condiciones ocurre una conducta o patrón conductual que influye en otro (Hayes, Kohlenberg, & c Melancon, 1989)? En última instancia, desde un marco dialéctico, no se buscan patrones causales lineales simples de influencia para una conducta. Más bien, la pregunta importante es como la sugerida por Manicas y Secord (1983): ¿Cuál es la naturaleza de un organismo o proceso en las circunstancias prevalecientes? Desde esta perspectiva, los eventos, incluidos los eventos conductuales, son siempre el resultado de configuraciones causales complejas en el mismo nivel y en muchos niveles diferentes.

El sistema del ambiente individual: Un modo transaccional

Una serie de modelos etiológicos de psicopatología se han ofrecido en la literatura. La mayoría de las teorías actuales se basan en alguna versión de un modelo de interacción, en el que las características del individuo interactúan con las características del entorno para producir un efecto, en este caso, un trastorno psicológico. El "modelo de diátesis-estrés" es, con mucho, el modelo interactivo más general y ubicuo. Este modelo sugiere que un trastorno psicológico es el resultado de una predisposición específica al trastorno u enfermedad (la diátesis), que se expresa en condiciones de estrés ambiental general o específico. El término "diátesis" generalmente se refiere a una predisposición constitucional o biológica, pero el uso más moderno incluye cualquier característica individual que incremente la posibilidad de que una persona desarrolle un trastorno. Dada una cierta cantidad de estrés (es decir, estímulos ambientales nocivos o desagradables), el individuo desarrolla el trastorno relacionado con la diátesis. La persona no está equipada para hacer frente a este tipo de estrés y, por lo tanto, la conducta se desintegra.

En contraste, un modelo dialéctico o transaccional asume que el funcionamiento individual y las condiciones ambientales son mutua y continuamente interactivas, recíprocas e interdependientes. Dentro de la teoría del aprendizaje social, este es el principio del "determinismo recíproco": el ambiente y el individuo se adaptan e influyen entre sí. Aunque el individuo seguramente está afectado por el ambiente, el ambiente también se ve afectado por el individuo. Es conceptualmente conveniente distinguir el entorno de la persona, pero en realidad no se pueden distinguir. El entorno individual es un sistema completo, definido por y que define las partes constituyentes. Debido a que la influencia es recíproca, es transaccional más que interactiva.

Chess y Thomas (1986) han escrito extensamente sobre este patrón de influencia recíproca con respecto a los efectos de las diferentes características temperamentales de los niños en sus entornos familiares, y viceversa. Su noción de "pobreza de ajuste" como un factor importante en la etiología de la disfunción psicológica ha influido fuertemente en la teoría propuesta aquí. Más adelante en el capítulo discuto estas ideas con más detalle.

Además de centrarse en la influencia recíproca, una vista transaccional también resalta el estado constante de flujo y cambio del sistema del entorno individual. Thomas y Chess (1985) han calificado a este modelo de "homeodinámico", en contraste con los modelos interactivos que conceptualizan el estado final de los individuos y los entornos como una especie de equilibrio "homeostático". Un modelo homeodinámico también es dialéctico. Citan a Sameroff (1975, p. 290), quien hace muy bien este punto:

El modelo interactivo es insuficiente para facilitar nuestra comprensión de los mecanismos que conducen a resultados posteriores. La razón principal detrás de la insuficiencia de este modelo es que ni la constitución ni el entorno son necesariamente constantes en el tiempo. En cada momento, mes o año, las funciones de los niños y de su entorno cambian de manera importante. Además, estas diferencias son interdependientes y cambian en función de su mutua influencia.

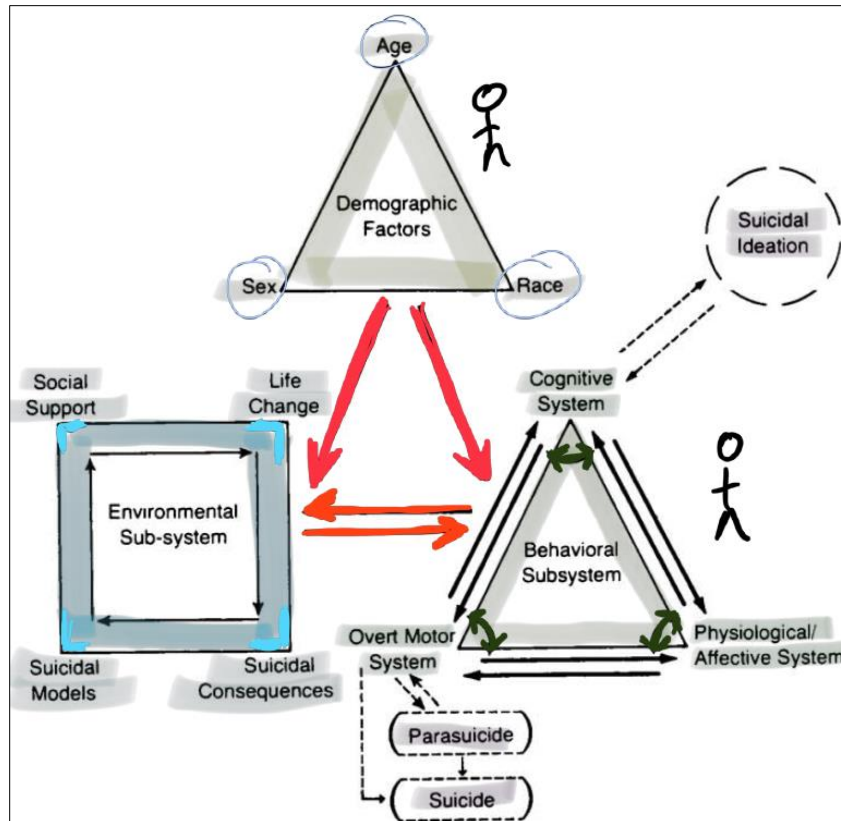
Millon (1987a) ha hecho casi el mismo punto al discutir la etiología del TLP y la inutilidad de intentar localizar la "causa" del trastorno en cualquier evento único o período de tiempo.

Un modelo transaccional resalta una serie de puntos que son fáciles de pasar por alto en un modelo de diátesis-estrés. Por ejemplo, las personas en un entorno particular pueden ser estresantes para un individuo solo porque el ambiente en sí estuvo expuesto al estrés que este individuo le dio. Los ejemplos de tales individuos incluyen al niño que, debido a una enfermedad, requiere el gasto de gran parte de los recursos financieros de la familia, o el paciente psiquiátrico que usa gran parte de los recursos de enfermería de un hospital debido a los constantes intentos de suicidio. Los entornos de estos dos individuos tienen una capacidad mayor para responder bien a un mayor estrés; otras personas en ambos entornos pueden invalidar o culpar temporalmente a la víctima si se realiza una demanda adicional en el sistema. Aunque el sistema (por ejemplo, la familia del niño) puede haber estado predispuesto a responder de manera disfuncional, en cualquier caso, puede haber evitado tales respuestas si no hubiera estado expuesto al estrés de ese individuo en particular.

Un modelo transaccional no asume necesariamente el mismo poder de influencia en ambos lados de la ecuación. Por ejemplo, algunas influencias genéticas pueden ser lo suficientemente poderosas como para abrumar un entorno benigno o incluso sanador. Las investigaciones actuales sugieren una influencia mucho mayor del patrimonio genético en las funcionalidades de la personalidad adulta (Scarr & McCartney, 1983; Tellegen et al., 1988). Tampoco podemos descartar la influencia de una situación poderosa en el comportamiento de la mayoría de los individuos expuestos a la situación (a pesar de las grandes diferencias de personalidad preexistentes) (Milgram, 1963, 1964). Cualquier persona, sin importar qué tan fuerte sea, si está expuesto repetidamente a un abuso sexual o físico, se verá perjudicado.

Representación visual de un sistema ambiente-persona

En la Figura 2.1 se muestra una representación visual de un sistema ambiente-persona. Desarrollé el modelo particular que se muestra aquí hace varios años para capturar los datos sobre el comportamiento suicida y parasuicida. A la izquierda hay una caja que representa el subsistema ambiental. Aunque en este esquema el ambiente se representa como cuatro esquinas, esto se hace solo con propósitos teóricos relevantes para el comportamiento suicida. Dependiendo de los factores ambientales particulares que se consideren importantes en un evento o patrón conductual en estudio, uno podría representar el ambiente con tantos lados como factores hay en la teoría.



La persona se subdivide en dos subsistemas separados. El subsistema conductual es un triángulo que representa los tres modos de conducta descritos anteriormente. Las flechas circulares en cada punto del triángulo indican que las respuestas dentro de cada modo de conducta son autorreguladoras, el cambio en una respuesta trae el efecto en otra. Curiosamente, aunque este aspecto de la conducta está bien estudiado para las respuestas fisiológicas, no se ha prestado la atención correspondiente a cómo se auto regulan los modos de respuesta motor-conductual y cognitivo-verbal.

El segundo triángulo representa características estables y orgánicas de la persona que normalmente no están influenciadas por la conducta del individuo o el entorno. Estas características estables pueden, sin embargo, tener influencias importantes tanto en el entorno como en la conducta del individuo. En el modelo representado aquí, los puntos triangulares representan el género, la raza y la edad. Sin embargo, al igual que el cuadrado ambiental, estos puntos son simplemente convenientes conceptualmente. El género, la raza y la edad están relacionados de manera importante con las conductas suicidas. Otros trastornos requerirán la representación de diferentes variables orgánicas. Por ejemplo, en el estudio de la esquizofrenia, uno podría querer un punto orgánico que represente la composición genética.

Teoría: una teoría dialéctica del desarrollo del Trastorno de Personalidad Límite

Visión general

DBT se basa en una teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad. La premisa principal es que el TLP es principalmente una disfunción del sistema de regulación de las emociones; es el resultado de irregularidades biológicas combinadas con ciertos entornos disfuncionales, así como de su interacción y transacción a lo largo del tiempo. Las características asociadas con el TLP (ver el Capítulo 1, especialmente las Tablas 1.2 y 1.5) son secuelas y, por lo tanto, secundarias a esta desregulación de las emociones. Además, estos mismos patrones provocan una mayor desregulación. Los ambientes invalidantes durante la infancia contribuyen al desarrollo de la desregulación emocional; también fallan en enseñarle al niño cómo etiquetar y regular la excitación, cómo tolerar la angustia emocional y cuándo confiar en sus propias respuestas emocionales como reflejos de interpretaciones válidas de eventos.

Como adultos, los individuos borderline adoptan las características del entorno de invalidación. Por lo tanto, tienden a invalidar sus propias experiencias emocionales, buscan en los demás reflejos precisos de la realidad externa y simplifican la facilidad para resolver los problemas de la vida. Esta simplificación excesiva conduce inevitablemente a objetivos poco realistas, a la incapacidad de usar la recompensa en lugar del castigo por los pequeños pasos hacia las metas finales, y al odio a sí mismo por el fracaso en alcanzar estos objetivos. La reacción de vergüenza, una respuesta característica a las emociones incontrolables y negativas entre individuos borderline, es un resultado natural de un entorno social que "avergüenza" a aquellos que expresan vulnerabilidad emocional.

Como se señaló en el Capítulo 1 en un contexto ligeramente diferente, la formulación propuesta aquí es similar a la de Grotstein et al. (1987), y habíamos propuesto que el TLP es un trastorno de la autorregulación. Con esto quiere decir que el trastorno representa una ruptura primaria de la regulación de los estados del yo, como la excitación, la atención, el sueño, la vigilia, la autoestima, los afectos y las necesidades, junto con las secuelas secundarias de tal ruptura. Como Grotstein et al. han señalado, pocas teorías del TLP han integrado factores biológicos y psicológicos en una teoría coherente. Hasta la fecha, la mayoría de las teorías han sido directamente psicológicas, ya sean psicoanalíticas (por ejemplo, Adler, 1985; Masterson, 1972, 1976; Kernberg, 1975, 1976; Rinsley, 1980a, 1980b; Meissner, 1984) o cognitivo-conductuales (por ejemplo, Beck, et al., 1990; Young, 1987; Pretzer, en prensa); o han sido productos de la psiquiatría biológica (por ejemplo, Klein, 1977; Cowdry & Gardner, 1988; Akiskal, 1981, 1983; Wender & Klein, 1981). La formulación de Grotstein (1987) es una unión de psiquiatría biológica y teoría psicológica informada psicoanalíticamente. Stone (1987) ha sugerido una integración similar. Describe muy bien la dificultad de llegar a ser muy versado en las dos áreas (psicológica y biología) e integrarlos en una posición teórica sobre el TLP ("es como un texto compuesto perversamente de palabras árabes que se alternan con el chino" (pp. 253-254).

La formulación biosocial presentada aquí se basa principalmente en la literatura experimental en psicología. Lo que he encontrado al leer esta literatura es que hay una gran cantidad de datos empíricos básicos sobre temas tan diversos como la personalidad y el funcionamiento de la conducta, las bases genéticas y fisiológicas de la conducta y la personalidad, el temperamento, el funcionamiento emocional básico y los efectos ambientales en la conducta; sin embargo, con solo unas pocas excepciones (por ejemplo, Costa y McCrae, 1986), ha habido pocos intentos de aplicar esta literatura de investigación básica en psicología para la comprensión de los trastornos de la personalidad. Este estado de cosas probablemente existe porque, hasta hace muy poco, el estudio empírico de los trastornos de la personalidad ha sido realizado principalmente por psiquiatras, mientras que el estudio empírico de la conducta (incluido el

estudio de las bases biológicas de la conducta) ha sido el dominio de los psicólogos. El abismo entre estos dos campos ha sido grande, con miembros que no lee gran parte de la literatura del otro. La psicología clínica de base empírica, que se podría considerar el puente natural entre las dos disciplinas, hasta hace poco ha mostrado poco o ningún interés en los trastornos de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad y desregulación emocional

Como dije anteriormente, la teoría biosocial es que el TLP es principalmente un trastorno del sistema de regulación de las emociones. La desregulación de las emociones, a su vez, se debe a una alta vulnerabilidad emocional más la incapacidad de regular las emociones ". Cuanto más emocionalmente vulnerable es el individuo, mayor es la necesidad de modulación emocional. La tesis aquí es que los individuos límite son emocionalmente vulnerables y deficientes en las habilidades de modulación emocional, y que estas dificultades tienen sus raíces en la predisposición biológica, que se ve agravada por experiencias ambientales específicas.

La premisa de vulnerabilidad emocional excesiva se ajusta a las descripciones empíricas, desarrolladas en investigaciones tradicionales, tanto de las poblaciones parasuicidas como de las poblaciones límite. He revisado esta literatura en el Capítulo 1. En resumen, la imagen emocional de los individuos parasuicidas y los límites es una de las experiencias afectivas crónicas y aversivas. Los fracasos en la inhibición de la mala adaptación, dependientes del estado de ánimo, son, por definición, parte del síndrome límite. Las discusiones sobre la desregulación afectiva con respecto al TLP generalmente se concentran en el continuo de depresión-manía (por ejemplo, Gunderson y Zanarini, 1989). En contraste, estoy usando "afecto" aquí en un sentido más global, y sugiero que los individuos límite tienen dificultades de regulación en varios (si no todos) los sistemas de respuesta emocional. Aunque es probable que la desregulación de la emoción sea más pronunciada en las emociones negativas, los individuos límite también parecen tener dificultades para regular las emociones positivas y sus secuelas.

Vulnerabilidad emocional

Las características de la vulnerabilidad emocional incluyen alta sensibilidad a los estímulos emocionales, intensidad emocional y retorno lento a la línea de base emocional. "Alta sensibilidad" significa que el individuo reacciona rápidamente y tiene un umbral bajo para una reacción emocional; Es decir, no se necesita mucho para provocar una reacción emocional. Es probable que los eventos que no molesten a muchas personas molesten a la persona emocionalmente vulnerable. El niño sensible reacciona emocionalmente incluso con una leve frustración o desaprobación. En el nivel de adultos, la salida del terapeuta el fin de semana puede provocar una respuesta emocional del paciente límite, pero no de la mayoría de los demás pacientes. Las implicaciones para la psicoterapia son, sospecho, obvias. La sensación, notada con frecuencia por los terapeutas y las familias de individuos límite, de tener que "caminar sobre los huevos" es el resultado de esta sensibilidad.

"Intensidad emocional" significa que las reacciones emocionales son extremas. Los individuos emocionalmente intensos son las personas dramáticas del mundo. En el lado negativo, las separaciones pueden precipitar un dolor muy intenso y doloroso; lo que causaría una ligera vergüenza para otro puede causar una profunda humillación; la molestia puede volverse rabia; la vergüenza puede desarrollarse por culpas leves; la aprehensión puede escalar a un ataque de pánico o terror incapacitante. En el lado positivo, los individuos emocionalmente intensos pueden ser idealistas y es probable que se enamoren en un abrir y cerrar de ojos. Pueden experimentar la alegría más fácilmente y, por lo tanto, también pueden ser más susceptibles a las experiencias espirituales.

Varios investigadores han descubierto que los aumentos en la excitación e intensidad emocional reducen la atención, por lo que los estímulos relevantes para la emoción se vuelven más destacados y tienen más atención (Easterbrook, 1959; Bahrick, Fitts y Rankin, 1952; Bursill, 1958; Callaway & Stone, 1960; Cornsweet, 1969; McNamara & Fisch, 1964). Cuanto más fuerte sea la excitación y mayor sea la intensidad, más estrecha será la atención. Clínicamente, estos fenómenos parecen excepcionalmente característicos de individuos límite. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas tendencias no son patológicas en sí mismas; son características de cualquier individuo durante la excitación emocional extrema. La relativa escasez de teoría e investigación que examinen las emociones como antecedente de las cogniciones, en comparación con la cantidad abundante de investigaciones de las cogniciones como precursoras de la emoción, puede ser la consecuencia de nuestra visión occidental de la conducta individual como producto de la mente racional (Lewis, Wolan-Sullivan, & Michalson, 1984).

"Retorno lento a la línea de base emocional" significa que las reacciones son duraderas. Es importante señalar aquí, sin embargo, que todas las emociones son relativamente breves, y duran desde segundos hasta minutos. Lo que hace que una emoción se sienta duradera es que la activación emocional, o el estado de ánimo, tiende a tener un efecto generalizado en varios procesos cognitivos, que a su vez están relacionados con la activación y reactivación de los estados emocionales. Bower y sus colegas (Bower, 1981; Gilligan y Bower, 1984) han revisado una gran cantidad de estudios de investigación que indican que los estados emocionales (1) sesga selectivamente el recuerdo con un tono afectivo, lo que resulta en una memoria superior cuando el estado emocional recordado coincide con el estado de aprendizaje; (2) mejora el aprendizaje del material congruente con el estado de ánimo; y (3) puede sesgar interpretaciones, fantasías, proyecciones, asociaciones libres, pronósticos personales y juicios sociales de una manera congruente con el actual estado de ánimo. Las emociones también pueden autoperpetuarse más entre los individuos límites debido a la mayor intensidad de sus respuestas emocionales, como se sugirió anteriormente. Con un alto grado de excitación emocional, se puede atender de manera selectiva el entorno (incluida la conducta del terapeuta), de modo que se atiendan las acciones y los eventos que concuerdan con la corriente primaria actual y se descuiden otros aspectos.

El efecto del estado de ánimo en los procesos cognitivos tiene sentido en vista de la teoría de que las emociones son respuestas de todo el sistema. Una emoción integra todo el sistema a su favor. En algunos sentidos, es bastante sorprendente que alguna emoción termine, ya que las emociones, una vez iniciadas, se retiran repetidamente. Un lento retorno a la línea de base emocional exacerba este efecto reactivador; también contribuye a una alta sensibilidad al siguiente estímulo emocional. Esta característica puede ser muy importante en el tratamiento. No es inusual que un paciente límite diga que toma varios días recuperarse de una sesión de psicoterapia.

Modulación de la emoción

La investigación sobre la conducta emocional sugiere que la regulación de la emoción requiere dos estrategias un tanto paradójicas. El individuo debe primero aprender a experimentar y etiquetar las emociones que están integradas en los sistemas neurofisiológicos de las emociones y de las conductas. Luego, el individuo debe aprender a reducir los estímulos emocionalmente relevantes que sirven para reactivar y aumentar las emociones negativas que están en curso o para desencadenar respuestas emocionales disfuncionales secundarias. Una vez que se activa una emoción intensa, el individuo debe ser capaz de inhibir o interferir con la activación de las imágenes, las ideas, las evaluaciones y las expectativas posteriores, además de las acciones sucesivas.

Las emociones básicas son fugaces y generalmente adaptables (Ekman, Friesen y Ellsworth, 1972; Buck, 1984). La inhibición constante o el truncamiento de las emociones negativas parece tener una serie de consecuencias disfuncionales. Primero, la inhibición puede llevar a la negligencia de una situación problemática instigando la emoción. Un individuo que nunca experimenta ira ante la injusticia es menos probable que recuerde situaciones injustas. Las situaciones que son verdaderamente peligrosas no pueden evitarse si el miedo no se experimenta. Las disculpas nunca pueden darse y las relaciones pueden dejarse sin reparar cuando la culpa o la vergüenza siempre se corta antes de que pueda afectar la conducta de una persona dentro de una relación.

Segundo, la inhibición o el truncamiento de las emociones negativas sirve para aumentar la evitación emocional. Si el individuo ha aprendido una reacción emocional secundaria a las emociones negativas, la inhibición de la emoción original elimina cualquier posibilidad de volver a aprender. El paradigma es similar al paradigma del aprendizaje del escape. Los animales a los que se les enseña a escapar de una cámara por tener una descarga en sus pies cada vez que entran en la cámara dejarán de entrar en la cámara; si posteriormente se apaga el aparato de choque, los animales nunca se unirán a las nuevas contingencias. Deben entrar en la cámara para que ocurra un nuevo aprendizaje. La familia invalidante (que describo más adelante) es muy parecida al aparato de choque en el paradigma del aprendizaje de escape. Las personas límite aprenden a evitar señales emocionales negativas; se convierten en fóbicos de emociones negativas. Sin embargo, sin experimentar las emociones negativas, el individuo no logra reconocer que puede tolerar las emociones y que el castigo no seguirá a su expresión.

Tercero, simplemente no conocemos los resultados de la inhibición emocional y el truncamiento a largo plazo. Se necesita desesperadamente investigaciones. Existe cierta evidencia de que la experiencia emocional y la catarsis conducen a estados emocionales negativos menos estresantes. También hay evidencia de que la catarsis emocional aumenta la emocionalidad en lugar de reducirla (vea Bandura, 1973, para una revisión de esta investigación). Bajo qué condiciones la experiencia emocional mejora o interfiere con el progreso terapéutico es una pregunta importante que no se ha abordado adecuadamente.

John Gottman y Lynn Katz (1990) han descrito cuatro actividades o habilidades de modulación emocional. Estas incluyen las habilidades para (1) inhibir la conducta inapropiada relacionado con una fuerte emoción negativa o positiva, (2) autorregular la activación fisiológica asociada con la emoción, (3) reenfocar la atención en presencia de una emoción fuerte y (4) organizarse para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo, no dependiente del estado de ánimo.

El principio de cambiar o modular las experiencias emocionales cambiando o resistiendo la conducta relacionada con la emoción es uno de los principios importantes que subyacen a las técnicas de exposición de la terapia conductual. Además de aumentar directamente la emocionalidad, la conducta inadecuada, dependiente del estado de ánimo, generalmente lleva a consecuencias que provocan otras emociones no deseadas. La acción coordinada al servicio de un objetivo externo sirve para que la vida siga avanzando. Por lo tanto, tal conducta tiene el potencial a largo plazo de mejorar las emociones positivas, disminuir el estrés y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad a la emocionalidad. Además, tal acción es lo opuesto a la conducta dependiente del estado de ánimo, y por lo tanto es un ejemplo de acción de uno mismo para sentirse diferente. Discuto estos principios en detalle en el Capítulo 11.

Cambiar las emociones al cambiar la excitación fisiológica es el principio detrás de una serie de estrategias terapéuticas para el cambio de la emoción, como las terapias de relajación (incluida la desensibilización), algunos medicamentos y el entrenamiento de la respiración en el tratamiento del trastorno de pánico. La capacidad de modificar la excitación fisiológica asociada con la emoción significa

que el individuo puede no solo reducir la alta excitación asociada con algunas emociones, como la ira y el miedo (es decir, calmarse), sino también aumentar la baja excitación asociada con otras emociones, como la tristeza y depresión (es decir, "acelerar", por así decirlo). Por lo general, esto requerirá la capacidad de forzar la actividad, incluso cuando la persona no está de humor. Por ejemplo, una de las técnicas básicas en la terapia cognitiva de la depresión es la programación de actividades.

Muchos han señalado el importante papel de controlar la atención como una forma de regular el contacto con estímulos emocionales (por ejemplo, Derryberry & Rothbart, 1984, 1988). Cambiar la atención hacia un estímulo positivo puede mejorar o mantener la excitación y la emoción positiva; alejarlo de un estímulo negativo puede atenuar o contener la excitación y la emoción negativas. Por lo tanto, los individuos con control sobre la atención y el cambio de atención, dos procesos relacionados pero distintos (Posner, Walker, Friedrich y Rafal, 1984) tienen una ventaja en la regulación de las respuestas emocionales. A su vez, las diferencias individuales en el control de la atención son evidentes desde los primeros años de vida (Rothbart y Derryberry, 1981) y aparecen como características temperamentales estables en adultos (Keele y Hawkins, 1982; Derryberry, 1987; MacLeod, Mathews, y Tata, 1986). Este punto es particularmente interesante, a la luz de los datos revisados por Nolen Hoeksema (1987) que sugieren diferencias de género en los conjuntos de respuestas de atención bajo estrés. Ella concluye que, al menos cuando están deprimidas, las mujeres tienen una respuesta más reflexiva que los hombres. La rumia sobre el estado de ánimo depresivo, genera explicaciones deprimentes que aumentan aún más la depresión y conducen a una mayor impotencia en tareas futuras (Diener y Dweck, 1978). En contraste, los hombres son más propensos a participar en conductas que distraen y que disminuyen el estado de ánimo depresivo. Parece razonable suponer que una incapacidad para distraerse de los estímulos negativos y emocionalmente sensibles puede ser una parte importante de la desregulación emocional que se encuentra entre los individuos límite.

Fundamentos Biológicos

Los mecanismos de desregulación emocional en el TLP no están claros, pero las dificultades en la reactividad del sistema límbico y el control de la atención pueden ser importantes. El sistema de regulación emocional es complejo, y no hay una razón a priori para esperar que la disfunción sea el resultado de un factor común en todos los individuos límite. Las causas biológicas podrían ir desde influencias genéticas hasta eventos intrauterinos desfavorables hasta efectos ambientales en la primera infancia sobre el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso.

Cowdry et al. (1985) informan datos que sugieren que algunos individuos límite pueden tener un umbral bajo para la activación de estructuras límbicas, el sistema cerebral asociado con la regulación emocional. En particular, observan la superposición entre los síntomas de las crisis parciales complejas, el descontrol episódico y el TLP. Los beneficios positivos en individuos borderline con anticonvulsivos (carbamazepina) cuyos efectos neurofisiológicos se sabe que se encuentran en el área límbica prestan un mayor apoyo a esta noción (Gardner y Cowdry, 1986, 1988).

Otros investigadores han informado que los pacientes con TLP tienen significativamente más arritmias electroencefalográficas (EEG) que sus pacientes deprimidos que eran los controles (Snyder y Pitts, 1984; Cowdry et al., 1985). Andrulonis y sus colegas (Andrulonis et al., 1981; Akiskal et al., 1985a, 1985b) han intentado vincular las disfunciones de base neurológica con el TLP. Sin embargo, no emplearon grupos de comparación, por lo que es difícil interpretar sus hallazgos. En contraste, Cornelius et al. (1989) revisaron varios estudios en los que los pacientes límite se compararon con pacientes que presentaban otros trastornos psiquiátricos. En general, no reportaron diferencias en el EEG; no hay

diferencias en el retraso mental familiar, la epilepsia o los trastornos neurológicos; no hay diferencias en una amplia batería de pruebas que evalúan las áreas principales del funcionamiento cognitivo; y no hay diferencias en las historias generales de desarrollo neurológico. Curiosamente, Cornelius et al. informaron datos que indican el inicio temprano de los patrones conductuales de tipo límite entre los pacientes límite. Por ejemplo, las rabietas de la infancia y el balanceo persistente o los golpes en la cabeza fueron más frecuentes entre los niños diagnosticados más tarde con TLP que entre los que luego fueron diagnosticados como depresivos o esquizofrénicos.

Otra estrategia de investigación que intenta localizar influencias biológicas de la conducta es la comparación de varias disfunciones conductuales en los miembros de la familia de la población de interés. Los estudios de familiares de primer grado de pacientes borderline han encontrado mayores prevalencias de trastornos afectivos (Akiskal, 1981; Andrulonis et al., 1981; Baron, G men, Asnis & Lord, 1985; Loranger, Oldham, & Tuhs, 1982; Pope et al., 1983; Schulz et al., 1986; Soloff & Millward, 1983; Stone, 1981), de rasgos de personalidad estrechamente relacionados, tales como características histriónicas y antisociales (Links, Steiner y Huxley, 1988; Loranger et al., 1982 ; Pope et al., 1983; Silverman et al., 1987), y de trastorno de personalidad límite (Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz y Frankenburg, 1988) que entre familiares de grupos de control. Sin embargo, muchos otros investigadores no han podido encontrar asociaciones similares cuando todas las características relevantes han sido controladas (ver Dahl, 1990, para una revisión de esta literatura). Un estudio doble realizado por Torgersen (1984) apoya un modelo psicosocial sobre un modelo genético de transmisión. Ha habido poca o ninguna investigación que intente vincular las funcionalidades temperamentales de individuos límite con datos sobre la etiología genética y biológica de esos atributos temperamentales particulares. Tal investigación es muy necesaria.

Sin embargo, otros factores además de los genes pueden ser igualmente importantes para determinar el funcionamiento neurofisiológico, especialmente en el sistema de regulación emocional. Sabemos, por ejemplo, que las características del entorno intrauterino pueden ser cruciales en el desarrollo del feto. Además, estas características influyen en los patrones conductuales a posteriori del individuo. Sólo unos pocos ejemplos harán mi punto aquí. El síndrome alcoholisco-fetal, caracterizado por retraso mental e hiperactividad, impulsividad, distracción, irritabilidad, retraso en el desarrollo y trastornos del sueño, es causado por la ingestión materna de alcohol en exceso (Abel, 1981, 1982). Disfunciones similares se observan regularmente en bebés de madres drogadictas (Howard, 1989). Hay evidencia acumulada de que el estrés ambiental experimentado por la madre durante el embarazo puede tener efectos perjudiciales en el desarrollo posterior del niño (Davids y Devault, 1962; Newton, 1988).

Las experiencias postnatales también pueden tener importantes consecuencias biológicas. Se ha establecido bien que los eventos y condiciones ambientales radicales pueden modificar las medidas neuronales (Dennenberg, 1981; Greenough, 1977). Hay pocas razones para dudar de que las estructuras y funciones neuronales relacionadas con los comportamientos emocionales se ven afectadas de manera similar por las experiencias del entorno (ver Malatesta e Izard, 1984 para una revisión). La relación entre el trauma ambiental y la regulación emocional es particularmente relevante en el caso del TLP, dada la prevalencia del abuso sexual infantil en esta población, un tema que trataré más adelante en este capítulo.

Trastorno Límite de la personalidad y entornos invalidantes

La imagen temperamental del adulto limite es bastante similar a la del "niño difícil" descrito por Thomas and Chess (1985). A partir de sus estudios de las características temperamentales de los bebés, identificaron a los niños difíciles como el "grupo con irregularidad en las funciones biológicas, respuestas de abstinencia negativas a nuevos estímulos, no adaptabilidad o adaptabilidad lenta al cambio, y

expresiones de humor intensas que con frecuencia son negativas" (pág. 219). En su investigación, este grupo comprendió aproximadamente el 10% de su muestra. Sin embargo, no todos los niños con un temperamento difícil crecen para cumplir con los criterios para TLP. Aunque la mayoría (70%) de los niños difíciles estudiados por Chess y Thomas (1986) tuvieron trastornos de conducta durante la infancia, la mayoría de estos niños mejoraron o se recuperaron en la adolescencia. Además, como señalan Chess y Thomas, los niños que originalmente no tienen un temperamento difícil pueden adquirir uno a medida que se desarrollan.

Thomas y Chess han sugerido que el "buen ajuste" o el "pobre ajuste" del niño con el medio ambiente es crucial para comprender el funcionamiento del comportamiento a posteriori. El buen ajuste resulta cuando las propiedades del entorno del niño, sus expectativas y demandas están de acuerdo con las capacidades, características y el estilo de comportamiento del individuo. El desarrollo óptimo y el funcionamiento del comportamiento son los resultados. En contraste, el pobre ajuste resulta cuando hay discrepancias y disonancias entre las oportunidades y demandas ambientales y las capacidades y características del niño. En estos casos, se producen disfuncionalidad y mala adaptación (Thomas & Chess, 1977; Chess & Thomas, 1986). Es esta noción de "pobre ajuste" propongo como crucial entender el desarrollo del TLP. Pero, ¿qué tipo de entorno constituiría un "ajuste inadecuado" que llevaría a este trastorno en particular? Propongo que un "entorno de invalidación" es más probable que facilite el desarrollo de TLP.

Características de los ambientes de invalidación.

Un entorno de invalidación es aquel en el que la comunicación de experiencias privadas se cumple con respuestas erráticas, inapropiadas y extremas. En otras palabras, la expresión de experiencias privadas no está validada; en cambio, a menudo es castigada y / o trivializada. La experiencia de las emociones dolorosas, así como los factores que a la persona emocional le causa angustia emocional, no se tienen en cuenta. Se descartan las interpretaciones de la persona sobre su propia conducta, incluida la experiencia de los intentos y motivaciones asociadas con la conducta.

La invalidación tiene dos características principales. Primero, le dice a la persona que está equivocada tanto en su descripción como en su análisis de sus propias experiencias, particularmente en sus puntos de vista de lo que está causando sus propias emociones, creencias y acciones. En segundo lugar, atribuye sus experiencias a características o rasgos de personalidad socialmente inaceptables. El entorno puede insistir en que la persona sienta lo que dice que no siente ("Estás enojada, pero no lo admites"), le gusta o prefiere lo que ella dice que no le gusta (el proverbio "Cuando ella dice que no, ella quiere decir que sí"), o ha hecho lo que ella dijo que no hizo. Las expresiones emocionales negativas pueden atribuirse a rasgos tales como la reactividad y sensibilidad excesiva, paranoia, visión distorsionada de los acontecimientos o incapacidad de adoptar una actitud positiva. Las conductas involuntarias que tienen consecuencias negativas o dolorosas para otros pueden ser atribuidas a motivos hostiles o manipuladores. El fracaso, o cualquier desviación del éxito socialmente definido, se clasifica como resultado de la falta de motivación, falta de disciplina, no esforzarse lo suficiente, o cosas por el estilo. Las expresiones emocionales positivas, las creencias y los planes de acción pueden ser invalidados de manera similar al ser atribuidos a la falta de discriminación, ingenuidad, sobreidealización o inmadurez. En cualquier caso, las experiencias privadas y las expresiones emocionales del individuo no se consideran respuestas válidas a los eventos.

Los ambientes que invalidan emocionalmente son generalmente intolerantes a las demostraciones emocionales negativas, al menos cuando tales exhibiciones no están acompañadas por eventos públicos

que apoyan la emoción. La actitud comunicada es como la creencia de que cualquier persona que se esfuerce lo suficiente puede hacerlo. El dominio individual y los logros son altamente valorados, respetando el control de la expresividad emocional y las exigencias limitantes del entorno. Los miembros del ambiente que invalida este tipo de expresión a menudo son vigorosos al promulgar su punto de vista y comunican activamente la frustración por la incapacidad de un individuo para adherirse a un punto de vista similar. Se concede gran valor a ser feliz, o al menos sonreír ante la adversidad; a creer en la capacidad de uno para lograr cualquier objetivo, o al menos nunca "ceder" a la desesperanza; y, sobre todo, al poder de una "actitud mental positiva" para superar cualquier problema. El no cumplir con estas explicaciones lleva a la desaprobación, la crítica y los intentos de parte de otros para provocar o forzar un cambio de actitud. Las demandas que una persona puede colocar en estos entornos suelen ser muy restrictiva.

Este patrón es muy similar al patrón de alta "emoción expresada", que se encuentra en las familias de los depresivos y esquizofrénicos con altas tasas de recaída (Leff y Vaughn, 1985). El trabajo con emoción expresada sugiere que tal constelación familiar puede ser extremadamente poderosa con el individuo vulnerable. "Emoción expresada", en esa literatura, se refiere a la crítica y el exceso de participación. La noción aquí incluye esos dos aspectos, pero además no reconoce el estado actual del individuo. La consecuencia es que los comportamientos de los demás, incluidos los cuidadores, en el entorno del individuo no solo invalidan las experiencias del individuo, sino que tampoco responden a las necesidades del individuo.

Algunos ejemplos clínicos pueden proporcionar una mejor idea de lo que quiero decir aquí. Durante una sesión familiar con una mujer límite que tenía antecedentes de alcoholismo y frecuentes intentos graves de suicidio, su hijo comentó que simplemente no entendía por qué no podía dejar que los problemas "den vuelta", ya que él, su hermano y su padre lo habían hecho. Un gran número de pacientes en mi proyecto de investigación fueron activamente disuadidos de ir a la psicoterapia por sus padres. A una paciente de 18 años que había sido hospitalizada varias veces, tenía antecedentes de numerosos intentos de hacerse daño, era hiperactiva y disléxica, y estaba muy involucrada en el cultivo de drogas. Después de las sesiones de terapia grupal, sus padres le dijeron semanalmente que no necesitaba terapia y que podía enderezarse sola si realmente lo deseaba. "Hablar de problemas solo empeora los problemas", dijo su padre. Mientras crecía se le dijo a otra paciente que si lloraba cuando se lastimaba jugando, su madre le daría una razón "real" para llorar: si las lágrimas continuaban, su madre la golpeaba.

Consecuencias del ambiente invalidante.

Las consecuencias de los entornos invalidantes son las siguientes. Primero, al no validar la expresión emocional, un ambiente invalidante no enseña al niño a etiquetar las experiencias privadas, incluidas las emociones, de una manera normativa en su comunidad que tiene las mismas experiencias o experiencias similares. Tampoco se enseña al niño a modular la excitación emocional. Debido a que no se reconocen los problemas del niño emocionalmente vulnerable, se hacen pocos esfuerzos para intentar resolver los problemas. Se le dice al niño que controle sus emociones, en lugar de que se le enseñe exactamente cómo hacerlo. Es un poco como decirle a un niño sin piernas que camine sin darle piernas artificiales para que lo haga. La no aceptación o simplificación excesiva de los problemas originales excluye el tipo de atención, apoyo y entrenamiento diligente que un individuo necesita. Por lo tanto, el niño no aprende a etiquetar o controlar adecuadamente las reacciones emocionales.

En segundo lugar, al simplificar en exceso la facilidad para resolver los problemas de la vida, el ambiente no enseña al niño a tolerar la angustia ni a formar metas y expectativas realistas.

En tercer lugar, dentro de un entorno de invalidación, a menudo son necesarias demostraciones emocionales extremas y / o problemas extremos para provocar una respuesta ambiental útil. Así, las contingencias sociales favorecen el desarrollo de reacciones emocionales extremas. Al castigar erráticamente la comunicación de las emociones negativas y reforzar intermitentemente las demostraciones de emociones extremas o intensificadas, el entorno enseña al niño a oscilar entre la inhibición emocional por un lado y los estados emocionales extremos por el otro.

Finalmente, tal ambiente no le enseña al niño cuándo confiar en sus propias respuestas emocionales y cognitivas como reflejos de interpretaciones válidas de eventos individuales y situacionales. En su lugar, el entorno de invalidación le enseña al niño a invalidar activamente sus propias experiencias y a buscar en su entorno social pistas sobre cómo pensar, sentir y actuar. La capacidad de una persona para confiar en sí misma, al menos mínimamente, es crucial; Al menos ella tiene que tomar la decisión de no confiar en sí misma. Por lo tanto, la invalidación se experimenta generalmente como aversiva. Las personas que están invalidadas generalmente abandonarán el entorno de invalidación, intentarán cambiar su conducta para que cumpla con las expectativas de su entorno, o intentarán demostrar su validez y, de ese modo, reducir la invalidación del entorno. El dilema límite surge cuando el individuo no puede abandonar el ambiente y no logra cambiar el entorno o su propia conducta para satisfacer las demandas del entorno.

Tal vez parezca que ese entorno produciría un adulto con un trastorno de personalidad dependiente en lugar de un TLP. Sospecho que tal resultado sería probable con un niño menos vulnerable emocionalmente. Pero con un niño emocionalmente intenso, la información que invalida el entorno casi siempre compite con un mensaje igualmente fuerte de las respuestas emocionales del niño: "Puedes decirme que lo que hiciste fue un acto de amor, pero mis sentimientos de dolor, terror y rabia me dicen que no fue amoroso. Puedes decirme que puedo hacerlo; y no es gran cosa, pero mi pánico dice que no puedo y lo es.

El individuo emocionalmente vulnerable e invalidado está en un vínculo similar al del individuo con sobrepeso en nuestra sociedad. La cultura (incluidos los anuncios diarios de reducción de peso en TV y radio) y los miembros delgados de la familia le dicen repetidamente a la persona obesa que perder peso es fácil; y mantenerlo requiere solo un poco de fuerza de voluntad. Se piensa que un peso corporal sobre el ideal cultural es la marca de una persona glotona, perezosa o indisciplinada. Un millar de dietas, hambre intensa durante la dieta, esfuerzos hercúleos para adelgazar y mantenerse delgado, y un cuerpo que recupera peso al comer una caloría dice lo contrario. ¿Cómo responde la persona obesa a este doble mensaje?

Variedades de Sexismo: Experiencias Invalidantes Prototípicas

La prevalencia de TLP entre las mujeres requiere que examinemos el posible papel del sexismo en su etiología. Ciertamente, el sexismo es una fuente importante de invalidación para todas las mujeres en nuestra cultura; con la misma certeza, todas las mujeres no llegan a ser límites. Tampoco todas las mujeres con temperamento vulnerable se vuelven límites, a pesar de que todas las mujeres están expuestas al sexismo de una forma u otra. Sospecho que la influencia del sexismo en la etiología del TLP depende de otras características del niño vulnerable, así como de las circunstancias del sexismo en la familia que cría a la niña.

Abuso sexual. La forma más extrema de sexismo es, por supuesto, el abuso sexual. El riesgo de abuso sexual es aproximadamente de dos a tres veces mayor para las mujeres que para los hombres (Finkelhor, 1979). La prevalencia del abuso sexual infantil en las historias de mujeres que cumplen con

los criterios para TLP es tal que simplemente no puede ignorarse como factor importante en la etiología del trastorno. De los 12 pacientes borderline hospitalizados evaluados por Stone (1981), 9, o 75%, informaron antecedentes de incesto. En un estudio realizado por Bryer, Nelson, Miller y Krol (1987), un 86% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados informaron abuso sexual infantil. Entre los pacientes ambulatorios límites, del 67% al 76% informaron abuso sexual en la infancia (Herman, Perry y van der Kolk, 1989; Wagner, Linehan y Wasson, 1989), en contraste con una tasa de 26% entre los pacientes no límite (Herman et al. al., 1989). Ogata, Silk, Goodrich, Lohr y Westen (1989) encontraron que el 71% de los pacientes límite reportaron antecedentes de abuso sexual, en comparación con el 22% de los pacientes control con depresivo mayor.

Aunque en los datos epidemiológicos, las niñas no tienen mayor riesgo de abuso físico que los niños, un estudio encontró que las tasas de abuso físico infantil reportadas son más altas entre los pacientes límite (71%) que entre los pacientes no límite (38%) (Herman et al., 1989). Además, existe una asociación positiva entre el abuso físico y el abuso sexual (Westen, Ludolph, Misle, Ruffin y Block, 1990), lo que sugiere que las personas en riesgo de abuso sexual también corren un mayor riesgo de abuso físico. Bryer et al. (1987), sin embargo, encontraron que mientras el abuso sexual temprano predijo el diagnóstico de TLP, la combinación de abuso sexual y físico no lo hizo. Ogata et al. (1989) también informaron tasas similares de abuso físico en pacientes límites y deprimidos. Por lo tanto, puede ser que el abuso sexual, en contraste con otros tipos de abuso, esté asociado de manera única con el TLP. Se necesita mucha más investigación aquí para aclarar la relación.

Se ha encontrado una conexión muy similar entre el abuso sexual infantil y las conductas suicidas (incluidos los parasuicidas). Las víctimas de tal abuso tienen tasas más altas de intentos de suicidio que las que no son víctimas de abuso (Edwall, Hoffmann y Harrison, 1989; Herman & Hirschman, 1981; Briere y Runtz, 1986; Briere, 1988); hasta el 55% de estos casos intentan suicidarse. Además, las mujeres abusadas sexualmente tienen parasuicidios más grave desde el punto de vista médico (Wagner et al., 1989). Bryer et al. (1987) encontraron que el abuso infantil (tanto sexual como físico) predecía la conducta suicida en adultos. Las personas con ideación suicida o parasuicida tenían tres veces más probabilidades de haber sido abusadas en la infancia que los pacientes sin tales conductas.

Aunque generalmente se considera un factor de estrés social, el abuso infantil puede desempeñar un papel poco obvio como causa de vulnerabilidad fisiológica de desregulación emocional. El abuso puede no solo ser patógeno para personas con temperamentos vulnerables; puede "provocar" vulnerabilidad emocional al afectar y cambiar el sistema nervioso central. Shearer, Peters, Quaytman y Ogden (1990) sugieren que el trauma perpetuo puede alterar fisiológicamente el sistema límbico. Por lo tanto, el estrés crónico y grave puede tener efectos adversos permanentes en la excitación, la sensibilidad emocional y otros factores del temperamento.

El abuso sexual, como ocurre en nuestra cultura, es quizás uno de los ejemplos más claros de invalidación extrema durante la infancia. En el caso típico de abuso sexual, la víctima cuenta que abusaron sexualmente, pero se le dice que no debe decirle a nadie más. El abuso rara vez es reconocido por otros miembros de la familia, y si la niña informa del abuso, corre el riesgo de que no le crean o que sea culpada (Tsai y Wagner, 1978). Es difícil imaginar una experiencia más invalidante para el niño típico. De manera similar, el abuso físico a menudo se presenta al niño como un acto de amor o está normalizado por el adulto abusivo. Algunos clínicos han sugerido que el secreto del abuso sexual puede ser el factor más relacionado con el desarrollo de TLP. Jacobson y Herald (1990) informaron que, de 18 pacientes psiquiátricos hospitalizados con historias de abuso sexual importante en la infancia, el 44% nunca había revelado la experiencia a nadie. Los sentimientos de vergüenza se encuentran entre las víctimas de abuso

sexual (Edwall et al., 1989) y pueden explicar el hecho de no revelar el abuso. No podemos excluir el componente de invalidación del abuso sexual como contribuyente del TLP.

Imitación parental de los bebés. Las tendencias de los padres a imitar las conductas emocionalmente expresivas de un bebé constituyen un factor importante en el desarrollo emocional óptimo (Malatesta y Haviland, 1982). La falta de imitación o la imitación no congruente, la primera de las cuales es la falta de validación y la última de la cual es la invalidación, se relaciona con un desarrollo menos óptimo. Curiosamente, con respecto a las diferencias de género en la incidencia del TLP, las madres tienden a mostrar una respuesta más contingente a las sonrisas de los hijos que a las sonrisas de las hijas y a imitar las expresiones de los hijos con más frecuencia que a la de las hijas (Malatesta y Haviland, 1982).

Dependencia e independencia: Invalidando (e imposibilitando) los ideales culturales para las mujeres. Los datos de la investigación son abrumadores al confirmar grandes diferencias entre los estilos de relación interpersonal masculina y femenina. Flaherty y Richman (1989) han revisado datos extensos en las áreas de la conducta y evolución de primates, estudios del desarrollo, paternidad y apoyo social de adultos y salud mental. Concluyen que las diversas experiencias de socialización, desde la infancia, hacen que las mujeres estén más conectadas y sean más perceptivas en la esfera interpersonal que los hombres. La relación entre recibir apoyo social de otros y el bienestar personal y, a la inversa, la relación del apoyo social y las quejas somáticas, la depresión y la ansiedad son más fuertes para las mujeres que para los hombres. Es decir, mientras que el grado de apoyo social recibido no está estrechamente relacionado con el funcionamiento emocional entre los hombres, está altamente relacionado con el bienestar emocional entre las mujeres. En particular, Flaherty y Richman (1989) encontraron que el componente de intimidad del apoyo social está más estrechamente asociado con el bienestar entre las mujeres. Al revisar la investigación sobre la afirmación y las mujeres, Kelly Egan y yo llegamos a la conclusión de que el comportamiento de las mujeres en grupos o díadas es consistente con un énfasis en mantener relaciones casi excluyendo el logro de los objetivos de la tarea, como resolver problemas o persuadir a otros (Linehan y Egan, 1979).

Dada la prevalencia de la vinculación interpersonal y la importancia del apoyo social (de hecho, cruciales), las dimensiones de las mujeres bien adaptadas, se puede hacer esta pregunta: ¿Qué sucede con las mujeres a las que no se les brinda el apoyo social que necesitan o se les enseña que su propia necesidad de apoyo social no es saludable en sí misma? Justamente tales situaciones parecen existir. Casi sin excepción, la independencia interpersonal para hombres y mujeres es considerada como el ideal de conducta "saludable". Las características femeninas, como la dependencia interpersonal y la confianza en los demás, que, como se señaló anteriormente, se relacionan positivamente con la salud mental de las mujeres, generalmente se perciben como "poco saludables" (Widiger y Settle, 1987). Valoramos tanto la independencia que aparentemente no podemos concebir la posibilidad de que una persona pueda tener demasiada independencia. Por ejemplo, aunque hay un "trastorno de personalidad dependiente" en el DSM-IV, no existe el "trastorno de personalidad independiente".

Este énfasis en la independencia como conducta normativa es único y generalizado en la cultura occidental (Miller, 1984; ver Sampson, 1977, para una revisión de esta literatura). De hecho, se puede concluir que la conducta femenina normativa, al menos la parte que tiene que ver con las relaciones interpersonales, está en una colisión con los valores culturales occidentales actuales. No es de extrañar que muchos han llegado a experimentar conflictos por cuestiones de independencia y dependencia. De hecho, parece que hay una "pobreza en el ajuste" entre el estilo interpersonal de las mujeres y la socialización occidental y los valores culturales de la conducta del adulto. Sin embargo, es interesante que

la patología se coloque a las puertas de las mujeres en conflicto, en lugar de la de una sociedad que parece estar alejándose cada vez más de la valoración de la dependencia comunitaria y la interpersonal.

Feminidad y sesgo. El sexismo puede ser un problema especial para aquellas mujeres cuyos talentos son aquellos generalmente recompensados en los hombres, pero a menudo ignorados o invalidados en las mujeres. Por ejemplo, la habilidad mecánica, los logros deportivos, el interés en las matemáticas y la ciencia, y el pensamiento lógico y orientado a la tarea se valoran más en los hombres que en las mujeres. Cualquier sentido de orgullo o logro puede ser fácilmente invalidado en mujeres con tales características. Una situación aún peor ocurre cuando estos talentos valorados en los hombres no se combinan con los talentos e intereses valorados en las mujeres (por ejemplo, el interés en aparecer con habilidades atrayentes, orientadas hacia el hogar). En tal situación, la niña no es recompensada por los talentos que tiene, y además es castigada por emitir "conductas no femeninas" o por no emitir conductas "femeninas". Cuando las conductas de la niña están ligadas a características temperamentales, ella está en más problemas. Por ejemplo, la gentileza, la suavidad, el afecto, la capacidad de respuesta a los demás, la empatía, la crianza, el alivio, y características similares son características asociadas a la "femineidad" y son altamente valoradas (Widiger & Settle, 1987; Flaherty & Richman, 1989); sin embargo, no son las características asociadas a un temperamento difícil.

Para la niña castigada por tener características que interfieren con su encuentro con el ideal cultural para las mujeres, la vida debe ser particularmente difícil cuando tiene hermanos que no son castigados por conductas idénticas o hermanas que cumplen sin esfuerzo los estándares de feminidad. La injusticia no debe perderse en estas situaciones. El entorno fuera del hogar hace poco en estos casos para mejorar el problema, ya que los mismos valores se mantienen en toda la cultura. Es difícil imaginar cómo una niña así no podría crecer creyendo que debe haber algo malo en ella. En mi experiencia clínica, solo este estado de cosas parece ser común entre los pacientes límites. Nos han sorprendido en nuestra clínica el número de pacientes que tienen talento en áreas muy valoradas en gran medida, pero poco en mujeres, como las actividades mecánicas e intelectuales. Nuestra terapia de grupo todas son mujeres, y un tema frecuente de discusión son las dificultades que los pacientes experimentaron cuando eran niñas porque sus intereses y talentos parecían más masculinos que femeninos. Otra experiencia común parece haber sido crecer en familias que valoraban a los niños más que a las niñas, o al menos les daba más margen de maniobra, más privilegios y menos castigo por las conductas que llevaban a las niñas al castigo. Aunque el sexismo es claramente un hecho, su relación con el TLP como lo describí aquí es tan claramente especulativa. Simplemente necesitamos más datos de investigación sobre este punto.

Tipos de familias invalidantes

Mis colegas y yo hemos observado tres tipos de familias invalidantes entre los pacientes de nuestra clínica: la familia "caótica", la familia "perfecta" y, con menos frecuencia, la familia "típica".

La familia "caótica". En la familia caótica, puede haber problemas con el abuso de sustancias, problemas financieros o padres que están fuera del hogar la mayor parte del tiempo; en cualquier caso, se da poco tiempo o atención a los niños. Por ejemplo, los padres de uno de mis pacientes pasaban casi todas las tardes y noches en una taberna local. Los niños regresaban de la escuela todos los días a una casa vacía y se los dejaba valerse por sí mismos para preparar sus alimentos y para manejar sus noches. A menudo iban a cenar con una abuela. Cuando los padres estaban en casa, eran volátiles; el padre estaba a menudo borracho; y podían tolerar pocas exigencias de los niños. Las necesidades de los niños en una familia así no se tienen en cuenta y, por lo tanto, se invalidan. Millon (1987a) ha sugerido que el aumento en las familias caóticas puede ser responsable del aumento en el TLP.

La familia "perfecta". En la familia "perfecta", los padres por una razón u otra no pueden tolerar exhibiciones emocionales negativas de sus hijos. Dicha postura puede ser el resultado de una serie de factores, entre ellos, otras demandas de los padres (como una gran cantidad de niños o trabajos estresantes), la incapacidad de tolerar el afecto negativo, el egocentrismo o miedos ingenuos de estropear a un niño con un temperamento difícil. En mi experiencia, cuando a los miembros de una familia así se les pregunta directamente acerca de sus sentimientos hacia el miembro de la familia límite, expresan una gran simpatía. Sin embargo, sin querer hacerlo, estos otros miembros a menudo expresan actitudes invalidantes consistentes, por ejemplo, expresan sorpresa de que la persona límite no puede simplemente "controlar sus sentimientos". Uno de esos miembros de la familia sugirió que los graves problemas de su hija se curarían si ella simplemente rezara más.

La familia "típica". Originalmente observé el estilo de invalidación en este ambiente, lo llamé el "síndrome de la forma estadounidense", ya que es tan frecuente en la cultura estadounidense. Sin embargo, cuando di una conferencia en Alemania, mis colegas alemanes me informaron que podría haberlo llamado el "síndrome de la manera alemana". Es muy probable que sea un producto de la cultura occidental en general. Varios teóricos de la emoción han comentado sobre la tendencia en las sociedades occidentales a enfatizar el control cognitivo de las emociones y centrarse en el logro y el dominio como criterios de éxito. El yo individualizado en la cultura occidental se define por los límites definidos entre el yo y los demás. En las culturas con esta visión, se supone que el comportamiento de las personas maduras está controlado por fuerzas internas en lugar de externas. "Autocontrol", en este contexto, se refiere a la capacidad de las personas para controlar su propio comportamiento mediante el uso de recursos y señales internas. Al definirse diferente uno mismo (por ejemplo, para definir el yo en relación con otros, o para ser dependiente de la esfera) es etiquetado como inmaduro y patológico o que es contrario a tener una buena salud o un buen funcionamiento social (Perloff, 1987). (Aunque esta concepción del yo individual impregna la cultura occidental, no es universal ni intercultural ni siquiera dentro de la cultura occidental misma).

Se debe tener en cuenta un punto clave sobre la familia que invalida. Dentro de los límites, un estilo cognitivo de invalidación no es perjudicial para todos o en todos los contextos. Las estrategias de control de la emoción utilizadas por una familia de este tipo pueden ser útiles a veces para la persona que se adapte a su temperamento y que puede aprender la actitud y el control emocional. Por ejemplo, la investigación de Miller y sus asociados (Efran, Chomey, Ascher y Lukens, 1981; Lamping, Molinaro y Stevenson, 1985; Miller, 1979; Miller y Managan, 1983; Phipps y Zinn, 1986) indica que los individuos que tienden a "desafiar" psicológicamente las señales relevantes de amenaza cuando se enfrentan a la posibilidad de eventos aversivos incontrolables muestran una excitación fisiológica, subjetiva y conductual más baja y menos sostenida que los individuos que tienden a monitorear o prestar atención a tales señales. Knussen y Cunningham (1988) han revisado investigaciones que indican que la creencia en el propio control de la conducta sobre los resultados negativos, en lugar de culpar a los demás (una creencia clave en la familia invalidante), está relacionada con resultados a futuro más favorables en una variedad de áreas. Por lo tanto, el control cognitivo de la emoción puede ser bastante efectivo en ciertas circunstancias. De hecho, este enfoque llevó al ferrocarril a través de los Estados Unidos, construyó la bomba, nos ayudó a muchos de nosotros a ir a la escuela y ¡montamos rascacielos en las grandes ciudades!

El único problema aquí es que el enfoque "solo funciona cuando funciona". Es decir, decirle a la persona que es capaz de afectar la autorregulación para controlar sus emociones es una propuesta bastante diferente que decirle esto a un individuo que no tiene esta capacidad. Por ejemplo, una madre con la que trabajaba tenía una hija de 14 años de edad con un temperamento "difícil" y una hija de 5 años con un temperamento "fácil". La hija mayor tuvo dificultades para enojarse, especialmente cuando su hermanita

se estaba burlando de ella. Estaba tratando de enseñarle a la madre a validar las relaciones emocionales de esta hija. Después de que la niña de 5 años colocó en el piso un rompecabezas complejo a la hija de 14, la niña mayor le gritó a su hermana y salió de la habitación, dejando a la hermana llorando. La madre informó felizmente que había "validado" las emociones de la hija mayor diciendo: "María, puedo entender por qué te enojaste. ¡Pero en el futuro, tienes que controlar tus explosiones!" Era difícil para la madre ver cómo había invalidado las dificultades de la hija para controlar sus emociones. En los casos de personas emocionalmente reactivas y vulnerables, los entornos de invalidación simplifican en gran medida los problemas de estas personas. Lo que otras personas logran hacer, controlar (las emociones y la expresión emocional), el individuo límite a menudo solo puede tener éxito esporádicamente.

Desregulación emocional y entornos invalidantes: un ciclo vicioso transaccional

Un análisis transaccional sugiere que un sistema que originalmente podría haber constituido un niño ligeramente vulnerable dentro de una familia ligeramente invalidante puede, con el tiempo, evolucionar a uno en el cual el entorno individual y familiar sea altamente sensible, vulnerable e inválido entre sí. Chess y Thomas (1986) describen una serie de formas en las que el niño temperamental, el niño que se va enojando lentamente, el niño que se puede distraer y el niño persistente pueden abrumar, amenazar y desorganizar a los padres que de otra manera los nutrirían. Patterson (1976; Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984) también ha escrito extensamente sobre las conductas interactivas del niño y la familia que conducen a patrones conductuales mutuamente coercitivos por parte de todas las partes del sistema. Con el tiempo, los niños y los cuidadores moldean y refuerzan las conductas extremas y coercitivas entre sí. A su vez, estas conductas coercitivas exacerbaban aún más el sistema de invalidación y coercitivo, lo que lleva a más, no menos, conductas disfuncionales dentro de todo el sistema. Uno recuerda una cita bíblica: "... para cualquiera que tenga se le dará más; de cualquiera que no lo haya hecho, incluso lo que él cree que tendrá será quitado" (Lucas 8:18; La Biblia de Jerusalén, 1966).

No hay duda de que un niño emocionalmente vulnerable impone exigencias al medio ambiente. Los padres u otros cuidadores deben ser más vigilantes, más pacientes, más comprensivos y flexibles, y más dispuestos a poner sus propios deseos en espera temporal para el niño cuando estos deseos superan las capacidades del niño. Desafortunadamente, lo que sucede a menudo es que la respuesta del niño a la invalidación en realidad refuerza la conducta de invalidación de la familia. Decirle a un niño que sus sentimientos son estúpidos o injustificados a veces tranquiliza al niño. Muchas personas, incluidas las personas con vulnerabilidad emocional, a veces se retiran y parecen sentirse mejor cuando sus emociones se vuelven leves. La invalidación es aversiva, y por lo tanto suprime el comportamiento que sigue.

El entorno "controlador" descrito por Chess and Thomas (1986) es una variación o ejemplo extremo del entorno de invalidación descrito aquí. El ambiente de control moldea constantemente el comportamiento del niño para que se ajuste a las preferencias y conveniencia de la familia en lugar de a las necesidades a corto y largo plazo del niño. En esa situación, por supuesto, no se reconoce la validez del comportamiento del niño tal como existe. A medida que el niño madura, las luchas por el poder son inevitables, ya que el entorno a veces apacigua y se rinde y otras veces sostiene la línea rígida. Dependiendo del temperamento inicial del niño, el resultado final del apaciguamiento es un tirano infantil, un niño con pasividad negativa, o ambos. La forma de este desarrollo se describe una y otra vez en los manuales sobre crianza de los hijos.

En esencia, el error en tal familia es doble. Primero, los cuidadores cometen un error en la configuración. Es decir, esperan más o diferentes comportamientos de los que el niño es capaz de emitir. Siguen castigos excesivos e insuficientes ejemplos, instrucción, entrenamiento, halagos y refuerzo. Tal

patrón crea un ambiente aversivo para el niño, en el que la ayuda necesaria no llega y se produce un castigo inevitable. Como resultado, las conductas emocionales negativas del niño aumentan, incluidas las conductas expresivas asociadas con las emociones. Estos comportamientos funcionan para terminar con el castigo, generalmente creando consecuencias tan adversas para los cuidadores que detienen los intentos de control.

Y aquí los cuidadores cometen el segundo error: refuerzan el valor funcional de los comportamientos expresivos extremos y extinguen el valor funcional de los comportamientos expresivos moderados. Tal patrón de apaciguamiento después de demostraciones emocionales extremas puede crear involuntariamente el patrón de conductas asociadas con el TLP en el adulto. Cuando el apaciguamiento de los demás no se produce, o se produce de manera impredecible, la ineludibilidad de las condiciones aversivas imita el paradigma de impotencia aprendida: se puede esperar que aumenten los comportamientos pasivos e indefensos. Si las conductas pasivas o indefensas a su vez son castigadas, la persona se enfrenta a un dilema invencible y probablemente vacile entre las conductas emocionalmente expresivas extremas y las conductas pasivas e indefensas igualmente extremas. Tal estado de cosas puede, sin demasiada dificultad, explicar el surgimiento de muchas características límite a medida que el niño madura.

Disregulación emocional y conductas límite

Muy poco en el comportamiento humano no se ve afectado por la excitación emocional y los estados de ánimo. Fenómenos tan diversos como conceptos del yo, auto atribuciones, percepciones de control, aprendizaje de tareas y desempeño, patrones de auto recompensa y retraso en la gratificación son afectados por estados emocionales (ver Izard, Kagan y Zajonc, 1984, y Garber). & Dodge, 1991, para comentarios). La tesis aquí es que la mayoría de las conductas límite son intentos por parte del individuo de regular la intensidad del afecto o resultados de la disregulación emocional. La disregulación emocional es tanto el problema que el individuo está tratando de resolver como la fuente de problemas adicionales. La relación entre los patrones de comportamiento límite y la disregulación emocional se muestra en la Figura 2.2.

60

THEORY AND CONCEPTS

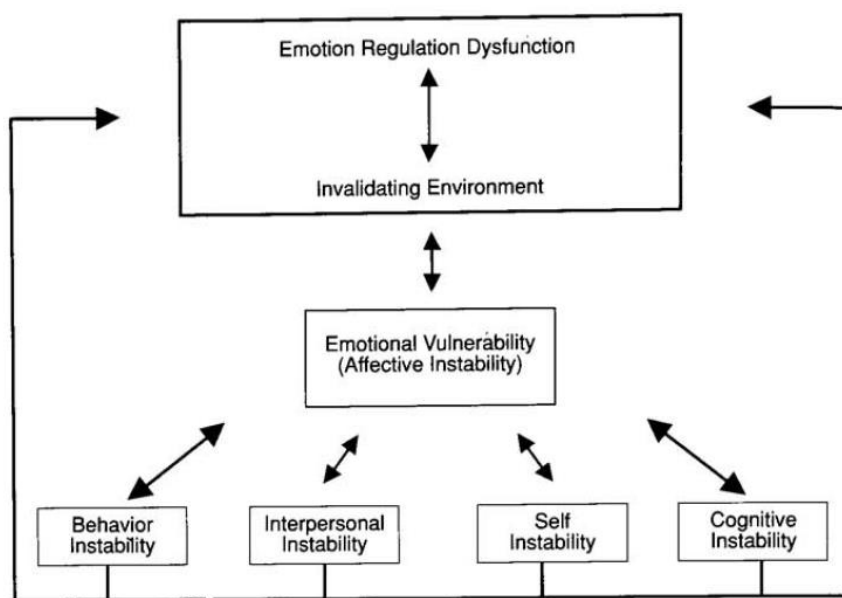


FIGURA 2.2. La relación entre desregulación emocional y patrones de comportamiento límite, según la teoría biosocial.

Desregulación emocional y conductas impulsivas.

Las conductas suicidas y otras conductas disfuncionales e impulsivas suelen ser conductas de solución inadaptadas al problema del afecto negativo abrumador, incontrolable e intensamente dolorosa. El suicidio, por supuesto, es la mejor manera de cambiar el estado afectivo de uno (suponemos). Sin embargo, otros comportamientos menos letales (por ejemplo, parasuicidas) también pueden ser bastante efectivos. La sobredosis, por ejemplo, generalmente conduce a largos períodos de sueño; el sueño, a su vez, tiene una influencia importante en la regulación de la vulnerabilidad emocional. Cortar y quemar el cuerpo también parece tener importantes propiedades reguladoras del afecto. El mecanismo exacto aquí no está claro, pero es común que los individuos límites reporten un alivio sustancial de la ansiedad y una variedad de otros estados afectivos negativos intensos después de cortarse (Leinbenluft, Gardner, & Cowdry, 1987).

El comportamiento suicida, incluidas las amenazas de suicidio y el parasuicida, también es muy eficaz para provocar comportamientos de ayuda del entorno, ayuda que puede ser eficaz para reducir el dolor emocional. En muchos casos, de hecho, tal comportamiento es la única manera en que un individuo puede lograr que otros presten atención y traten de mejorar su dolor emocional. Por ejemplo, el comportamiento suicida es la forma más efectiva para que un individuo no psicótico sea admitido en una unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Muchos terapeutas les dicen a sus pacientes que pueden o deben llamarlos si se sienten suicidas. El personal de una unidad de pacientes hospitalizados psiquiátricos en mi área solía decirle a uno de nuestros pacientes que podía volver a entrar si recibía "voces de comando" que le decían que se suicidara. En nuestra población clínica de mujeres parasuicidas borderline, un informe mayoritario de que la intención de cambiar su entorno es parte de al menos un comportamiento parasuicida.

Desafortunadamente, el carácter instrumental de las amenazas de suicidio y parasuicidio es frecuentemente el más sobresaliente para los terapeutas y teóricos que trabajan con individuos límites. Por lo tanto, los intentos de suicidio y otras conductas autolesivas intencionales a menudo se denominan "manipuladoras". La base de esta referencia suele ser el propio sentimiento de un terapeuta de ser manipulado. Sin embargo, como he analizado en el Capítulo 1, es un error lógico suponer que, si un comportamiento tiene un efecto particular, el actor se ha involucrado en el comportamiento para provocar el efecto. El etiquetado de la conducta suicida como manipulativo, en ausencia de una evaluación de la intención real de la conducta, puede tener efectos extremadamente perjudiciales. Este tema se trata más detalladamente en el Capítulo 15, donde describo las estrategias de tratamiento para las conductas suicidas.

Desregulación emocional y alteración de la identidad

En general, las personas adquieren un sentido de identidad propio a través de sus propias observaciones de sí mismas, así como a través de las reacciones de los demás. La consistencia emocional y la previsibilidad a través del tiempo y situaciones similares son requisitos previos para este desarrollo de la identidad. Todas las emociones implican algún elemento de preferencia o evitación de aproximación. Un sentido de identidad, entre otras cosas, depende de preferir o gustar algo de manera consistente. Por ejemplo, una persona que siempre disfruta dibujar y pintar puede desarrollar una imagen de sí misma que incluya aspectos de la identidad de un artista. Otros que observan esta misma preferencia reaccionan ante la persona como si fuera una artista, desarrollando aún más su imagen de sí misma. La incapacidad

emocional impredecible, sin embargo, conduce a un comportamiento impredecible y una inconsistencia cognitiva; así, su autoconcepto estable, o sentido de identidad, no se desarrolla.

La tendencia de los pacientes límite a inhibir, o intentar inhibir, las respuestas emocionales también pueden contribuir a la ausencia de un fuerte sentido de identidad. El entumecimiento asociado con el afecto inhibido a menudo se experimenta como vacío, lo que contribuye aún más a un sentido de sí mismo inadecuado (y, a veces, completamente ausente). De manera similar, si el sentido de los eventos de un individuo nunca es "correcto" o es impredeciblemente "correcto" (la situación en la familia invalidante), entonces uno esperaría que el individuo desarrolle una dependencia excesiva con respecto a los demás. Esta dependencia excesiva, especialmente cuando la dependencia se relaciona con preferencias, ideas y opiniones, simplemente exacerba los problemas con la identidad y una vez más se inicia un círculo vicioso.

Desregulación emocional y caos interpersonal

Las relaciones interpersonales efectivas se benefician enormemente tanto del sentido estable del yo como de una capacidad de espontaneidad en la expresión emocional. Las relaciones exitosas también requieren la capacidad de regular las emociones de manera apropiada, controlar el comportamiento impulsivo y tolerar los estímulos que producen dolor hasta cierto punto. Sin tales capacidades, es comprensible que los individuos límite desarrollen relaciones caóticas. Las dificultades con la ira y la expresión de la ira, en particular, impiden el mantenimiento de relaciones estables.

Además, como explico más adelante en el Capítulo 3, la combinación de vulnerabilidad emocional con un entorno de invalidación conduce al desarrollo de expresiones más intensas y más persistentes de las emociones negativas. Esencialmente, el entorno de invalidación generalmente coloca al individuo en un programa de refuerzo intermitente, en el que las expresiones de afecto o demanda de ayuda intensamente negativa se refuerzan esporádicamente. Se sabe que tal horario crea un comportamiento muy persistente. Cuando las personas actualmente involucradas con la persona límite también caen en la trampa de aplacarla de manera inconsistente, a veces ceden y refuerzan las expresiones emocionales aversivas de alta intensidad y alta frecuencia y otras veces no lo hacen, están recreando condiciones para el aprendizaje de conductas destructivas en la relación.

Implicaciones de la teoría biosocial para la terapia con pacientes Borderline

Objetivos generales y habilidades enseñadas

El reconocimiento de estas dificultades de regulación de la emoción, que se originan tanto en la composición biológica como en las experiencias de aprendizaje inadecuadas, sugiere que el tratamiento debe centrarse en las tareas de enseñar al paciente límite (1) a modular la emocionalidad extrema y reducir las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y (2) Confiar y validar sus propias emociones, pensamientos y actividades. La terapia debe centrarse en el entrenamiento de habilidades y el cambio de comportamiento, así como en la validación de las capacidades y comportamientos actuales del paciente.

Una gran parte de DBT está dedicada a enseñar tales habilidades. Las habilidades se dividen en cuatro tipos: (1) aquellas que aumentan la efectividad interpersonal en situaciones de conflicto y, por lo tanto, son promotoras para disminuir los estímulos ambientales asociados con las emociones negativas; (2) estrategias extraídas de la literatura de la terapia conductual sobre trastornos afectivos (depresión, ansiedad, miedo, ira) y estrés postraumático, que aumentan la autorregulación de las emociones no deseadas frente a estímulos emocionales negativos reales o percibidos; (3) habilidades para tolerar la

angustia emocional hasta que se produzcan cambios; y (4) habilidades adaptadas de las técnicas de meditación orientales (Zen), como la práctica de la atención plena, que aumentan la capacidad de experimentar emociones y evitar la inhibición emocional.

Evitando "culpar a la víctima"

La extinción exitosa de demostraciones emocionales extremas, inadaptadas, depende de varios factores. Lo más importante es que se debe crear un entorno de validación que le permita al terapeuta extinguir los comportamientos inadaptados y al mismo tiempo calmar, consolar y engatusar al paciente a través de la experiencia. El proceso es complicado y requiere una enorme cantidad de tolerancia del terapeuta, disposición a experimentar dolor emocional y flexibilidad. Sin embargo, a menudo, al realizar la terapia, los terapeutas pueden tener las mismas expectativas que tienen como con otros pacientes. Cuando los pacientes límites no pueden cumplir con estas expectativas, los terapeutas pueden ser tolerantes por un período. Pero a medida que aumenta el despliegue de emociones negativas de los pacientes, se agota la paciencia o la disposición de los terapeutas para tolerar el dolor que ellos mismos experimentan, y luego apaciguan, castigan o terminan la terapia con estos pacientes. Los clínicos con experiencia en el trabajo con pacientes límites tal vez se hayan reconocido en las descripciones anteriores de los entornos de control invalidantes y de las familias que se vieron atrapadas en el círculo vicioso de apaciguar y castigar a estos pacientes. Este entorno, cuando se recapitula en terapia, es simplemente una continuación del entorno de invalidación que los pacientes han experimentado a lo largo de sus vidas.

Una forma más típica de castigo para pacientes límites consiste en comportamientos que, en suma, invalidan a los pacientes y "culpan a las víctimas". La investigación en psicología social sugiere que varios factores son importantes para determinar si los observadores culparán a las víctimas de la desgracia por su propia desgracia. De acuerdo con el presente tema, se encuentran los hallazgos de que, en general, se culpa a las mujeres por las desgracias más que a los hombres en situaciones similares (Howard, 1984). En la misma investigación, Howard también descubrió que cuando una víctima es mujer, los observadores atribuyen la culpa a su personaje. Sin embargo, cuando una víctima es un hombre, los observadores atribuyen la culpa al comportamiento del hombre en la situación, no a su personaje. Otras variables también son importantes: el observador tiene que preocuparse por la desgracia de la víctima; las consecuencias tienen que ser severas (Walster, 1966); y el observador debe sentirse impotente para controlar el resultado (Sacks y Bugental, 1987). Por lo tanto, cuando las personas se preocupan por lo que les sucede a los demás, no quieren que estos sufran, pero no pueden evitar que ocurran la desgracia o el sufrimiento; es probable que culpen a las víctimas por su propia desgracia y sufrimiento.

Esta es exactamente la situación de la terapia con la mayoría de los pacientes borderline. Primero, las "víctimas" son principalmente mujeres. Por lo general, a sus terapeutas les importa si están sufriendo. Y ciertamente, hasta la fecha, se ha demostrado que algunas terapias son particularmente eficaces para detener ese sufrimiento. Incluso si los terapeutas creen que un tratamiento en particular será efectivo a largo plazo, debido a que funciona con otros pacientes, la impotencia ante el sufrimiento intenso de los límites (el sufrimiento que causa el dolor recíproco de los terapeutas) es la experiencia diaria y repetida de trabajar con estas personas. Ante esta impotencia, los terapeutas pueden redoblar sus esfuerzos. Cuando los pacientes no mejoran, los terapeutas pueden comenzar a decir que están causando su propia ansiedad. Los pacientes no quieren mejorar ni cambiar. Se están resistiendo a la terapia (después de todo, funciona con casi todos los demás). Están jugando. Son demasiado necesitados. En resumen, los terapeutas cometen un error cognitivo muy fundamental pero bastante predecible: Observan la consecuencia de la conducta (por ejemplo, el sufrimiento emocional de los pacientes o ellos mismos) y atribuyen esa consecuencia a

los motivos internos de los pacientes. Me refiero a este error repetidamente en futuras discusiones sobre el tratamiento de pacientes borderline.

"Culpar a la víctima" tiene importantes efectos iatrogénicos. Primero, invalida la experiencia individual de sus propios problemas. Lo que el individuo experimenta como intentos de acabar con el dolor es etiquetado erróneamente como intentos de mantener el dolor, de resistirse a mejorar o de hacer algo más de lo que el individuo no es consciente. Así, el individuo aprende a desconfiar de su propia experiencia de sí misma. Después de algún tiempo, no es inusual que la persona aprenda el punto de vista del terapeuta, ya que no se encuentra con sus propias observaciones personales y porque al hacerlo conduce a resultados más positivos. Una vez tuve un paciente que estaba teniendo enormes problemas para manejar su práctica de tarea; o ella no practicaría, o sus intentos de práctica no tendrían éxito. Al mismo tiempo, ella me estaba rogando repetidamente a mí y a mi grupo colaborador para ayudarla a sentirse mejor. Una semana, cuando le pregunté qué había interferido con ella al practicar su tarea, dijo con gran convicción que obviamente no quería ser feliz. Si lo hiciera, habría practicado su tarea.

Un componente clave de la DBT es su insistencia en que el terapeuta se abstenga de culpar a la víctima por sus propios problemas. Esta no es una posición basada en la simple ingenuidad, aunque me hayan acusado de ello. Primero, el hecho de que el cuidador culpe a la víctima generalmente conduce a un distanciamiento emocional, a las emociones negativas dirigidas al paciente, a una menor disposición a ayudar y al castigo del paciente. Por lo tanto, la ayuda que se necesita es más difícil de dar. El cuidador se frustra y, a menudo, pero de manera muy sutil, ataca al paciente. Debido a que el castigo no está dirigido a la fuente real del problema, simplemente aumenta la emocionalidad negativa del paciente. Se produce una lucha de poder, una que ni el paciente ni el terapeuta pueden ganar.

Comentarios Concluyentes

Es importante tener en cuenta que la posición dialéctica que se presenta aquí es una posición filosófica. Por lo tanto, no puede ser probado ni refutado. Para muchos, sin embargo, es una posición difícil de comprender. Puede que no veas la necesidad de hacerlo al principio. Ciertamente, puedes adoptar algunas cosas del DBT sin necesariamente abarcar (o comprender) la dialéctica. Sin embargo, si eres como yo y mis alumnos, la idea se volverá más atractiva con el tiempo y cambiará sutilmente tu conceptualización de los problemas de la terapia. Para mí, ha tenido un efecto profundo en la forma en que realizo la psicoterapia y en la forma en que organizo mi unidad de tratamiento. DBT ha estado creciendo y cambiando continuamente; Las implicaciones emergentes de una perspectiva dialéctica han sido una fuente de gran parte del crecimiento.

La teoría biosocial que estoy presentando aquí es especulativa. Ha habido poca investigación prospectiva para documentar la aplicación de este enfoque a la etiología del TLP. Aunque la teoría está de acuerdo con la literatura conocida sobre el TLP, hasta el momento no se ha realizado ninguna investigación para probar la teoría de forma prospectiva. Por lo tanto, el lector debe tener en cuenta que la lógica de la formulación biosocial del TLP descrita en este capítulo se basa en gran medida en la observación clínica y la especulación, más que en la experimentación empírica firme. Se recomienda precaución.

Notas

1. Mi asistente en ese momento, Elizabeth Trias, en realidad primero señaló la relación de mi experiencia con la dialéctica. Su marido era estudiante de filosofía marxista.

2. Los comportamientos también pueden ocurrir con o sin conciencia o atención y, posteriormente, pueden ser informados verbalmente o no por el individuo. En el lenguaje más común, pueden o no estar disponibles para la conciencia. (Ver Greenwald, 1992, para una discusión de la respetabilidad emergente de la cognición inconsciente en la psicología experimental).
3. Hay una serie de buenas críticas de investigación sobre el funcionamiento emocional básico. Se hace referencia al lector a lo siguiente: Barlow (1988), Buck (1984), Garber y Dodge (1991), Ekman, Levenson y Friesen (1983), Izard, Kagan y Zajonc (1984), Izard y Kobak (1991), Lang (1984), Lázaro (1991), Malatesta (1990), Schwartz (1982) y Tomkins (1982) para revisiones adicionales de esta literatura.
4. Kelly Koerner señaló por primera vez que la desregulación de la emoción podría considerarse como el producto de la vulnerabilidad más la incapacidad de modular las emociones.
5. Gerry Dawson y Mark Greenberg trajeron este hallazgo y su relevancia a la invalidación a mi atención.

CAPITULO 3

Patrones Conductuales: Dilemas Dialecticos en el Tratamiento de Pacientes Borderline

Describir las características conductuales asociadas con el TLP es una tradición consagrada en el tiempo. Como indica el Capítulo 1, se han propuesto innumerables listas de características TLP a lo largo de los años; por lo tanto, con cierta inquietud presento otra lista. Sin embargo, los patrones conductuales discutidos en este capítulo no se presentan como diagnósticos o definiciones del TLP, tampoco son un resumen completo de las características importantes del TLP. Mis puntos de vista sobre estos patrones evolucionaron durante el tiempo en que luchaba por lograr que la terapia conductual funcionara de manera efectiva en pacientes crónicos con conductas parasuicidas y límites. Mientras luchaba, sentí que repetidamente tropezaba con los mismos conjuntos de características. A través de los años, mediante un proceso de observación y construcción recíproca (tanto en la clínica como en la literatura de investigación), desarrollé una imagen de los dilemas dialécticos planteados por el paciente TLP. Los patrones conductuales asociados con estos dilemas constituyen el tema de este capítulo.

Aunque estos patrones son comunes, de ninguna manera son universales entre los pacientes que cumplen con los criterios de TLP; por lo tanto, es extremadamente importante que su presencia en un caso determinado sea evaluado, no asumido. Teniendo en cuenta esta advertencia, he encontrado útil tanto para mí como para los pacientes estar al tanto de la influencia de estos patrones particulares en la terapia. En general, su descripción tiene un acorde resonante con los pacientes que trato y les ayuda a lograr una mejor organización y comprensión de sus propias conductas. Dado que la naturaleza aparentemente inexplicable de su conducta (especialmente autolesiones repetitivas) es a menudo un tema importante, este no es un logro pequeño. Además, los patrones y sus interrelaciones pueden tener un valor heurístico para aclarar el desarrollo de los problemas de los pacientes.

Estos dilemas se ven mejor como un grupo de tres dimensiones definidas por sus polos opuestos. Estas dimensiones dialécticas, ilustradas en la Figura 3.1, son las siguientes: (1) vulnerabilidad emocional versus auto-invalidación; (2) pasividad activa versus competencia aparente; y (3) crisis implacables versus duelo inhibido.

Si cada dimensión está dividida conceptualmente en su punto medio, las características sobre el punto medio (vulnerabilidad emocional, pasividad activa y crisis implacable) son las que han sido más influenciadas durante el desarrollo de los sustratos biológicos de la regulación emocional. En consecuencia, las características que se encuentran debajo del punto medio (auto invalidación, competencia aparente y duelo inhibido) se han visto más influenciadas por las consecuencias sociales de la expresión emocional. Un punto clave sobre estos patrones es que la incomodidad de los puntos extremos en cada una de estas dimensiones asegura que los individuos borderline fluctúen entre las polaridades. Su incapacidad para moverse a una posición equilibrada que representa una síntesis es el dilema central de la terapia.

Vulnerabilidad emocional frente a la auto-invalidación Vulnerabilidad

Emocional

Características generales

En el Capítulo 2 hemos discutido la vulnerabilidad emocional de los individuos que cumplen con los criterios para TLP como un componente importante de la desregulación emocional, la cual actúa como variable personal en el desarrollo transaccional de las características borderline. Una de estas características borderline es la continua vulnerabilidad emocional, es decir, la sensibilidad emocional continua, la intensidad emocional y la tenacidad de las respuestas emocionales negativas. Tal vulnerabilidad es, desde mi perspectiva, una característica central del TLP. Cuando discuto la vulnerabilidad emocional a este nivel, me refiero tanto a la vulnerabilidad real del individuo como a su conocimiento simultáneo y la experiencia de esa vulnerabilidad.

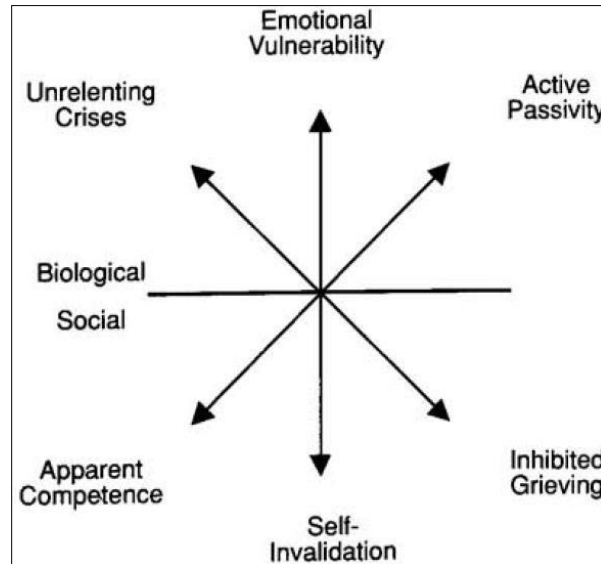


FIGURA 3.1. Patrones de comportamiento borderline: las tres dimensiones dialécticas.

Hay cuatro características normales de la excitación emocional alta y frecuente que hacen que las cosas sean particularmente difíciles para el individuo borderline. Primero, hay que tener en cuenta que las emociones no son simplemente eventos fisiológicos internos, aunque la excitación fisiológica ciertamente constituye una parte importante de las emociones. Como lo comenté con más detalle en el Capítulo 2, las emociones son respuestas de todo el sistema. Es decir, son un patrón integrado de respuestas experienciales, cognitivas y expresivas, así como también fisiológicas. Un componente de una respuesta emocional compleja no es necesariamente más básico que otro. Por lo tanto, el problema no es simplemente que los individuos borderline no puedan regular la activación fisiológica; más bien, a menudo tiene dificultades para regular el patrón completo de respuestas asociadas con estados emocionales particulares. Por ejemplo, es posible que no puedan modular la expresión facial hostil, los patrones de acción agresiva o los ataques verbales asociados con la ira. O tal vez no puedan interrumpir las preocupaciones obsesivas o inhibir las conductas de escape asociadas con el miedo. Si se tiene en cuenta este punto, es más fácil comprender la complejidad del problema al que se enfrentan los pacientes borderline, así como su tendencia a ser, a veces, inexplicablemente disfuncional en una amplia gama de áreas conductuales.

En segundo lugar, la excitación emocional intensa suele interferir con otras respuestas conductuales en curso. Por lo tanto, las conductas

de afrontamiento reguladas, planificadas y aparentemente funcionales a veces pueden desmoronarse cuando son interrumpidos por estímulos emocionalmente relacionados. La frustración y la desilusión cuando esto sucede simplemente empeoran las cosas. Además, la alta excitación está asociada con el pensamiento dicotómico; o pensamiento obsesivo y perseverante; malestar físico y conductas de evitación y / o ataque.

En tercer lugar, la alta excitación y la incapacidad para regularlo conducen a una sensación de estar fuera de control y una cierta imprevisibilidad sobre el yo. La imprevisibilidad se debe a la incapacidad de la persona borderline para controlar el inicio y la compensación de eventos internos y externos que influyen en las respuestas emocionales, así como a la incapacidad de modular su propia respuesta a tales eventos. Se agrava por el hecho de que en momentos impredecibles el individuo logra controlar sus respuestas emocionales. El problema aquí es que el tiempo y la duración de esta regulación emocional son impredecible para el individuo (y también para otros). La calidad de esta experiencia para la persona borderline es la de una pesadilla de la que no puede despertarse.

Finalmente, esta falta de control conduce a algunos temores específicos que aumentan aún más la vulnerabilidad emocional. Primero, la persona borderline teme situaciones donde tiene menos control sobre los eventos (generalmente situaciones nuevas, así como aquellas donde se han experimentado dificultades previas). Los intentos frecuentes del paciente borderline para obtener el control de la situación terapéutica tienen mucho sentido una vez que este aspecto de la vulnerabilidad emocional es insuficiente. En segundo lugar, la paciente a menudo tiene un miedo intenso a las expectativas conductuales de las personas que le importan. Este temor es razonable a la luz del hecho de que ella experimenta el descontrol no solo de las respuestas emocionales privadas, sino también de los patrones conductuales que dependen de estados emocionales particulares. (Por ejemplo, estudiar para un examen requiere una capacidad de concentración que puede ser difícil de mantener durante períodos de alta ansiedad, tristeza abrumadora o enojo intenso). El descontrol y la falta de previsión dificultan las situaciones ambientales. La paciente puede cumplir con las expectativas en un momento, en un estado emocional, que no puede cumplir en otro momento.

Un aspecto importante de este problema particular es la asociación del elogio con las expectativas. El elogio, además de comunicar la

aprobación, también comunica comúnmente un reconocimiento de que el individuo puede emitir la conducta elogiada y la expectativa de que puede volver a hacerlo en el futuro. Esto es precisamente lo que la persona borderline cree que no puede hacer. Aunque he presentado el miedo a la alabanza mediado cognitivamente, tal mediación no es necesaria. Todo lo que se requiere es que el individuo tenga experiencias pasadas donde el elogio sea seguido por expectativas; las expectativas son seguidas por el incumplimiento de las expectativas; y sigue la desaprobación o el castigo. Una secuencia de conductas de este tipo es típica en el entorno de invalidación.

El efecto neto de estas dificultades emocionales es que los individuos borderline son el equivalente psicológico del paciente quemado de tercer grado. Simplemente no tienen, por así decirlo, ninguna piel emocional. Incluso el más mínimo toque o movimiento puede crear un intenso sufrimiento. Sin embargo, por otro lado, la vida es movimiento. La terapia, en su mejor momento, requiere tanto movimiento como tacto. Por lo tanto, el terapeuta como el proceso de la terapia en sí mismos no pueden dejar de causar experiencias emocionales intensamente dolorosas para el paciente borderline. Tanto el terapeuta como el paciente deben tener el coraje de enfrentar el dolor que surge. Es la experiencia de su propia vulnerabilidad la que a veces lleva a los individuos borderline a conductas extremas (incluidas las conductas suicidas), tanto para tratar de cuidarse a sí mismos como para alertar al medio ambiente para que los cuide mejor. El suicidio cometido entre individuos borderline es inevitablemente un acto de desesperación final que disminuirá la vulnerabilidad. A veces también es una última comunicación de que se necesita más atención.

Comprender esta vulnerabilidad y tenerla en cuenta son cruciales para la efectividad terapéutica. Muy a menudo, desafortunadamente, los terapeutas fallan u olvidan reconocer la vulnerabilidad de los pacientes. El problema es que mientras las sensibilidades de las víctimas de quemaduras son evidentes para todos, la sensibilidad de los individuos borderline a menudo se oculta. Por razones que analizo más adelante, los individuos borderline a veces tienden a aparecer ante otros, incluidos sus terapeutas, que son menos vulnerables emocionalmente de lo que son. Una consecuencia de este estado es que la sensibilidad de los pacientes borderline es mucho más difícil de comprender y tener en cuenta que la de las víctimas de quemaduras. Podemos imaginar no tener piel física; para la mayoría de nosotros es más difícil imaginar cómo sería la vida si siempre fuéramos

emocionalmente vulnerables o no tuviéramos una piel psicológica. Esa es la vida de los pacientes borderline.

La ira y el trastorno límite de la personalidad

Las dificultades con la ira han sido parte de la definición del TLP en cada edición del DSM desde 1980. En el pensamiento psicoanalítico (por ejemplo, las teorías de Kernberg; ver Kernberg, 1984), un exceso de afecto hostil se considera un factor etiológico fundamental en el desarrollo del TLP. Gran parte del tratamiento actual de los pacientes borderline está dirigido a interpretar la conducta a la luz de su presunta hostilidad subyacente y su intento agresivo. Un destacado psicoanalista dijo una vez que todas las llamadas telefónicas de pacientes a terapeutas en casa son actos de agresión. Casi cada vez que muestro una cinta de video de una sesión de terapia con uno de mis pacientes, alguien en la audiencia interpreta el silencio, el retiro o la conducta pasiva de un paciente como un ataque agresivo contra mí. Los pacientes en nuestra terapia de grupo a menudo discuten sus dificultades para convencer a otros profesionales de la salud mental de que su conducta, o al menos en parte, no es un reflejo de sentimientos de enojo y hostilidad.

Claramente, la experiencia de ira y las conductas hostiles / agresivos juegan un papel importante en el TLP. Sin embargo, desde mi perspectiva, otras emociones negativas como la tristeza y la depresión; la vergüenza, la culpa y la humillación; el miedo, la ansiedad y el pánico son igualmente importantes. Es lógico pensar que una persona que es emocionalmente intensa y tiene una dificultad general para regular las emociones tendrá problemas específicos con la ira. Pero el hecho de que todo o la mayor parte de la conducta borderline se interprete como asociado con la ira parece depender en gran medida de quién interpreta la conducta en lugar de la conducta habitual o su motivación. A menudo, la intención hostil se infiere simplemente sobre la base de las consecuencias aversivas de la conducta. Si la conducta del paciente es frustrante o molesto para el terapeuta, entonces el paciente debe querer que así sea, si no conscientemente, inconscientemente. Aunque no tengo datos para respaldar este punto, a veces me pregunto también si la tendencia a inferir ira y agresión en lugar de miedo y desesperación no está ligada al género del observador. Una de las pocas diferencias de género es que los hombres son más agresivos que las mujeres (Maccoby y Jacklin, 1978); tal vez los hombres también son más propensos a ver la intención agresiva. Los teóricos que han promovido la ira y el manejo

de motivos hostiles como esenciales en la etiología del TLP son, por supuesto, los hombres. (por ejemplo, Kernberg, Gunderson, Masterson).

En mi experiencia, gran parte de la conducta borderline que se interpreta como resultado de motivos hostiles y la ira se deriva en realidad del miedo, el pánico, la desesperanza y la desesperación. (Esto es similar a la posición de Masterson [1976] de que el miedo al abandono subyace en gran parte la psicopatología borderline.) El paciente que en una de mis cintas de video está en silencio y no responde a menudo lucha por controlar un ataque de pánico que incluye (según sus descripciones posteriores) sensaciones de asfixia y miedos de morir. Aunque la respuesta de pánico en sí misma puede provenir de la experiencia inicial y rudimentaria de sentimientos, pensamientos o reacciones corporales relacionados con la ira, esto no significa que la conducta posterior sea agresiva per se o sea hostil. Sin embargo, la sobreinterpretación de la ira y la intención hostil pueden generar hostilidad y enojo. Por lo tanto, tales interpretaciones crean una profecía autocumplida, especialmente cuando se aplican rígidamente.

Aunque los problemas con la ira y la expresión de la ira pueden reflejar una intensidad y disregulación emocional más generalizada, también pueden ser una consecuencia de otros estados afectivos negativos disregulados. La excitación y la incomodidad de las emociones negativas pueden activar sentimientos, pensamientos, acciones y recuerdos relacionados con la ira. Leonard Berkowitz (1983, 1989, 1990) ha propuesto un modelo cognitivo neosociacionista de formación de la ira. La idea básica es que, como resultado de diversos factores genéticos, de aprendizaje y situacionales, el afecto y la incomodidad negativa forman una red asociativa de experiencias iniciales y rudimentarias de miedo e ira. El posterior procesamiento cognitivo (de orden superior) de la experiencia y la emoción aversiva inicial puede dar lugar al desarrollo completo de la emoción y la experiencia de la ira. Según Berkowitz, la ira y su expresión son consecuencias probables (más que causas) de una intensidad emocional más generalizada y una disregulación de los estados emocionales negativos. Revisa un cuerpo de datos para demostrar que los estados emocionales negativos y la incomodidad que no sea la ira pueden producir sentimientos de enojo e inclinaciones hostiles. En línea con esta posición, Berkowitz ha escrito que "el sufrimiento rara vez es ennoblecedor. Es un individuo inusual entre la humanidad, cuyo carácter mejore como resultado de sufrir experiencias dolorosas o incluso simplemente desagradables.... Cuando [todas] las personas se sienten mal, es muy probable que tengan sentimientos de

enojo, pensamientos y recuerdos hostiles e inclinaciones agresivas "(Berkowitz, 1990, p. 502).

La ira no regulada y la expresión de la ira pueden, por supuesto, causar muchas otras dificultades en la vida. Este puede ser especialmente el caso entre las mujeres, en las que incluso las expresiones leves de ira pueden interpretarse como agresión. Por ejemplo, la conducta etiquetada como "asertiva" en los hombres puede ser etiquetada como "agresiva" en las mujeres (Rose & Tron, 1979). La agresión percibida genera agresión en represalia, y así nace el ciclo de conflicto interpersonal. Dependiendo de la historia de aprendizaje, la ira también puede experimentarse como algo tan inaceptable que provoca más reacciones emocionales de vergüenza y pánico. Estas emociones en sí mismas pueden contribuir una respuesta de ira que escala, aumentando aún más la angustia. O los intentos de bloquear la expresión directa de la ira o la inhibición de la respuesta emocional que se está desarrollando. Con el tiempo, un patrón de inhibición expresiva y control excesivo de las experiencias de la ira puede convertirse en la manera preferida de responder a las situaciones que provocan la ira. Puede producirse una conducta pasiva e indefensa. Retomaré el tema de los méritos relativos a la expresión de ira directa versus la inhibición más adelante en este capítulo.

Auto-invalidación

"Auto-invalidación" se refiere a la adopción por parte de un individuo de las características del entorno de invalidación. Por lo tanto, el individuo borderline tiende a invalidar sus propias experiencias afectivas. Busca en las demás reflexiones precisas de la realidad externa y simplifica la facilidad para resolver los problemas de la vida. La invalidación de experiencias afectivas conduce a intentos de inhibir las experiencias y la expresión emocional. El hecho de que la persona no confíe en sus propias percepciones de la realidad inhibe el desarrollo de un sentido de identidad o confianza en sí mismo. La simplificación excesiva de las dificultades de la vida conduce inevitablemente al odio hacia uno mismo después de no lograr los objetivos.

Fuera de las observaciones clínicas, el apoyo empírico de la auto-invalidación entre individuos borderline es escaso. Sin embargo, se pueden esperar una serie de problemas con las emociones como resultado de experimentar un entorno invalidante. Primero, la experiencia en sí misma de las emociones negativas puede verse afectada por el entorno

invalidante. La presión para inhibir las expresiones emocionales negativas interfiere con el desarrollo de la capacidad de sentir cambios posturales y musculares expresivos (especialmente faciales) asociados con las emociones básicas. Tal percepción es una parte integral de la conducta emocional. Segundo, en un ambiente así, el individuo no aprende a etiquetar sus propias reacciones emocionales negativas con precisión. Por lo tanto, la capacidad de articular claramente las emociones y de comunicarlas verbalmente no se desarrolla. Tal incapacidad aumenta aún más la invalidación emocional que el entorno, y eventualmente la propia persona lo proporciona. Es difícil para una persona validar una experiencia emocional que no entiende.

Un tercer efecto de un entorno invalidante, es cuando se invalidan emociones básicas como la ira, el miedo y la tristeza. Una persona en ese entorno no aprende cuándo confiar en sus respuestas emocionales como reflejos válidos de eventos individuales y situacionales. Por lo tanto, ella es incapaz de validar y confiar en sí misma. Es decir, si se le dice a una niña que no debería experimentar emociones particulares, entonces tiene que dudar de sus observaciones originales o interpretaciones de la realidad. Si se castiga la comunicación de las emociones negativas, como ocurre a menudo en un entorno invalidante, entonces una respuesta de vergüenza le sigue a la experiencia de la emoción intensa que se sintió y que se expresó en público. Así, se pone en movimiento una nueva emoción negativa secundaria. La persona aprende a responder a sus propias respuestas emocionales como su entorno ha modelado, con vergüenza, crítica y castigo. La compasión por uno mismo, rara vez se desarrollan en tal ambiente. Se establece un círculo vicioso, ya que una forma efectiva de reducir la vergüenza después de las emociones negativas es lograr que el entorno valide la emoción original. A menudo, el individuo borderline aprende que es necesaria una exhibición emocional extrema o una presentación extrema para provocar una respuesta ambiental de validación. En tal entorno, el individuo aprende que tanto la escalada de la respuesta emocional original como la presentación exagerada (pero convincente), de las circunstancias negativas provocan la validación del entorno. A veces, otras respuestas positivas, como la nutrición y el calor, vienen junto con la validación. De este modo, el individuo vuelve al polo emocionalmente vulnerable de esta dimensión de la experiencia borderline. La alternativa es buscar la validación del entorno simplemente cambiando o al menos modulando las respuestas emocionales de una persona de acuerdo con las expectativas ambientales; sin embargo,

la incapacidad para regular el afecto excluye tal solución para el individuo borderline.

Un cuarto efecto de los entornos invalidantes es que los individuos adoptan tácticas de cambio de conducta invalidantes y se aplican estas tácticas a sí mismos. Por lo tanto, los individuos borderline a menudo establecen expectativas conductuales excesivamente altas para sí mismos. Simplemente no tienen ningún concepto de la noción de modelado, es decir, mejora gradual. Por lo tanto, tienden a regañar y castigar en lugar de recompensarse a sí mismos por aproximaciones a sus conductas objetivo. Tal estrategia de autorregulación asegura el fracaso y el eventual abandono. Raramente me he encontrado con un paciente borderline que podría usar espontáneamente la recompensa sobre el castigo como un método de cambio conductual. Aunque el castigo puede ser muy efectivo a corto plazo, a menudo es inefectivo a largo plazo. Entre otros efectos negativos, el castigo, especialmente en forma de autocrítica y culpa, provoca culpa. Aunque la culpa moderada puede ser una forma eficiente de motivar la conducta, la culpa excesiva, como cualquier emoción negativa intensa, puede alterar el pensamiento y la conducta. A menudo, para reducir la culpa, estos individuos simplemente evitan la situación que genera la culpa, evitando así los cambios conductuales necesarios para corregir el problema. Persuadir a los pacientes borderline para que eviten el castigo y utilicen los principios de refuerzo es una de las principales dificultades de la terapia conductual con ellos.

La preferencia por el castigo sobre el refuerzo probablemente proviene de dos fuentes. Primero, dado que el castigo es la única táctica de cambio conductual que conoce, un individuo borderline teme que, si no se aplica un castigo severo a sí misma, se deslizará aún más a las conductas deseadas. La consecuencia de tal deslizamiento es un mayor descontrol de su propia conducta y, por lo tanto, de las recompensas del medio ambiente. El temor es tal que los intentos del terapeuta de interferir con el ciclo del castigo a veces provocan una respuesta de pánico. Segundo, un ambiente invalidante con su énfasis en la responsabilidad individual, enseña que las transgresiones de la conducta deseada merecen el castigo. Los pacientes borderline a menudo encuentran difícil creer que merecen algo más que castigo y dolor. De hecho, un número informa que merecen morir.

El dilema dialéctico para el paciente.

La yuxtaposición de un temperamento emocionalmente vulnerable con un entorno invalidante presenta una serie de dilemas interesantes para el paciente borderline y tiene implicaciones importantes para comprender la conducta suicida en particular, especialmente como ocurre en la psicoterapia. El primer dilema de la paciente tiene que ver con la culpade su problema. ¿Es ella la malvada, la causa de sus propios problemas?o, ¿hay otras personas en el medio ambiente o el destino a quien culpar?El segundo dilema estrechamente relacionado tiene que ver con quién tiene razón. ¿Es la paciente realmente vulnerable e incapaz de controlarsu propia conducta y sus reacciones, como ella lo siente? ¿O es mala porque es capaz de controlar sus reacciones, pero no está dispuesta a hacerlo, como le dice el ambiente? Lo que el individuo borderline pareceincapaz de hacer es tener en mente estas dos posiciones contradictoriasal mismo tiempo, y sintetizarlas. Así, ella vacila entre los dos polos.En términos simplistas, los pacientes borderline que veo a menudo viajanentre estas dos orientaciones opuestas en su propia conducta. O se invalidan con una pasión y creen que todas las cosas malas que les suceden son consecuencias justas de su maldad; o validan su propia vulnerabilidad, a menudo simultáneamente invalidan el destino y las leyes del universo, creyendo que todas las cosas negativas que les suceden son injustas y no deberían estar sucediendo.

En el primero de estos extremos, el individuo borderline adopta la actitud de invalidación emocional, a menudo de una manera extrema, simplificando en exceso la facilidad de lograr metas conductuales y metas emocionales. El inevitable fracaso asociado con tales aspiraciones excesivas se encuentra con vergüenza, autocrítica extrema y autocastigo, incluida la conducta suicida. La persona merece ser como es. El sufrimiento que ella ha soportado está justificado porque es muy mala. Los problemas en la vida son el resultado de su propia voluntad. El fracaso se atribuye a la falta de motivación, incluso ante la evidencia de lo contrario. Se parecen a la persona poderosa que desprecia a cualquier persona débil, o al terrorista que ataca a aquellos que muestran miedo. Rara vez he visto tanta venganza como la del odio de los individuos borderline hacia ellos mismos. Una de mis pacientes se indigna tanto que en sesiones se ha arañado la cara y laspiernas, dejando arañazos largos y profundos. El suicidio o parasuicidio, desde esta orientación, es principalmente un acto de hostilidad autodirigida.

En el otro extremo, el individuo borderline a veces es muy consciente de su falta de control emocional y conductual. En consecuencia, las aspiraciones son disminuidas por el individuo, pero no por el ambiente. El reconocimiento de la discrepancia entre sus propias capacidades en el control emocional y conductual, y las demandas excesivas y las críticas por parte del entorno, puede llevar a la ira y al intento de demostrar a los individuos significativos sobre el error de sus formas. ¿Qué mejor manera de hacerlo que con la conducta suicida o alguna otra forma de conducta extrema? Dicha comunicación puede ser esencial si la persona debe obtener la ayuda que cree que es necesaria. Por supuesto, es especialmente probable cuando un entorno interpersonal invalidante responde de una manera compasiva y útil solo a las expresiones extremas de angustia. Además, la persona borderline no tiene pautas claras en cuanto a lo que debe creer cuando hay un desacuerdo. La conducta suicida valida el propio sentido de vulnerabilidad del individuo, reduciendo la ambigüedad de los mensajes dobles provenientes de su propia experiencia versus la del terapeuta.

Desde esta orientación, los individuos borderline no solo validan su propia vulnerabilidad, sino que también invalidan las leyes biológicas y de la conducta que han sido fundamentales para hacer y mantenerlo como son. Son muy conscientes de la injusticia de su existencia. A veces, creen que de alguna manera el universo es capaz de ser justo, es justo para casi todos los demás, debería haber sido justo para ellos en primer lugar, y podría ser justo para ellos si simplemente descubren las cosas correctas que hacer. En otras ocasiones, sin embargo, no tienen la menor esperanza, de hecho, jamás descubrirán las cosas correctas para hacer. Pueden experimentarse a sí mismos como buenas personas, o al menos querer serlo, con defectos incontrolables y por lo tanto sin esperanza. Cada transgresión conductual es seguida por una vergüenza intensa, culpa y remordimiento. Son jarrones en una tienda de cerámica que están rajados, rotos y feos, colocados en el estante de atrás donde los clientes no los ven. A pesar de que hacen todo lo posible por encontrar pegamento para repararse a sí mismos, o arcilla fresca para remodelar su forma, en última instancia, sus esfuerzos no son suficientes para hacerlos aceptables.

En el centro del intenso dolor emocional y vulnerabilidad, el individuo borderline a menudo cree que los demás (especialmente el terapeuta) podría eliminar el dolor si tan solo lo intentaran. (¡Casi se podría decir que tienen un trastorno de confianza en lugar de un trastorno paranoide!) La colisión de esta firme y, a veces, expresada

expectativa con la experiencia igualmente intensa de impotencia y falta de efectividad del terapeuta preparan el escenario para uno de los dramas más frecuentes en la terapia con pacientes borderline. Ante una ayuda inadecuada, el dolor emocional y la conducta fuera de control del paciente aumentan. El paciente se siente descuidado, profundamente herido e incomprendido. El terapeuta se siente manipulado e igualmente mal entendido. Ambos están listos para retirarse o atacar.

La aceptación y la autocompasión, junto con los intentos graduales de cambio, autogestión y autocomplacencia, son los ingredientes y el resultado de la síntesis de la vulnerabilidad y la invalidación. Sin embargo, eluden al individuo límite. Curiosamente, también se ha encontrado que este patrón de aspiraciones excesivas y deprimidas alternadas caracteriza a las personas que tienen (en un sentido pavloviano) sistemas nerviosos débiles y altamente reactivos, es decir, que son emocionalmente vulnerables. (Krol, 1977, citado por Strelau, Farley, & Gale, 1986).

El dilema dialéctico para el terapeuta.

Estos dos patrones interrelacionados pueden proporcionarnos una pista de por qué la terapia con el paciente borderline a veces es iatrogénica. En la medida en que el terapeuta crea un entorno de invalidación dentro de la terapia, se puede esperar que el paciente reaccione con fuerza. Los casos comunes de invalidación incluyen lo que ofrece un terapeuta la insistencia en una interpretación de la conducta que no es compartida por el paciente; establecer expectativas firmes de desempeño sobre lo que el paciente puede (o cree que puede) lograr; tratar al paciente como menos competente de lo que realmente es; no brindar al paciente la ayuda que se le brindaría si el terapeuta considerara que la perspectiva actual del paciente es válida; criticar o de otra manera castigar la conducta del paciente; ignorando las comunicaciones o acciones importantes del paciente. Basta con decir que en la mayoría de las relaciones de terapia (incluso las buenas) es común una buena cantidad de invalidación. En una relación estresante, como la de un paciente límite, es probable que haya incluso más.

La experiencia de la invalidación es generalmente aversiva, y las reacciones emocionales de un paciente borderline pueden variar: enojo con el terapeuta por ser tan insensible; un sentimiento de disforia intensa por ser tan incomprendido y sentirse solo; ansiedad y pánico debido a la sensación de que un terapeuta que no puede entender y validar el estado actual del paciente no puede ayudar; o vergüenza y

humillación al experimentar y expresar tales emociones, pensamientos y conductas. Las reacciones conductuales a la invalidación pueden incluir conductas de evitación, mayores esfuerzos para comunicarse y obtener validación, y ataques al terapeuta. La forma más extrema de evitar, por supuesto, es el suicidio. Menos drásticamente, los pacientes pueden simplemente abandonar la terapia o comenzar a faltar o llegar tarde a las sesiones. (Las altas tasas de abandono de la terapia entre los pacientes borderline y parasuicidas probablemente se deben, en parte, a las dificultades que tienen los terapeutas para validar a estos pacientes). La despersonalización y los fenómenos disociativos pueden ser otras formas de evitación, como simplemente el cierre y la retirada verbal en las sesiones de terapia. Un paciente puede aumentar los esfuerzos de comunicación por diversos medios, como llamar al terapeuta entre sesiones, hacer citas adicionales, escribir cartas y solicitar a amigos u otros profesionales de la salud mental que llamen al terapeuta. Como he señalado anteriormente, las conductas suicidas pueden a veces servir como intentos de comunicación. (Sin embargo, es crucial que el terapeuta no asuma que toda conducta suicida es una conducta de comunicación).

Los ataques al terapeuta son a menudo verbales: El paciente juzga culpa, con poca empatía las dificultades que el terapeuta puede estar experimentando al tratar de entender y validar al paciente. En mi época, me han llamado con más nombres peyorativos y mis atacantes fueron con más frecuencia pacientes borderline. A veces, sin embargo, los ataques al terapeuta pueden ser físicos; estos a menudo consisten en ataques a la propiedad del terapeuta. Por ejemplo, los pacientes en nuestra clínica tienen relojes rotos, tableros de anuncios desgarrados, correo robado, objetos arrojados, agujeros en las paredes y grafitis escritos en las paredes. Tales ataques, por supuesto, configuran un ciclo recíproco, porque el terapeuta a menudo ataca al paciente de vuelta. Los contraataques realizados por un terapeuta a menudo se disfrazan de respuestas terapéuticas.

El dilema para el terapeuta es que los intentos de inducir un cambio en el paciente y hacer una comprensión comprensiva del paciente tal como es, tienen la misma probabilidad de ser invalidantes. Por ejemplo, si el terapeuta de alguna manera implica que el paciente podría mejorar su desempeño la próxima vez, es probable que el paciente responda que el terapeuta debe asumir que el paciente ha estado equivocado todo el tiempo y que el entorno de invalidación es correcto. Se produce una batalla, y se desvía la atención al cambio conductual y

el entrenamiento de habilidades. En mi experiencia, muchas de las dificultades diarias en el tratamiento de esta población se deben a la invalidación por parte de los terapeutas de las experiencias y dificultades de los pacientes. Por otro lado, si un terapeuta usa una táctica no orientada al cambio y solo escucha al paciente y valida simpáticamente las respuestas del paciente, entonces es probable que el paciente sienta pánico ante la perspectiva de que la vida nunca mejorará. Si ella tiene razón y lo ha estado haciendo todo el tiempo, entonces esto debe ser lo mejor que se puede esperar. En este caso, el terapeuta puede esperar una ira eventual por no ser más útil. Las demandas de una mayor participación del terapeuta y sugerencias concretas para el cambio se producirán. Se inicia un círculo vicioso, que a menudo desgasta tanto al paciente como al terapeuta.

La experiencia de este dilema, tal vez más que cualquier otra cosa, fue mi principal impulso para desarrollar DBT. La terapia conductual estándar (incluida la terapia cognitivo-conductual estándar) por sí misma, al menos mientras lo practicaba, invalidó a mis pacientes. De alguna manera les estaba diciendo que su conducta era incorrecta o que su forma de pensar era irracional o problemática. Las terapias que no enseñaron, sin embargo, no reconocieron los déficits de habilidades muy reales de estos individuos. Aceptar su dolor lo invalidó en algunos sentidos. Era como ser un experto nadador en una balsa salvavidas de mano, dejando a las personas que no podían nadar para valerse por sí mismas en medio del océano, gritando (con voz suave); "¡Puedes hacerlo! ¡Puedes soportarlo!" La solución, al menos en DBT, ha sido combinar las dos estrategias de tratamiento. Por lo tanto, el tratamiento requiere que un terapeuta interactúe con un paciente de una manera flexible que combine la observación aguda de las reacciones del paciente con los cambios momento a momento en el uso de la aceptación frente a las estrategias de confrontación y cambio.

El equilibrio dialéctico por el que el terapeuta debe esforzarse es validar la sabiduría esencial de las experiencias de cada paciente (especialmente sus vulnerabilidades y la sensación de desesperación), y enseñar al paciente las capacidades necesarias para que ocurra el cambio. Esto requiere que el terapeuta combine y yuxtaponga estrategias de validación con estrategias de mejora de la capacidad (entrenamiento de habilidades). La tensión creó una alteración excesiva de la paciente entre las aspiraciones y expectativas altas y bajas en relación con sus propias capacidades, lo que representa un desafío formidable para el terapeuta.

Pasividad activa versus competencia aparente

Pasividad activa

La característica definitoria de la "pasividad activa" es la tendencia a abordar los problemas de manera pasiva e indefensa, así como una tendencia a exigir al medio ambiente (y con frecuencia al terapeuta) soluciones a los problemas de la vida cuando está bajo una angustia extrema. Por lo tanto, el individuo está activo tratando de hacer que otros resuelvan sus problemas o regulen su conducta, pero es pasivo acerca de resolver los problemas por su cuenta. Este modo de afrontamiento es bastante similar al "afrontamiento centrado en la emoción", descrito por Lázaro y Folkman (1984). El afrontamiento centrado en las emociones consiste en responder a situaciones de estrés con esfuerzos para reducir las reacciones emocionales negativas a la situación, por ejemplo, distrayendo o buscando la comodidad de los demás. Esto contrasta con el "afrontamiento centrado en el problema", en el que el individuo realiza una acción directa para resolver el problema. Es esta tendencia a buscar ayuda activa del entorno lo que diferencia la pasividad activa de la indefensión aprendida. En ambos casos, el individuo es incapaz de resolver sus propios problemas. Sin embargo, en la indefensión aprendida, el individuo simplemente se da por vencido y ni siquiera intenta obtener ayuda del medio ambiente. En la pasividad activa, la persona sigue intentando solicitar soluciones a otros (incluido el terapeuta).

A veces, es esta demanda al terapeuta de una solución inmediata al problema, cuando el terapeuta no tiene una solución para dar, lo que lleva al ciclo de invalidación del paciente. Las demandas crecientes y desesperadas pueden precipitar una crisis en un terapeuta. Ante tal impotencia, él o ella pueden comenzar a culpar o rechazar a la "víctima". Tal rechazo agrava aún más el problema, lo que lleva a nuevas demandas, y nace el círculo vicioso. La pasividad ante lo abrumador y problemas aparentemente irresolubles con la vida y la autorregulación, no ayuda a remediar tales problemas, aunque puede ser efectiva en la regulación a corto plazo de las emociones negativas que los acompaña. La cuestión de si los problemas son realmente solucionables es, por supuesto, a menudo un punto de discordia entre el paciente y el terapeuta. El terapeuta puede creer que los problemas se pueden resolver si el paciente simplemente comienza a involucrarse activamente en el afrontamiento; por el contrario, la paciente a menudo los ve sin esperanzas sin importar lo que haga. Desde la perspectiva del paciente,

o bien no hay solución o no hay una conducta de resolución de problemas que el paciente cree que es capaz de producir. Las creencias de autoeficacia del paciente son discrepantes de las creencias del terapeuta en la capacidad inherente de resolución de problemas del paciente. De hecho, el terapeuta puede incluso alentar un estilo de regulación pasiva, que incluya distracción y evitación de problemas, si el terapeuta también considera que los problemas no se pueden resolver.

Un estilo de autorregulación pasiva es probablemente el resultado de la disposición temperamental del individuo, así como la historia de fallas del individuo en los intentos de controlar tanto los efectos negativos como las conductas desadaptativas asociadas. Por ejemplo, Bialowas (1976) (citado por Strelau et al., 1986) encontró una relación positiva entre la alta reactividad autonómica y la dependencia en una situación de influencia social. Una investigación interesante de Elias (1974, citada por Strelau et al. 1986) sugiere que las personas con alta reactividad autonómica, independientemente de otras consideraciones, preferirán estilos de autorregulación pasivos, es decir, estilos que impliquen un esfuerzo activo mínimo para mejorar sus propias capacidades y su entorno.

Miller y Mangan (1983) realizaron investigaciones relevantes sobre la conducta de los pacientes durante las visitas médicas. Descubrieron que los monitorizados (“altos”) que estaban alertas y sensibilizados con respecto a los aspectos negativos o potencialmente negativos de una experiencia estaban más preocupados por: ser tratados con amabilidad y respeto, querían hacerse más pruebas, querían nuevas recetas, y necesitaban tranquilizarse sobre los efectos del estrés en su salud versus los monitorizados con índices de alerta y sensibilización más *bajos*. También deseaban un papel menos activo en su propia atención médica; de hecho, el doble de monitores altos que monitores bajos querían jugar un papel completamente pasivo en su propio cuidado. Por lo tanto, la pasividad activa puede no ser completamente el resultado del aprendizaje, aunque es muy importante un historial de fracasos en los esfuerzos por controlarse a sí mismos y a sus entornos aversivos.

Es fácil ver cómo se puede aprender una orientación de “pasividad activa”. Los individuos borderline observan su frecuente incapacidad para interactuar con éxito. Son conscientes de su propia infelicidad, desesperanza e incapacidad para ver el mundo desde un punto de vista positivo, así como de su incapacidad simultánea para mantener una fachada sin fisuras de felicidad, esperanza y calma. Estas observaciones

pueden conducir a un patrón de indefensión aprendida. La experiencia de fracaso a pesar de los mejores esfuerzos de uno es a menudo un precursor de tal patrón. Además, en un entorno donde no se reconocen las dificultades, el individuo nunca aprende a manejar los problemas de manera activa y efectiva. Aprender tales estrategias de afrontamiento requiere, como mínimo, el reconocimiento de un problema. En un entorno en el que se minimizan las dificultades, un individuo debe ampliarlas para que se tomen en serio. Es esta visión ampliada de las dificultades y la incompetencia que caracteriza aún más la pasividad activa. El individuo equilibra la incapacidad de reconocer la insuficiencia con la extrema insuficiencia y la pasividad.

El apoyo empírico para el patrón de pasividad activa se puede encontrar en el trabajo de individuos parasuicidas y límite. En mi investigación, los pacientes hospitalizados admitidos por conducta parasuicida, en comparación con los ideadores suicidas y los pacientes psiquiátricos no suicidas, mostraron una resolución de problemas interpersonales activa notablemente más baja y una resolución de problemas pasiva algo más alta. La resolución activa de problemas en esta investigación consistió en que un individuo tomara acciones que condujeron a la resolución del problema; la resolución pasiva de problemas consistía en hacer que otra persona resolviera los problemas (Linehan et al., 1987). Perry y Cooper (1985) informan una asociación entre el TLP y la baja autoeficacia, la alta dependencia y la dependencia emocional de los demás.

La incapacidad de protegerse de las emociones aversivas extremas y la consiguiente sensación de impotencia, desesperanza y desesperación, pueden ser factores importantes en la dependencia interpersonal excesiva y frecuente de los individuos límite. Las personas que no pueden resolver sus propios problemas afectivos e interpersonales deben tolerar las condiciones aversivas o llegar a otros para resolver problemas. Cuando el dolor psíquico es extremo y / o la tolerancia a la angustia es baja, este acercamiento se convierte en un apego emocional y conductas exigentes. A su vez, esta predicción de dependencia conduce a respuestas emocionales intensas ante la pérdida o amenaza de pérdida de personas interpersonalmente significativas. Los intentos frenéticos de evitar el abandono son consistentes con esta constelación.

El papel del sesgo cultural de género y los estereotipos del rol sexual en la inducción de la pasividad activa por parte de las mujeres

no puede pasarse por alto. En general, las mujeres tienden a aprender estilos de logro interpersonales que son efectivos porque obtienen ayuda y protección de los demás (Hoffman, 1972). Además, las normas y expectativas culturales a menudo restringen a las mujeres a modos de influencia indirectos, personales e indefensos (Johnson, 1976). Las diferencias de género aparecen a una edad temprana. Los estudios de observación en niños en edad escolar, por ejemplo, indican que después de las críticas los niños responden con esfuerzos activos, mientras que las niñas tienden más a caer en el modo pasivo de rendirse y culpar a sus propias capacidades (Dweck y Bush, 1976; Dweck, Davidson, Nelson, & Emde, 1978). Si bien las niñas en edad escolar no tienen eventos más estresantes que los niños en edad escolar (Goodyer, Kolvin y Gatzanis, 1986), es posible que las niñas experimenten más situaciones que se ajusten al paradigma de impotencia familiar que los niños. Ciertamente, los datos sobre abuso sexual sugieren tal posibilidad. Como he discutido en detalle en el Capítulo 2, el grado de apoyo social recibido, en particular el grado de intimidad, está más estrechamente asociado con el bienestar entre las mujeres que entre los hombres. Por lo tanto, la dependencia emocional característica de los individuos límite puede ser a veces simplemente una variación extrema de un estilo interpersonal en muchas mujeres. También es posible que las características de estilo dependientes de los individuos límite no se vean como patológicas en otras culturas.

Aparente Competencia

"Aparente Competencia" se refiere a la tendencia de los individuos límite a parecer competentes y capaces de hacer frente a la vida cotidiana en algunos momentos, y en otras ocasiones a comportarse (inesperadamente, con el observador) como si las competencias observadas no existieran. Por ejemplo, un individuo puede actuar de manera asertiva en entornos laborales donde se siente segura y en control, pero puede ser incapaz de producir respuestas asertivas en relaciones íntimas donde se siente menos en control. El control de impulsos mientras está en la oficina del terapeuta no puede generalizarse a los entornos fuera de su oficina. Una paciente que parece estar en un estado de ánimo neutro o incluso positivo cuando abandona una sesión de terapia puede llamar al terapeuta horas más tarde e informarle una angustia extrema como resultado de la sesión. Varias semanas o meses de enfrentar con éxito los problemas de la vida pueden ser seguidos por una crisis y un retiro conductual como medio de hacer frente a la incapacidad y a la desregulación extrema de las emociones.

La capacidad de regular la expresión emocional puede estar presente en algunas situaciones sociales y puede estar completamente ausente en otras. En muchos casos, los individuos límite exhiben muy buenas habilidades interpersonales y con frecuencia son buenos para ayudar a otros a lidiar con sus propios problemas en la vida; sin embargo, no pueden aplicar estas mismas habilidades a sus propias vidas.

La idea del patrón de aparente competencia se me ocurrió al trabajar con uno de mis pacientes, a quien llamaré Susan. Susan era analista de sistemas para una gran corporación. Llegó a la terapia bien vestida, tenía una conducta atractiva, era cómica y reportó buenas evaluaciones de desempeño en el trabajo. Durante varios meses, me pidió repetidamente consejos sobre cómo manejar los problemas interpersonales con su jefe. Sin embargo, parecía muy competente interpersonalmente y estaba convencida de que tenía las habilidades necesarias. Así que seguí tratando de analizar los factores que inhibían el uso de habilidades que supuse que ya tenía. Continuó insistiendo en que simplemente no podía pensar en cómo acercarse a su jefe en asuntos particulares. Aunque todavía creía que ella realmente tenía las habilidades necesarias, un día, con exasperación y frustración, le sugerí que hiciéramos un juego de roles sobre cómo manejar una situación en particular. Yo hice de ella y ella hizo de su jefe. Después del juego de roles, ella expresó su asombro por cómo había manejado la situación. Señaló que simplemente nunca había pensado en esa forma de abordar el problema. Ella accedió fácilmente a acercarse a su jefe y usar el nuevo enfoque que yo había modelado. A la semana siguiente ella informó éxito. Ciertamente, esta interacción no probó que Susan no tenía las capacidades necesarias antes de nuestro juego de roles. Quizás el juego de roles haya transmitido información sobre las reglas sociales para la conducta con los jefes; quizás simplemente le di "permiso" para usar las habilidades que ya tenía. Pero no podía descartar la posibilidad de que hubiera insistido en que Susan tenía habilidades que ella, de hecho, no tenía en la situación en que las necesitaba.

Una serie de factores parecen ser responsables de la aparente competencia del individuo límite. Primero, la competencia del individuo es extremadamente variable y condicional. Como Millon (1981) ha sugerido, la persona límite es "inestablemente estable". Sin embargo, el observador espera que las competencias que se expresan en un conjunto de condiciones se generalicen y se expresen en condiciones similares (al observador). Sin embargo, en el individuo límite, tales competencias a menudo no se generalizan. Los datos sobre el aprendizaje de

situaciones específicas sugieren que la generalización de las conductas en diferentes contextos situacionales no debe ser eliminada en muchos casos (ver Mischel, 1968, 1984, para revisiones); lo que hace que el paciente límite sea único es la influencia del aprendizaje dependiente del estado de ánimo combinado con el aprendizaje específico de la situación. En particular, las capacidades conductuales que el individuo tiene en un estado de ánimo que con frecuencia no tiene en otro. Si, además, el individuo tiene poco control de los estados emocionales (lo que se espera de personas con regulación emocional deficiente), entonces, para todos los propósitos prácticos, tiene poco control sobre sus capacidades conductuales.

Un segundo factor que influye en la aparente competencia tiene que ver con el hecho de que la persona límite no comuniquen claramente su vulnerabilidad a las otras personas importantes de su vida, incluido el terapeuta. En ocasiones, el individuo límite inhibe automáticamente la expresión no verbal de experiencias emocionales negativas, incluso cuando dicha expresión es apropiada y esperada. Por lo tanto, puede estar experimentando agitación interna y dolor psíquico al mismo tiempo que comunica calma y control aparente. Su actitud a menudo parece competente y comunica a los demás que se siente bien y en control. El aspecto competente a veces se ve reforzado por la adopción y expresión de las creencias de su entorno, es decir, que ella es competente en situaciones relacionadas y en el tiempo. En un estado de ánimo o contexto, el individuo tiene dificultades para recuperarse en diferentes estados o situaciones. Esta fachada competente y sonriente es fácilmente confundida por otros como un reflejo preciso de la realidad tras-situacional en todas o en la mayoría de las condiciones. Cuando se encuentra en otro estado o situación emocional, el individuo se comunica con desamparo, y el observador a menudo interpreta este tipo de conducta como que está fingiendo desamparo para llamar la atención o para frustrar a los demás.

Esta inhibición de la expresión emocional negativa probablemente se deriva de los efectos de aprendizaje social de ser criado en un entorno invalidante. Como se describió en el Capítulo 2, los entornos invalidantes recompensan la inhibición de la expresión de la emoción negativa. Se enfatiza el logro, el control personal y la sonrisa ante la adversidad. Para complicar aún más las cosas, la mayoría de los pacientes límite en mi experiencia no saben que no están comunicando su vulnerabilidad. Una de las dos cosas puede estar sucediendo aquí. Primero, un individuo a veces comunica verbalmente que está en peligro,

pero sus señales no verbales no admiten ese mensaje. O el paciente puede discutir un tema personalmente vulnerable y experimentar una emoción intensamente negativa, pero no puede comunicar (verbal o no verbalmente) la experiencia de ese afecto. En cualquiera de los casos, sin embargo, la paciente generalmente cree que se ha comunicado claramente. En el primer caso, ella cree que una descripción simple de cómo se siente, independiente de la expresividad no verbal, es suficiente. Ella puede no ser consciente de que el mensaje no verbal es discordante. En el segundo caso, el paciente cree que el contexto en sí es suficiente comunicación. Sin embargo, cuando otros no captan el mensaje, el individuo suele estar bastante angustiado. Sin embargo, este fallo es comprensible, ya que la mayoría de los individuos que se enfrentan a discrepancias verbales y no verbales confían en lo no verbal sobre los verbales.

He tenido pacientes que con calma y en un tono ordinario me dicen, casi de mala gana, que están tan deprimidos que están pensando en suicidarse. O un paciente puede hablar sobre un rechazo reciente, afirmando que se siente desesperada por la pérdida, con una voz tan casual como si estuviera hablando del clima. Una de mis pacientes, que era soltera y obesa para las normas de mujeres de su edad, inevitablemente se desanimaría mucho al hablar sobre su peso o su estado civil; sin embargo, a excepción del tema, nunca lo hubiera sabido. De hecho, la paciente presentó un argumento tan convincente para una perspectiva feminista que podría haber creído razonablemente que ella había dominado su condicionamiento cultural en los temas. Las discusiones sobre el abuso sexual a menudo tienen el mismo efecto.

Un tercer factor que influye en la aparente competencia tiene que ver con la reacción del individuo límite a las relaciones interpersonales. El paciente típico con el que trabajo parece tener acceso a la competencia emocional y conductual en dos condiciones: O bien está en la presencia real de un individuo que lo apoya y lo cuida, o se percibe a sí misma que está en una relación segura, de apoyo y estable con otra persona significativa, incluso cuando la otra persona no está físicamente presente. Esta es quizás la razón por la cual la persona límite a menudo parece tan competente cuando está con su terapeuta; por lo general, el terapeuta es un individuo de apoyo y nutrición. En raras ocasiones, sin embargo, la relación terapéutica se percibe como segura y estable. Así, cuando el terapeuta no está presente, la influencia se reduce. Aunque esto puede deberse a una falla en la memoria evocadora, como sugiere Adler (1985), también puede tener

que ver con la naturaleza generalmente menos segura de una relación terapéutica. De hecho, las relaciones de terapia se definen por el hecho de que terminan. Para muchos pacientes límite, terminan de forma prematura y brusca. Los efectos beneficiosos de las relaciones, por supuesto, no son exclusivos para los pacientes límite; todos lo hacemos mejor cuando tenemos redes de apoyo social estables (ver Sarason, Sarason y Shearin, 1986, para una revisión). La diferencia es la magnitud de la discrepancia entre las capacidades de los pacientes límite dentro y fuera de las relaciones de apoyo.

No está claro por qué las relaciones tienen tal efecto en estos individuos. Una serie de factores pueden ser importantes. No es difícil imaginar cómo la educación social puede explicar este fenómeno. Si se refuerza a un niño por ser competente y feliz cuando está rodeado de personas y se lo envía solo cuando actúa de otra manera, parece razonable que el niño pueda aprender competencia y felicidad cuando está con personas. Para una persona que es deficiente en la autorregulación y, por lo tanto, depende de la regulación del medio ambiente, estar solo puede llegar a estar plagado de peligros. La ansiedad que resulta de no tener acceso a una relación de ayuda puede interrumpir el afecto de la persona lo suficiente como para iniciar el ciclo de afecto negativo que eventualmente interfiere con la conducta competente. Además, el conocido fenómeno de la facilitación del rendimiento en presencia de otros individuos (Zajonc, 1965) puede ser simplemente más potente con los pacientes límite.

La apariencia de competencia puede engañar a otros, incluido al terapeuta, para que crean que la persona límite es más competente de lo que realmente es. La discrepancia entre apariencia y realidad simplemente perpetúa el entorno de invalidación. La ausencia de la competencia esperada se atribuye a la falta de motivación, manipulación u otros factores discrepantes con la experiencia fenomenológica del individuo. Por lo tanto, una de las principales consecuencias de este síndrome límite es que apoya al terapeuta y a otros a "culpar a la víctima" y los ciega ante la necesidad de asistencia del paciente para aprender nuevos patrones de conducta.

El dilema dialéctico para el paciente.

El individuo límite se enfrenta a un dilema aparentemente irreconciliable. Por un lado, tiene tremendas dificultades con la autorregulación emocional y la subsecuente competencia conductual. Con frecuencia, pero de manera impredecible, necesita mucha ayuda, a menudo

se siente indefensa y sin esperanza, y teme quedarse sola para valerse por sí misma en un mundo donde ha fallado una y otra vez. Sin la capacidad de predecir y controlar su propio bienestar, ella depende del entorno social para regular su emoción y conducta. Por otro lado, ella experimenta una vergüenza intensa por comportarse de manera dependiente en una sociedad que no puede tolerar la dependencia, y ha aprendido a inhibir las expresiones de emoción negativa y desamparo cada vez que la emoción está dentro de límites controlables. De hecho, cuando está en un estado de ánimo positivo, ella puede ser excepcionalmente competente en una variedad de situaciones. Sin embargo, en el estado de ánimo positivo, tiene dificultades para mejorar sus propias capacidades conductuales en un estado de ánimo diferente y, por lo tanto, comunica a los demás la capacidad de sobrepasar sus capacidades. Por lo tanto, la persona límite, aunque a veces desesperada por obtener ayuda, tiene grandes dificultades para pedir ayuda de manera adecuada o para comunicar sus necesidades.

La incapacidad de integrar o sintetizar las nociones de impotencia y competencia, de no control y control, y de necesitar y no necesitar ayuda puede llevar a un mayor sufrimiento emocional y conductas disfuncionales. Creyendo que es competente para "tener éxito", la persona puede experimentar una culpa intensa por su supuesta falta de motivación cuando no cumple con los objetivos. En otros momentos, ella experimenta una ira extrema hacia los demás por su falta de comprensión y por sus expresiones poco realistas. Tanto la culpa intensa como la ira intensa pueden conducir a conductas disfuncionales, incluidos el suicidio y el parasuicidio, destinados a reducir los estados emocionales dolorosos. Para la persona aparentemente competente, la conducta suicida es a veces el único medio de comunicarse con otros a los que realmente no puede hacer frente y que los necesita; es decir, la conducta suicida es un grito de ayuda. La conducta también puede funcionar como un medio para hacer que otros alteren sus expectativas poco realistas, para "demostrar" al mundo que realmente no puede hacerlo que se espera.

El dilema dialéctico para el terapeuta.

La dimensión de la pasividad activa frente a la competencia aparente presenta también un desafío dialéctico para el terapeuta. Un terapeuta que ve solo la competencia de la persona aparentemente competente no solo puede ser demasiado exigente en términos de expectativas de desempeño, sino que también puede no responder a las comunicaciones de

angustia y dificultad. Se produce un ambiente de invalidación. La tendencia a atribuir la falta de progreso a la "resistencia" en lugar de la incapacidad es especialmente peligrosa. No solo esta postura, adoptada sin crítica, invalida; también evita que el terapeuta ofrezca el entrenamiento de habilidades necesario. La experiencia habitual de que un paciente abandone una sesión aparentemente en un estado emocional neutral o incluso positivo, pero llama poco después para amenazar con el suicidio, puede ser una consecuencia de este patrón.

En contraste, puede ser un problema si un terapeuta no reconoce las verdaderas capacidades de un paciente, por lo que cae en el patrón de pasividad activa con ella. Puede ser especialmente fácil para el terapeuta confundir la escalada emocional con las verdaderas deficiencias. El pánico a veces se disfraza de incapacidad. Naturalmente, puede ser especialmente difícil evitar esta trampa cuando el paciente insiste en que, si no se reducen las expectativas terapéuticas y se brinda más asistencia, la consecuencia será el suicidio. Se necesita un terapeuta valiente (y, podría agregar, seguro de sí mismo) para evitar que se hunda y apacigüe al paciente en estas circunstancias. Los principios conductuales de modelado son especialmente relevantes en estas situaciones. Por ejemplo, como explico más adelante en el Capítulo 8, en las primeras etapas del tratamiento, el terapeuta puede necesitar "leer" las emociones del paciente con mayor frecuencia a partir de información escasa y anticipar los problemas mucho más que en etapas posteriores, después de que la paciente haya mejorado sus habilidades de comunicaciones. La clave, por supuesto, es juzgar con precisión en qué momento del modelado se encuentra el paciente.

Romper con la pasividad activa y generar coparticipación es una tarea continua. El error que el terapeuta debe evitar es continuar con la simplificación excesiva de las dificultades del paciente y asumir demasiado pronto que el paciente puede hacer frente a los problemas solo. Tal suposición es comprensible, dado el patrón de aparente competencia. Sin embargo, tal error simplemente aumenta la pasividad del paciente; de lo contrario, el paciente corre el riesgo de salir de un extremo y quedarse solo. En general, cuanto más fácil sea el sonido del progreso, más pasivo será el individuo. Pero enfatizar la dificultad inherente del cambio, aunque al mismo tiempo requiere un progreso activo, puede facilitar el trabajo activo. El rol del terapeuta es equilibrar las capacidades y las deficiencias del paciente, una vez más con flexibilidad entre la aceptación de apoyo y los enfoques de

tratamiento / confrontación / cambio. Las exhortaciones al cambio deben estar integradas con infinita paciencia.

Crisis Implacable vs Inhibición del Duelo

Crisis Implacable

Muchos individuos borderline y suicidas son un estado de crisis implacables y perpetuas. A pesar de que el suicidio y el parasuicidio y otras conductas disfuncionales son conceptualizadas en DBT como intentos mal-adaptativos de soluciones a problemas de la vida, una declaración más precisa es que estos comportamientos son respuestas a un estado de crisis crónica y abrumadora. Este estado es debilitante para el individuo límite, no por la magnitud del evento estresante, sino por la alta reactividad del individuo y la naturaleza crónica de los eventos estresantes. Por ejemplo, la pérdida simultánea de trabajo, cónyuge e hijos y una enfermedad grave concomitante, teóricamente, al menos, sería más fácil de manejar que el mismo conjunto de eventos experimentados de forma secuencial. Berent (1981) sugiere que los eventos estresantes repetitivos, junto con la incapacidad de recuperarse por completo de un evento estresante, resultan en un "debilitamiento del espíritu" y conductas suicidas u otras. En cierto sentido, el paciente nunca puede volver a una línea de base emocional antes de que llegue el siguiente golpe. Desde el punto de vista de Selye(1956), el individuo se está acercando constantemente a la etapa de "agotamiento" al adaptarse al estrés.

Esta incapacidad para volver a la línea de base puede ser el resultado de varios factores. Por lo general, una persona límite crey es controlada por un entorno aversivo. Los factores temperamentales exacerbaban la respuesta emocional inicial del individuo y la tasa de retorno a la línea de base después de cada factor estresante es lenta. Tanto la magnitud como el número de factores estresantes subsiguientes se incrementan por las respuestas del individuo al factor estresante inicial. Una incapacidad para tolerar o reducir el estrés a corto plazo sin emitir conductas de escape disfuncionales provoca aún más factores estresantes. Las habilidades interpersonales inadecuadas resultan en estrés interpersonal y no permiten resolver muchos de los problemas de la vida. Una red de apoyo social igualmente inadecuada (el entorno de invalidación) puede contribuir a la incapacidad de controlar los eventos ambientales negativos; también debilita aún más las posibilidades de la persona de desarrollar las capacidades necesarias.

Por ejemplo, una mujer puede ser controlada por un esposo abusivo y varios hijos jóvenes dependientes. Puede ser poco realista, ya sea financiera o moralmente, sugerir que abandone a su familia. Las habilidades deficientes y una red de apoyo social deficiente pueden exacerbar su incapacidad para controlar los eventos ambientales negativos, además de evitar que desarrolle nuevas habilidades o fortalezas. Otra mujer puede estar en un ambiente de trabajo que ofrece pocas recompensas y muchos castigos; Sin embargo, puede ser económicamente imposible para ella dejar el trabajo en un futuro previsible. Las largas horas de trabajo pueden interferir con cualquier posibilidad de que tenga que aprender las habilidades que harían posible un mejor trabajo. Las crisis crónicas, implacables, combinada con una baja tolerancia inicial a los eventos estresantes y la incapacidad de evitarlos, conduce casi inevitablemente a la experiencia de otros eventos como abrumadores.

Esta experiencia de sentirse abrumado es a menudo la clave para comprender la tendencia repetitiva de los pacientes límite (a veces casi la determinación) a cometer actos parasuicidas, amenazar con el suicidio o involucrarse en otras conductas impulsivas y disfuncionales. Y, como sugiere Berent (1981), el debilitamiento acumulativo del espíritu puede llevar a un suicidio real completo. Al parecer, las reacciones exageradas e incomprensibles a los eventos aparentemente menores, las críticas y las pérdidas se vuelven comprensibles cuando se ven en el contexto de la impotencia de los pacientes frente a las crisis crónicas que experimentan. El patrón de pasividad activa, descrito anteriormente, sugiere que estos individuos generalmente no pueden reducir el estrés sin ayuda. Ambos patrones, crisis incesante y pasividad activa, predicen las demandas frecuentes y excesivas que estos pacientes hacen a los terapeutas. Sin embargo, el patrón de competencia aparente conduce a una cierta falta de voluntad por parte de otros para ayudar a los pacientes. Cuando esta falta de voluntad se extiende incluso a sus terapeutas, las situaciones pueden escalar aún más rápidamente en crisis insoportables.

Las crisis continuas generalmente interfieren con la planificación del tratamiento. Los problemas críticos cambian más rápido de lo que un paciente o un terapeuta pueden tratar con eficacia. En mi experiencia, la naturaleza orientada a la crisis hace que sea particularmente difícil, de hecho, casi imposible, seguir un plan de tratamiento conductual predeterminado. Esto es especialmente cierto si el plan implica habilidades de enseñanza que no están íntimamente relacionadas

con la crisis actual y que no prometen un alivio inmediato. El entrenamiento de habilidades es como tratar de enseñarle a una persona cómo construir una casa que no se caiga en un tornado. El paciente sabe que el lugar apropiado para estar durante un tornado es en el sótano, agachado debajo de una mesa resistente; es comprensible si ella insiste en esperar un "tornado" emocional en el "sótano".

Pasé muchos años tratando de aplicar las terapias conductuales que sabía que eran efectivas para otros pacientes. En general, estas estrategias de tratamiento requieren un enfoque constante en algún tipo de entrenamiento de habilidades, exposición, reestructuración cognitiva o entrenamiento de autocontrol. Pero simplemente no pude lograr que los pacientes o yo nos apegáramos a mis planes de tratamiento bien pensados y articulados durante más de una semana o dos.

Ante las nuevas y múltiples crisis, constantemente estaba volviendo a analizar los problemas, volviendo a desarrollar los planes de tratamiento, o simplemente tomaba un tiempo fuera del tratamiento para atender las crisis. Los nuevos problemas siempre parecían más importantes que los viejos problemas. La mayoría de las veces, atribuí mi incapacidad para lograr que la terapia funcionara a mi propia inexperiencia como terapeuta conductual o alguna otra debilidad terapéutica de mi parte. Sin embargo, después de varios años, decidí que, aunque los problemas fueran mi falta de capacidad, probablemente había muchos otros terapeutas tan poco cualificados como yo. Esta visión fue instrumental en el desarrollo de DBT. La solución a este dilema en DBT ha sido desarrollar módulos de terapia psicoeducativa para enseñar habilidades conductuales, cognitivas y emocionales específicas. Aunque la tarea de la psicoterapia individual es ayudar al paciente a integrar las habilidades en la vida diaria, los rudimentos de las habilidades se enseñan fuera del contexto de la terapia individual ordinaria. Mis colegas y yo hemos descubierto que es mucho más fácil para un terapeuta resistirse a ser atrapado en una crisis individual en un entorno grupal. Además, parece más fácil para los pacientes comprender y tolerar una aparente falta de atención a sus crisis individuales cuando pueden atribuir esto a las demandas del entorno del grupo en lugar de a la falta de preocupación por su impotencia actual; se reduce el sentido de invalidación personal. Sin embargo, un grupo no es esencial. Cualquier entorno en el que el contexto sea diferente al de la terapia individual estándar, donde se transmite el mensaje: "Ahora estamos haciendo entrenamiento de habilidades, no intervención de crisis", también puede funcionar.

Un problema terapéutico adicional con las crisis es que a menudo es fácil que tanto un paciente como un terapeuta se pierdan en el matorral de las crisis. Una vez que el paciente está emocionalmente fuera de control, sus crisis pueden escalar y volverse tan compleja que ni el paciente ni el terapeuta pueden concentrarse en el evento o problema precipitante original. Parte del problema a veces es la tendencia del paciente a reflexionar sobre los eventos traumáticos. La rumia no solo perpetúa las crisis, sino que puede generar nuevas crisis cuya relación con las crisis originales a menudo se pasa por alto. Tal paciente es un poco como un niño cansado en una salida familiar. Una vez demasiado cansado, el niño puede sentirse molesto por cada frustración y desacuerdo menor, llora y hace rabietas ante la menor provocación. Si los padres se enfocan en tratar de resolver cada crisis individual, se logrará poco progreso. Es mucho mejor atender el problema original: la falta de sueño y el descanso. De manera similar, el terapeuta con pacientes límite debe estar atento al evento original, ubicando una vulnerabilidad emocional en una secuencia o cadena particular; de lo contrario, el terapeuta pronto estará tan distraído por la angustia acumulada del paciente que se confundirá y se desorganizará al abordar el problema.

Una de mis pacientes, a quien llamaré Lorie, fue particularmente sensible a las críticas y la desaprobación. La habían criado en una casa con un padre abusivo que no podía controlar su temperamento. Cuando los niños hacen algo reprochable, a veces siguen arrebatos violentos, frecuentemente acompañados de palizas. Para cuando Lorie tenía 35 años, un escenario típico sería el siguiente: Tomaría una decisión y pondría en práctica un plan que más tarde temía que a su supervisor en el trabajo no le gustara. Después de reflexionar mucho sobre la decisión y la probable reacción negativa de su supervisor, ella se retiraría del plan y decidiría que su decisión original estaba equivocada. Luego se preocuparía por su aparente estupidez o su estilo cognitivo problemático. Luego, podría conversar con otros colegas y decidir que un proyecto de trabajo conjunto, no relacionado con el área de preocupación con su supervisor, no tendría esperanzas debido a su deterioro cognitivo. Después del trabajo, compraba licor, se iba a casa y se emborrachaba, racionalizando que de todos modos ya tenía daño cerebral. De este modo, ella decepcionaría a su esposo, que le decía que estaba cerca del final por su forma de beber. A la mañana siguiente, con una resaca e ineludible culpa por volver a beber alcohol, podría reaccionar exageradamente ante la pregunta de su marido sobre el costo

de la matrícula universitaria de su hija, y se produciría una acalorada discusión con su marido sobre las finanzas. Ella vendría a una sesión ese día conmigo y comenzaría con una petición tranquila de discutir si debería buscar otro trabajo o vender su casa, porque había decidido que su familia necesitaba un ingreso más alto para que sus hijos pudieran ingresar a la universidad. Todos mis intentos de resolución de problemas con respecto a esta crisis particular, comprensiblemente, se encontrarían con una mayor escalada de emoción.

Duelo inhibido

Equilibrar la tendencia a las crisis perpetuas es la tendencia correspondiente a evitar o inhibir la experiencia y la expresión de reacciones emocionales extremas y dolorosas. "Dolor inhibido" se refiere a un patrón de pérdida y trauma significativo y repetido, junto con la incapacidad de experimentar plenamente e integrar o resolver personalmente estos eventos. Una crisis de cualquier tipo siempre implica alguna forma de pérdida. La pérdida puede ser concreta (por ejemplo, la pérdida de una persona a través de la muerte, la pérdida de dinero o trabajo, o la pérdida de una relación a través de la ruptura o el divorcio). La pérdida puede ser principalmente psicológica (por ejemplo, pérdida de previsibilidad y control debido a cambios ambientales repentinos e inesperados, o pérdida de la esperanza de tener padres que nutran cuando una persona reconoce una vez más sus limitaciones). O la pérdida puede ser perceptiva (por ejemplo, la pérdida percibida de aceptación interpersonal cuando el comentario de otra persona se interpreta como crítico). La acumulación de tales pérdidas puede tener dos efectos. En primer lugar, una pérdida temprana o no esperada puede resultar en una sensibilización a una pérdida posterior (Brasted & Callahan, 1984; Osterweis, Solomon, & Green, 1984; Callahan, Brasted, y Granados, 1983; Parkes, 1964). En segundo lugar, un patrón de muchas pérdidas lleva a una "sobrecarga de duelo", para usar un término acuñado por Kastenbaum (1969). Es como si se inhibiera el proceso de aflicción. Como lo indica mi descripción de este patrón, el dolor inhibido se solapa considerablemente con el trastorno de estrés posttraumático.

Tanto el TLP como el parasuicidio están asociados con un historial de una o más pérdidas importantes (incesto, abuso físico u otro abuso sexual, muerte de un padre o hermano, negligencia de los padres) a una edad temprana. Una serie de revisiones de literatura empírica (Gunderson y Zanarini, 1989) han llegado a la conclusión de que los pacientes

limite experimentan mayores pérdidas en la infancia de un padre a través del divorcio o la muerte, tasas más altas de separación en la primera infancia de los cuidadores principales y más abuso físico y negligencia que otros tipos de pacientes psiquiátricos. Como he discutido al describir el entorno de invalidación (Capítulo 2), lo más llamativo es la fuerte relación de TLP con las historias de abuso sexual infantil. Estos datos sobre traumas infantiles han llevado al menos a un investigador a sugerir que la TLP es un caso especial de trastorno por estrés postraumático (Ross, 1989).

Duelo normal

La investigación empírica sobre el duelo normal es escasa y generalmente se centra en las secuelas de muertes de seres queridos. Sin embargo, el dolor normal tiene una serie de etapas identificables: (1) evitación, incluyendo incredulidad, entumecimiento o conmoción; (2) desarrollar conciencia de la pérdida, lo que lleva a un duelo agudo, que puede incluir anhelo y búsqueda de la cosa perdida, diversas sensaciones físicas dolorosas, respuestas emocionales, preocupación por las imágenes, pensamientos del objeto perdido, desorganización conductual y cognitiva y desesperación; y (3) resolución, reorganización y aceptación (ver Rando, 1984, para una revisión de varias formulaciones del proceso de duelo). La pena es un proceso excepcionalmente doloroso que consiste en una variedad de respuestas emocionales, físicas, cognitivas y conductuales características. Aunque no todas las respuestas caracterizan a cada individuo en duelo, las siguientes características son lo suficientemente comunes como para que se las considere parte del "dolor normal": malestar en el estómago, presión en la garganta o el pecho, dificultad para tragar, dificultad para respirar, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, mareos, desmayos, pesadillas, insomnio, visión borrosa, erupciones en la piel, sudoración, alteración del apetito, indigestión, vómitos, palpitaciones, alteración menstrual, dolor de cabeza, dolor general, despersonalización, alucinaciones y emociones negativas intensas (Worden, 1982; Maddison y Viola, 1968; Rees, 1975). Es importante señalar aquí que el dolor y el proceso de aflicción incluyen la gama completa de emociones negativas: tristeza, culpa y auto reproche, ansiedad y miedo, soledad y enojo.

Todos los animales sociales, incluidos los humanos, lamentan la pérdida en un grado u otro, un fenómeno con un probable valor de supervivencia para la especie (Averill, 1968). Si bien existe una gran

experiencia clínica sobre la necesidad de lamentarse, trabajar y resolver las pérdidas, existe muy poca investigación que respalde la mayoría de las afirmaciones sobre el proceso.

Wortman y Silver (1989) sugieren que existen al menos tres patrones de adaptación a la pérdida. Algunos individuos siguen el patrón esperado como se describe anteriormente. Una minoría considerable entra en la fase de duelo continuo con un estado de gran angustia durante mucho más tiempo del que se esperaría. Finalmente, otros no muestran una angustia intensa después de la pérdida, ya sea inmediatamente después de la pérdida o en intervalos subsiguientes. Eso es, algunos individuos parecen burlar el proceso de aflicción adaptativamente.

Problemas con la aflicción en pacientes límites

Los pacientes límites no se encuentran entre los que pueden sortear el proceso de duelo. Además, parecen incapaces de tolerar o moverse a través de la fase de luto agudo. En lugar de avanzar a través de la resolución y aceptación del duelo, continuamente recurren a una o más respuestas de evitación. Por lo tanto, la inhibición de la aflicción entre los individuos límite sirve para exacerbar el efecto de los eventos estresantes y continúa un círculo vicioso. El duelo inhibido es comprensible entre los pacientes límite. Las personas solo pueden pasar por un proceso o una experiencia muy dolorosa si confían en que terminará algún día, o que van a poder "resolverlo". No es raro escuchar a los pacientes límite decir que sienten que, si alguna vez lloran, nunca se detendrán. De hecho, esa es su experiencia común: la experiencia de no poder controlar o modular sus propias experiencias emocionales. Se convierten, en un duelo-fóbico. Ante tal impotencia y falta de control, la inhibición y la evitación de las señales asociadas con la aflicción no solo son comprensibles, sino quizás sabias a veces. La inhibición, sin embargo, tiene sus costos.

El tema común en el duelo patológico es evitar con éxito las señales relacionadas con la pérdida (Callahan y Burnette, 1989). Sin embargo, la capacidad de evitar todas las señales asociadas con pérdidas repetidas es limitada. Por lo tanto, los individuos límite se reexponen constantemente a la experiencia de pérdida, inician el proceso de duelo, inhiben automáticamente el proceso evitando o distrayéndose, reingresan al proceso, y así sucesivamente en un patrón circular que no tiene fin. La exposición a las señales asociadas con sus pérdidas y aflicciones nunca se mantiene lo suficiente como para que se logre la desensibilización. Gauthier y Marshall (1977) han sugerido que una

exposición tan breve a estímulos intensos puede crear una situación análoga al "fenómeno de Napalkov". Napalkov (1963) descubrió que después de un par de estímulos condicionados y un estímulo no condicionado aversivo, las presentaciones breves y repetidas del estímulo condicionado solo a una intensidad máxima produjeron un aumento notable en una respuesta de presión arterial condicionada. Eysenck (1967, 1968) ha desarrollado esto en una teoría de la incubación cognitiva del miedo en los humanos. Como señalan Gauthier y Marshall (1977), los pensamientos intrusivos sobre la propia pérdida o el trauma, seguidos de los intentos de suprimir tales pensamientos, coinciden con las condiciones descritas por Eysenck como ideales para la incubación de respuestas estresantes.

Volkan (1983) describe un fenómeno interesante, el "luto patológico establecido", que es similar al patrón que estoy describiendo. En el luto patológico establecido, el individuo desea completar el luto, pero al mismo tiempo intenta constantemente deshacer la realidad de la pérdida. He visto este patrón repetidamente en pacientes cuyas terapias anteriores terminaron precipitadamente la terapia con ellos. Uno de mis pacientes fue internado en un hospital después de un intento de suicidio. Su terapeuta la visitó en el hospital y le informó que la terapia había terminado y que no habría más contacto entre ellos. Posteriormente, este terapeuta rechazó sistemáticamente cualquier contacto con el paciente, no respondió a ningún intento de comunicación y se negó incluso a hablar conmigo o enviarme un informe, sugiriendo que dicho contacto solo reabriría la esperanza por parte del paciente. Los primeros 2 años de terapia conmigo consistieron en que la paciente intentara restablecer continuamente el contacto con su terapeuta anterior, a menudo intentando convencerme de que estableciera una reunión conjunta; expresándome enojo cada vez que actuaba de manera inconsistente con la forma en que había trabajado su terapeuta anterior; entrar continuamente en el proceso de duelo con componentes de respuestas somática, emocional, cognitivo y conductual, incluidas las conductas suicidas; y, finalmente, cortocircuito en la respuesta de luto volviendo a los esfuerzos para restablecer el contacto.

Aunque sabemos que la inhibición de la pena largo plazo es perjudicial, no está particularmente claro por qué la expresión de las emociones asociadas con la pérdida y el trauma es beneficiosa. Puede ser que la exposición a señales asociadas con el dolor emocional conduzca a la extinción o la habituación, mientras que la evitación constante y la exposición insuficiente interfieren con estos procesos.

Existe cierta evidencia de que hablar o escribir sobre eventos traumáticos o estresantes, especialmente cuando la divulgación incluye las emociones provocadas por el evento, conduce a una reducción de la rumiación sobre el evento, mejora la salud física y aumenta los sentimientos de bienestar (consulte Pennebaker, 1988, para una revisión de este trabajo).

La tarea del terapeuta con un paciente límite es ayudarlo a enfrentar las pérdidas y los eventos traumáticos en su vida y a experimentar y expresar reacciones de duelo. La principal forma de lograr esto es discutir las situaciones durante las sesiones de terapia. Esto es más fácil decirlo que hacerlo, ya que a menudo el paciente se resiste activamente a tales sugerencias. Algunos pacientes insisten en hablar sobre traumas previos, especialmente el abuso infantil, antes de poder revertir la inhibición emocional asociada. Incluso cuando el terapeuta tiene éxito al comenzar la discusión de un trauma o una pérdida, el paciente a menudo simplemente se apaga en el medio y permanece en silencio o solo es mínimamente comunicativo. Por ejemplo, rara vez he tenido un paciente que continuará hablando sobre un tema sensible que va a llorar; la amenaza de las lágrimas generalmente detiene nuestra interacción hasta que el paciente recupera el control. Uno de mis pacientes, a quien llamaré Jane, casi nunca podía discutir temas con carga emocional durante más de un minuto o dos. Casi inmediatamente, su mandíbula y los músculos faciales se tensaban, ella apartaba la vista o se acurrucaba en posición fetal, y todas las interacciones cesaban. Con los terapeutas anteriores, quienes se callaron cuando lo hizo Jane, a veces asistía a sesiones enteras sin decir una palabra. Con el tiempo, aprendí que durante tales episodios su mente generalmente se quedaba en blanco o se inundaba de pensamientos acelerados; se sentía como si se estuviera ahogando, no pudiera respirar, y creía que podría estar muriendo.

Una vez que la confrontación y la presión al paciente no funcionan (para que hable), el terapeuta puede sentirse tentado a suponer que, dado que la experiencia es frustrante para él o ella, el paciente debe frustrarse. La conducta del paciente se interpreta luego como un ataque al terapeuta o la terapia, como describí anteriormente en este capítulo en la discusión sobre la ira y el TLP. (El video de una sesión de terapia con Jane, como se señaló en esa discusión, es uno de los que hace que algunos profesionales en la audiencia asuman que los frecuentes silencios durante la sesión son intentos activos de atacarme). A menudo, mi interpretación de tal conducta como el dolor inhibido ha sido

interpretada como ingenua por mi parte. A veces me parece que los terapeutas creen que su propia frustración y su ira son guías infalibles de los motivos del paciente. El peligro en tal enfoque es que invalida claramente la experiencia del paciente; así, perpetúa el ambiente de invalidez que la paciente ha estado expuesta toda su vida. Además, no le ofrece al paciente la ayuda que necesita.

En mi experiencia, un enfoque más fructífero ha sido centrarme en conductas específicas y concretas en las que el paciente puede participar para revertir la inhibición emocional. La idea es tomar en serio la dificultad expresiva de la paciente y ofrecerle la ayuda que necesita. Por ejemplo, con Jane, pasé de las instrucciones específicas para quitarme las gafas de sol espejadas a desenvolver sus brazos de alrededor de sus rodillas en las sesiones en las que observaba que apretaba la mandíbula, le recordé que relajara los músculos de la cara y los dejara caer ligeramente. Sin embargo, uno puede tomar este punto de vista al extremo y negarse a evaluar la motivación hostil y la ira cuando existe. El punto clave es que los factores que influyen en la conducta deben estar sujetos a evaluación, no a suposiciones. El patrón de duelo inhibido ofrece un análisis conductual alternativo contrario a una manifestación de hostilidad contra el terapeuta.

El dilema dialéctico para el paciente.

El paciente límite se presenta en realidad con dos dilemas en la dimensión de las crisis implacables frente al duelo inhibido. Primero, es difícil, si no imposible, inhibir las reacciones de duelo a pedido y evitar la exposición a las señales de pérdida y trauma cuando, al mismo tiempo, se encuentra en un estado de crisis perpetua. En segundo lugar, aunque la inhibición de las respuestas afectivas asociadas con la aflicción puede ser efectiva para la resolución del dolor a corto plazo, no es muy efectiva para brindar apoyo social a las crisis del paciente, ni tampoco conduce a la tranquilidad a largo plazo. De hecho, las conductas de escape típicas de la aflicción inhibida son a menudo conductas impulsivas como beber, conducir rápido, gastar dinero, participar en relaciones sexuales sin protección y dejar situaciones. Estos comportamientos son instrumentales en la creación de nuevas crisis. Por lo tanto, el individuo límite tiende a vacilar de un lado a otro entre los dos extremos: en un momento, ella es vulnerable a las crisis; en el siguiente, inhibe todas las experiencias afectivas asociadas con las crisis. El problema clave es que a medida que la

experiencia en cada extremo se intensifica, se vuelve cada vez más difícil para el paciente no saltar al otro extremo.

El dilema dialéctico para el terapeuta.

El dilema dialéctico para el terapeuta es equilibrar su respuesta a la naturaleza oscilante de la angustia del paciente, algunas veces expresada como crisis agudas y emociones abrumadoras, y otras veces como una inhibición completa de la respuesta emocional. Una reacción intensa por parte del terapeuta de cualquier extremo puede ser todo lo que se necesita para empujar al paciente al otro extremo. La tarea del terapeuta es, primero, ayudar al paciente a comprender sus patrones de reacción y, segundo, ofrecer una esperanza realista de que el paciente pueda sobrevivir al proceso de aflicción. Tal esperanza realista requiere que el terapeuta enseñe habilidades de tolerancia al malestar, incluidas las estrategias de afrontamiento necesarias para la aceptación exitosa y la reorganización de la vida en el presente sin pérdida.

Al mismo tiempo, el terapeuta también debe validar y apoyar la experiencia emocional y las dificultades del paciente en las crisis. Por supuesto, ofrecer comprensión sin ayuda concreta para mejorar las crisis puede ser incluso más angustiante que no ofrecer nada en absoluto. Sin embargo, la ayuda concreta que el terapeuta tiene para ofrecer requiere que la paciente se enfrente en lugar de evitar las crisis. La síntesis que trabaja el terapeuta con la paciente es la capacidad de afligirse profundamente y terminar con el duelo; el objetivo final es que la paciente construya y reconstruya su vida a la luz de las realidades actuales.

Comentarios

En este capítulo, así como en los dos anteriores, he descrito los fundamentos teóricos de DBT. Es fácil para el hombre creer que la teoría no es muy relevante para la práctica. La ayuda práctica, especialmente las ideas sobre qué hacer y cuándo hacerlo, es lo que muchos terapeutas desean y necesitan. El resto de este libro es un intento de brindarle esa ayuda, tomar la teoría y hacerla práctica. Sin embargo, ningún manual o libro de terapia puede anticipar todas las situaciones en las que se encontrará. Por lo tanto, deberá conocer la teoría lo suficientemente bien como para poder crear una nueva terapia con cada paciente. El propósito de la teoría es darle una manera breve de pensar en el paciente, una forma de entender su experiencia y relacionarse con ella, aunque es posible que no haya experimentado problemas similares. También tiene la intención de proporcionar una conceptualización de las

dificultades del paciente que le dará esperanza cuando se sienta desesperanzado, y ofrecer una vía para nuevas ideas de tratamiento cuando esté desesperado por algo diferente que probar.

Notas

- 1 . Otto Kernberg es uno de los teóricos más influyentes que propone el exceso de ira como crucial en el desarrollo del TLP. Cuando propuse esta hipótesis vinculada al género para explicar nuestras diferencias en este punto, señalé que muchos de sus maestros han sido mujeres.
- 2 . En otras ocasiones, la inhibición expresiva puede funcionar como una estrategia de control emocional. Una explicación alternativa para la "aparente falta de emoción" de algunos pacientes límite puede ser que la reducción de la expresividad emocional no verbal en general, o en ciertos niveles de activación, o para ciertas emociones, es el resultado de factores constitucionales (es decir, biológicos). Si este es el caso, podría ser un factor importante para provocar la invalidación del medio ambiente a una edad temprana.

CAPITULO 4

Descripción General del Tratamiento: Objetivos, Estrategias y Suposiciones

Pasos cruciales en el tratamiento

En pocas palabras, DBT es muy simple. El terapeuta crea un contexto de validación en lugar de culpar al paciente, y dentro de ese contexto, el terapeuta bloquea o extingue las malas conductas, arrastra las buenas conductas del paciente y encuentra una manera de hacer que las buenas conductas se refuercen para que el paciente continúe los buenos y pare los malos.

Al inicio, las conductas "malas" o "buenas" se definen y se enumeran en orden de importancia. El compromiso (aunque solo sea a medias) para trabajar en los objetivos conductuales de DBT es una característica indispensable del paciente DBT. Las características requeridas del terapeuta son compasión, persistencia, paciencia, una creencia en la eficacia de la terapia que sobrevivirá a la creencia del paciente en su ineficacia, y una cierta disposición a asumir riesgos. El cumplimiento de estas tareas requiere una serie de pasos, que se explican a continuación.

Preparando el escenario: captando la atención del paciente

Acordando metas y orientando al paciente sobre el tratamiento

El acuerdo sobre los objetivos y los procedimientos generales del tratamiento es el primer paso y el más crucial antes de que la terapia inicie. En este punto, el terapeuta tiene que llamar la atención y el interés del paciente. La DBT es muy específica sobre el orden y la importancia de varios objetivos de tratamiento, como se explica en detalle en el Capítulo 5. Las conductas suicidas, parasuicidas y que amenazan la vida son las primeras. Las conductas que amenazan el proceso de la terapia son los segundos. Los problemas que hacen imposible desarrollar una calidad de vida razonable son los terceros en importancia. A lo largo del tratamiento, el paciente está aprendiendo habilidades de afrontamiento que usara en lugar de las habituales respuestas disfuncionales; el cuarto más importante es la estabilización de estas habilidades conductuales. Una vez que se ha progresado en estos objetivos, sigue el trabajo para resolver el estrés postraumático (se eleva y es la cima en su importancia), seguido de la ayuda al paciente para lograr una amplia auto-validación y autoestima.

Los pacientes que no aceptan trabajar en: la disminución de las conductas suicidas y parasuicidas, los estilos interpersonales que interfieren con la terapia y el aumento de las habilidades conductuales, no son aceptados en el tratamiento. (Los acuerdos para trabajar en otros objetivos DBT se desarrollan a medida que avanza la terapia). Luego, los futuros pacientes se orientan a otros aspectos del tratamiento, incluidas las formas en que se lleva a cabo el tratamiento y las reglas básicas. No se aceptan pacientes que no estén de acuerdo con las reglas mínimas básicas (que se describen más adelante en este capítulo). En entornos donde los pacientes no pueden ser rechazados legal o éticamente del tratamiento, se necesita algún tipo especial de "programa dentro de un programa" para que los pacientes puedan ser rechazados. Los acuerdos de los pacientes con los términos de DBT siempre se mencionan cuando luego intentan violar las reglas o cambiar las reglas. Los acuerdos de los terapeutas también pueden ser legítimamente planteados por los pacientes.

Estableciendo una relación

El terapeuta debe trabajar para establecer una relación interpersonal con el paciente que sea fuerte y positiva desde el principio. Esto es esencial porque la relación con el terapeuta es con frecuencia el único reforzador que funciona para una persona límite en el manejo y cambio conductual. Con un paciente altamente suicida, la relación con el terapeuta es a veces lo que la mantiene con vida cuando todo lo demás falla. Finalmente, al igual que muchas escuelas de psicoterapia, DBT trabaja bajo la premisa de que la experiencia de ser realmente aceptado y cuidado es valioso por sí mismo, aparte de cualquier cambio que el paciente realice como resultado de la terapia (Linehan, 1989). No se puede hacer mucho en DBT antes de que se desarrolle esta relación.

Tan pronto como se establece la relación, el terapeuta comienza a comunicar al paciente que las reglas han cambiado. Mientras que la paciente podría haber creído previamente que si se mejoraba perdería al terapeuta, ahora se le dice que, si no mejora, perderá al terapeuta mucho más rápido: "Continuar con una terapia ineficaz no es ética". La DBT ha sido llamada "terapia de chantaje" por algunos, ya que el terapeuta está dispuesto a poner en riesgo la calidad de la relación en un intercambio por una mejor conducta por parte del paciente. Si el terapeuta no puede lograr el poder interpersonal necesario para influir en el cambio, entonces la terapia debe ampliarse para incluir a aquellos que sí tienen ese poder con el paciente. Por ejemplo, con los adolescentes, la terapia familiar puede ser esencial.

Mantenerse dialéctico

La tensión dialéctica central en DBT es aquella entre el cambio y la aceptación. La noción paradójica aquí es que el cambio terapéutico solo puede ocurrir en el contexto de aceptación; la "aceptación" es en sí misma un cambio. Por lo tanto, la DBT requiere que el terapeuta equilibre el cambio y la aceptación en cada interacción con el paciente. La tensión secundaria está entre los ejercicios de control y liberación. El terapeuta ejerce el control de la terapia (y, en ocasiones, del paciente) para mejorar la libertad y el autocontrol definitivos del paciente. Mantenerse dialéctico también requiere que el terapeuta modele y refuerce los estilos de respuesta dialéctica. Se confrontan los extremos de la conducta (ya sean respuestas emocionales, cognitivas o abiertas) y se enseñan respuestas nuevas y más equilibradas.

Aplicación de estrategias básicas: validación y resolución de problemas

El núcleo del tratamiento es la aplicación de estrategias de resolución de problemas equilibradas por estrategias de validación. Este es el "balanceo" sobre el que descansa la terapia. Desde la perspectiva de la paciente, las conductas inadaptadas son a menudo las soluciones a los problemas que quiere resolver o eliminar. Sin embargo, desde la perspectiva del terapeuta de DBT, las conductas desadaptativas son los problemas a resolver.

Validación

Hay dos tipos de validación. El primer tipo, el terapeuta encuentra la sabiduría, la corrección o el valor en las respuestas emocionales, cognitivas y manifiestas del individuo. El enfoque importante aquí es la búsqueda de aquellos patrones o respuestas (o parte) que son válidas en los eventos asociados de ese presente contexto. Una función clave del sufrimiento emocional y las conductas inadaptadas para los pacientes límite es la auto-validación. Por lo tanto, los cambios terapéuticos no se pueden realizar a menos que se desarrolle otra fuente de auto-validación. Un tratamiento enfocado solo en cambiar al paciente invalida al paciente. El segundo tipo de validación tiene que ver con la observación y la creencia del terapeuta en la capacidad inherente del paciente para salir de la miseria que es su vida y construir una vida

digna de ser vivida. En DBT, el terapeuta encuentra y juega con las fortalezas de la paciente, no con su fragilidad. El terapeuta cree en el paciente.

Resolución de problemas

Las principales estrategias de cambio son aquellas que se encuentran bajo la rúbrica de resolución de problemas. Este conjunto de estrategias incluye un (1) análisis conductual del problema específico; (2) realizar un análisis de solución, en el que se desarrollan soluciones conductuales alternativas; (3) orientar al paciente a la solución con el tratamiento propuesto; (4) obtener un compromiso del paciente para participar en los procedimientos de tratamiento recomendados; y (5) aplicar el tratamiento.

Un análisis conductual consiste en un análisis en cadena de cada momento para determinar los eventos que provocan o desencadenan conductas inadaptadas, así como un análisis funcional para determinar posibles contingencias de refuerzo para las conductas inadaptadas. El proceso y el resultado del análisis conductual conducen al análisis de la solución: el terapeuta y (de manera óptima) la paciente genera respuestas conductuales alternativas y desarrollan un plan de tratamiento orientado a cambiar los problemas conductuales específicos. Se abordan cuatro preguntas:

1. ¿Tiene el individuo la capacidad de participar en respuestas más adaptativas y de construir una vida que valga la pena vivir? Si no, ¿qué habilidades conductuales son necesarias? Las respuestas a estas preguntas llevan al entrenamiento de habilidades. Se enfatizan cinco conjuntos de habilidades: habilidades de atención "básicas", tolerancia a la angustia, regulación de las emociones, efectividad interpersonal y autogestión. (El Capítulo 5 trata esto con más detalle.)
2. ¿Cuáles son las contingencias reforzadoras? ¿Es el problema el resultado de reforzar conductas inadaptadas, o responder punitiva o neutralmente ante las conductas adaptativas? Si cualquiera de los dos es el caso, se desarrollan procedimientos de gestión de contingencia. El objetivo aquí es organizar que se refuercen las conductas positivas, que se castiguen o extingan las conductas negativas y que el paciente aprenda las nuevas reglas.
3. Si existen conductas adaptativas de resolución de problemas, ¿está su aplicación inhibida por un miedo o culpa excesiva? ¿El paciente es fóbico-emocional? Si es así, se instituye un tratamiento basado en la exposición.
4. Si existen conductas adaptativas de resolución de problemas, ¿su aplicación es inhibida o interferida por creencias y supuestos erróneos? Si es así, se debe instituir un programa de modificación cognitiva.

En la mayoría de los casos, el análisis conductual mostrará que existen déficits de habilidades, contingencias de refuerzo problemáticas, inhibiciones resultantes del miedo y la culpa, y creencias y suposiciones defectuosas. Por lo tanto, es probable que se requiera un programa de tratamiento que integre entrenamiento de habilidades, manejo de contingencias, estrategias de exposición y modificación cognitiva. El objetivo conductual de cada estrategia, sin embargo, depende del análisis conductual.

Equilibrar los estilos de comunicación interpersonal

DBT combina y equilibra dos estilos de comunicación interpersonal: comunicación "irreverente" y "recíproca". La comunicación irreverente está diseñada para que el paciente "salte la pista", por así decirlo. Las reacciones del terapeuta obviamente no responden a las comunicaciones del paciente, a veces se experimentan como "fuera de control", e involucran que el terapeuta enmarque el tema en consideración en un contexto diferente al del paciente. La idea principal aquí es empujar al paciente "fuera de balance"

para que pueda producirse un reequilibrio. El estilo de comunicación recíproca, en contraste, es cálido, empático y responde directamente al paciente. Incluye la autorrevelación terapéutica diseñada para proporcionar modelos de dominio y afrontamiento de problemas, así como respuestas normativas a situaciones cotidianas.

Combinación de estrategias de “consulta con el paciente” con intervenciones en el medio ambiente

En DBT, existe una fuerte tendencia a enseñar al paciente a ser su propio administrador de caso (el enfoque de "consulta al paciente"). La noción básica aquí es que, en lugar de intervenir para que el paciente resuelva problemas o coordine el tratamiento con otros profesionales, el terapeuta de DBT entrena al paciente sobre cómo resolver los problemas por sí mismo. El enfoque fluye directamente de la creencia en el paciente por parte del terapeuta. Los problemas y la conducta inadecuada por parte de otros profesionales de la salud mental, incluso cuando son miembros del equipo de tratamiento de DBT, se consideran oportunidades para el aprendizaje. Las estrategias de consulta al paciente son las estrategias dominantes de manejo de casos de DBT. Las intervenciones en el entorno para realizar cambios, resolver problemas o coordinar el tratamiento profesional en nombre del paciente se utilizan en lugar de las estrategias de consulta y se equilibran cuando (1) el resultado es importante y (2) el paciente claramente no tiene la capacidad para producir el resultado.

Tratando al terapeuta

Permanecer en un marco DBT puede ser extraordinariamente difícil con un paciente límite. Una parte importante de DBT es el tratamiento del terapeuta por parte de la supervisión, consulta del caso o equipo de tratamiento. El rol del grupo de consulta de casos DBT es mantener al terapeuta dentro del tratamiento. El supuesto es que el tratamiento de pacientes límite en la práctica individual, fuera del marco de un equipo, es, en el mejor de los casos, peligroso. Por lo tanto, el tratamiento del terapeuta es parte integral de la terapia.

Modos de tratamiento

Utilizo el término "modo" para referirme a los diversos componentes de tratamiento que forman DBT, así como a la forma de su entrega. En principio, la DBT se puede aplicar en cualquier modo de tratamiento. Sin embargo, en nuestro programa de investigación que valida la efectividad de DBT como tratamiento ambulatorio, el tratamiento se administró en cuatro modos primarios que se ofrecieron simultáneamente: psicoterapia individual, entrenamiento de habilidades grupales, consulta telefónica y consulta de casos para terapeutas. Además, la mayoría de los pacientes recibieron uno o más modos de tratamiento auxiliar. En diferentes configuraciones (por ejemplo, práctica privada individual o tratamiento hospitalario), estos modos pueden necesitar condensación o suplementación.

Psicoterapia individual ambulatoria

En DBT "estándar" (es decir, la versión original de DBT), cada paciente tiene un psicoterapeuta individual que también es el terapeuta principal para ese paciente en el equipo de tratamiento. Todos los otros modos de terapia giran en torno a la terapia individual. El terapeuta individual es responsable de ayudar al paciente a inhibir las conductas desadaptativas y reemplazarlas con respuestas adaptativas y hábiles. El terapeuta individual presta mucha atención a los problemas motivacionales, incluidos los factores personales y ambientales que inhiben las conductas efectivas y que provocan y refuerzan las conductas inadaptables.

Las sesiones individuales de terapia ambulatoria generalmente se llevan a cabo una vez a la semana. Al inicio de la terapia y durante los períodos de crisis, las sesiones pueden celebrarse dos veces por semana; Esto generalmente se hace solo por tiempo limitado, aunque para algunos pacientes puede ser preferible dos veces por semana. Las sesiones generalmente duran de 50-60 a 90-110 minutos. Las sesiones más largas (es decir, "sesiones dobles") se llevan a cabo con pacientes que tienen dificultades para abrirse y luego cerrarse emocionalmente en las sesiones más cortas. La duración de la sesión puede variar a lo largo del período de tratamiento, dependiendo de las tareas específicas a realizar. Por ejemplo, las sesiones pueden durar normalmente 60 minutos, pero cuando se planifica la exposición a estímulos relacionados con el abuso, las sesiones pueden programarse de 90 a 120 minutos. O se puede programar una sesión doble y una sesión única (o una media sesión de "check-in") por semana por un período de tiempo. El terapeuta puede alargar o recortar una sesión para reforzar el "trabajo" terapéutico o para castigar la evitación. Cuando es imposible alargar una sesión debido a conflictos de programación, se puede planificar una consulta telefónica esa misma tarde o se puede programar una sesión para el día siguiente. Alternativamente, los pacientes que a menudo necesitan sesiones más largas pueden programarse al final del día. La idea clave aquí es que la duración de la sesión debe coincidir con las tareas a realizar, no con el estado de ánimo del paciente o del terapeuta. La resolución creativa de problemas por parte del terapeuta a veces es necesaria.

En entornos clínicos y de investigación, la asignación de terapeutas puede plantear dificultades especiales con los pacientes límites. Muchas personas límite ya han tenido uno o más encuentros terapéuticos "fallidos" y pueden tener fuertes creencias sobre qué tipo de persona quieren como terapeuta. Los terapeutas pueden tener opiniones igualmente firmes sobre qué tipo de pacientes quieren tratar o con los que se sienten más cómodos. Muchas mujeres que han sido abusadas sexualmente prefieren tener una terapeuta femenina. En nuestra clínica, mis colegas y yo damos información durante la entrevista de admisión sobre los terapeutas disponibles, y se les pregunta a los pacientes por cualquier preferencia. Se asigna un terapeuta individual específico después de revisar la entrevista de admisión, el historial de cada individuo y la presentación de quejas por el equipo de tratamiento. Aunque apoyo la idea de que los pacientes y los terapeutas se entrevisten entre sí para tomar una decisión informada sobre el trabajo conjunto, en nuestra clínica tal procedimiento no es factible. En cambio, las primeras sesiones están estructuradas para que cada paciente y terapeuta decidan si realmente pueden trabajar juntos. Un paciente puede cambiar de terapeuta si lo desea, si hay otro disponible y si ese otro terapeuta está dispuesto a trabajar con ella. Sin embargo, no puede participar en ninguna otra parte del programa de tratamiento si abandona la terapia individual (puede escoger a su terapeuta individual dentro o fuera de nuestra clínica).

Entrenamiento de habilidades

Todos los pacientes deben estar en un entrenamiento estructurado de habilidades durante el primer año de terapia. En mi experiencia, el entrenamiento de habilidades orientadas a reducir las conductas suicidas u otras conductas límite es excepcionalmente difícil en el contexto de terapia individual. La necesidad de intervención en crisis y la atención a otros temas generalmente excluye la capacitación en habilidades en la terapia individual. Tampoco se puede prestar atención suficiente a los problemas motivacionales en un tratamiento con un control riguroso de la agenda que es lo que generalmente se necesita para el entrenamiento de habilidades. La solución a este problema en la DBT estándar ha sido dividir la terapia en dos componentes; estos son conducidos por diferentes terapeutas o aplicados en diferentes modos por el mismo terapeuta. En nuestro programa, los pacientes no pueden estar en entrenamiento de habilidades sin psicoterapia individual. La psicoterapia individual es necesaria para ayudar al paciente a integrar sus

nuevas habilidades en la vida diaria. El individuo límite promedio no puede reemplazar los estilos disfuncionales de afrontamiento sin un entrenamiento individual intensivo.

La capacitación en habilidades DBT se lleva a cabo en un formato psicoeducativo. En nuestro programa, generalmente se realiza en grupos abiertos que se reúnen semanalmente durante 2 a 2 ½ horas, pero son posibles otros formatos de grupo. Algunas clínicas han dividido el grupo en dos sesiones semanales de 1 hora (una sesión para la revisión de tareas y otra para presentar material nuevo). En clínicas grandes, puede haber por semana una reunión grupal grande para material de nuevas habilidades, con numerosos grupos semanales más pequeños para la revisión de la tarea. En las clínicas pequeñas o en la práctica privada, los grupos pueden ser pequeños y reunirse por períodos más cortos.

Aunque mis colegas y yo generalmente tenemos de seis a ocho miembros por grupo, un grupo necesita solo dos pacientes. Sin embargo, un paciente que no puede estar en un grupo por una razón u otra puede recibir entrenamiento de habilidades individualmente. En mi experiencia, es más fácil si un segundo terapeuta realiza el entrenamiento de habilidades individuales; de lo contrario, hay una tendencia (a la que, al menos, me cuesta resistir) a caer en el modo de psicoterapia individual sin entrenamiento de habilidades. Si, en cambio, el terapeuta individual pliega el entrenamiento de habilidades en la psicoterapia en curso, se deben considerar sesiones separadas estrechamente estructuradas para el entrenamiento de habilidades.

Se describe un programa de capacitación en habilidades punto por punto en el manual que acompaña al presente volumen.

Proceso de apoyo Terapia grupal

Después de completar el entrenamiento de habilidades, los pacientes en mi programa pueden unirse opcionalmente al proceso de terapia de grupo de apoyo si lo desean. Estos grupos son continuos y abiertos; En general, los pacientes hacen compromisos renovables, limitados en el tiempo, para el grupo. Para estar en grupos de procesos de apoyo DBT estándar, los pacientes deben recibir terapia individual continua o manejo de casos. Las excepciones aquí son los grupos más avanzados, donde la terapia de grupo puede surgir como una terapia primaria a largo plazo para algunos pacientes límite. La conducta de estos grupos se describe más detalladamente en el manual complementario.

Aunque no he recopilado ningún dato empírico sobre esta pregunta, es posible que la DBT individual descrita anteriormente pueda duplicarse dentro de un contexto de terapia grupal. En estos casos, el grupo DBT podría complementar o reemplazar el componente DBT individual.

Consulta telefónica

La consulta telefónica con el terapeuta ambulatorio individual entre sesiones de psicoterapia es una parte importante de la DBT. Hay varias razones para esto. Primero, muchas personas suicidas y límite tienen enormes dificultades para pedir ayuda de manera efectiva. Algunos no pueden pedir ayuda directamente por temor, vergüenza o creencias de que no merecen o que sus necesidades no son válidas; en vez de eso, pueden participar en conductas parasuicidas u otras conductas de crisis como un "grito de ayuda". Otros pacientes no tienen dificultad en pedir ayuda, pero lo hacen de una manera exigente o abusiva, actúan de una manera que hace que los posibles benefactores se sientan manipulados o utilizan otras estrategias ineficaces. Las consultas telefónicas están diseñadas para proporcionar práctica en el cambio de estos patrones disfuncionales. En segundo lugar, los pacientes a menudo necesitan ayuda para generalizar las habilidades conductuales de DBT a sus vidas cotidianas. Con frecuencia, los pacientes suicidas necesitan más contacto terapéutico que el que se puede brindar en una sesión individual (y especialmente en una

sesión de entrenamiento de habilidades grupales) por semana, especialmente durante las crisis, cuando es posible que no puedan enfrentar los problemas de la vida sin ayuda. Con una llamada telefónica, un paciente puede obtener el entrenamiento necesario para que tenga lugar una generalización exitosa de las habilidades. Tercero, luego de conflictos o malentendidos, la consulta telefónica ofrece una vía para que los pacientes reparen su sentido de relación terapéutica íntima sin tener que esperar hasta la próxima sesión.

Los programas de tratamiento diurno, las unidades para pacientes hospitalizados y los programas residenciales, las interacciones con técnicos de salud mental, enfermeras u otros miembros del personal pueden sustituir algunas de las consultas telefónicas. En la práctica ambulatoria con un sistema de on-call, a veces otros terapeutas pueden manejar consultas telefónicas dentro de una estructura DBT. Esto es particularmente cierto para los dos primeros objetivos de la consulta telefónica (aprender a pedir y recibir ayuda de manera adecuada, y generalización de habilidades).

Reuniones de consulta de casos para terapeutas

No hay duda al respecto: tratar a pacientes límite es enormemente estresante para un terapeuta. Muchos terapeutas se queman rápidamente. Otros (algo ciegos, sospecho) caen en conductas iatrogénicas. Como indican las secciones posteriores de este capítulo, una suposición de DBT es que los terapeutas a menudo se involucran en conductas problemáticas de las cuales los pacientes los acusan. Pueden hacerlo por buenas razones. Los pacientes límite pueden ejercer una enorme presión sobre sus terapeutas para mejorar su dolor de inmediato; por lo tanto, los terapeutas pueden sentirse presionados para hacer cambios importantes (y en ocasiones precipitados) en el tratamiento, incluso cuando el tratamiento podría haber sido efectivo si se hubiera mantenido. En otras ocasiones, los terapeutas se resisten a tal presión al negarse rígidamente a realizar cambios. Cuando ninguno de estos enfoques funciona y la miseria no se alivia, los terapeutas pueden responder fácilmente "culpando a las víctimas". El estrés de tratar a pacientes altamente suicidas puede llevar a un patrón cíclico de apaciguamiento seguido de reacciones punitivas seguidas de reconciliación, y así sucesivamente.

Los problemas que surgen en la administración del tratamiento de un terapeuta se manejan en las reuniones de consulta de casos de DBT. A estas reuniones asisten todos los terapeutas (individuales y grupales) que actualmente utilizan DBT con pacientes límite. Al igual que el requisito de que los pacientes participen en el entrenamiento de habilidades, los terapeutas de DBT deben estar en una relación de consulta o supervisión; ya sea con otra persona o (mi propia preferencia) con un grupo. Durante el primer año de terapia, tanto el grupo como los terapeutas individuales deben asistir a las mismas reuniones. En la agencia, el tratamiento diurno o la configuración de pacientes hospitalizados que aplican DBT, todos los miembros del equipo de tratamiento del paciente deben asistir a la misma reunión. Las reuniones de consulta se llevan a cabo semanalmente.

Tratamientos Auxiliares

Los pacientes límite a veces pueden necesitar más que las sesiones individuales semanales, entrenamiento de habilidades y coaching telefónico. Por ejemplo, algunos pueden necesitar farmacoterapia, tratamiento diurno, asesoramiento vocacional u hospitalización aguda, entre otros. Muchos también querrán unirse a grupos no profesionales como Alcohólicos Anónimos. No hay nada en DBT que prohíba al paciente obtener tratamientos profesionales o no profesionales adicionales.

Si el tratamiento adicional es ofrecido por un terapeuta que asiste regularmente a las reuniones de consulta de DBT y aplica los principios de DBT, entonces el tratamiento de DBT simplemente se amplía para incluir estos componentes adicionales. Aunque no he escrito protocolos DBT para estos componentes adicionales, los protocolos basados en los principios DBT podrían (y deberían) desarrollarse. Por ejemplo, la DBT se está adaptando actualmente para el tratamiento diurno y para programas de pacientes hospitalizados (de agudos y crónicos) (consulte Barley et al., En prensa). Más comúnmente, los componentes de tratamiento adicionales serán administrados por terapeutas no DBT utilizando principios derivados de otras tradiciones teóricas. O, incluso cuando un terapeuta de DBT aplique un tratamiento adicional, el terapeuta no podrá consultar regularmente con el equipo de tratamiento. En estos casos, la terapia adicional se considera auxiliar del tratamiento DBT primario. Existen protocolos específicos para el uso auxiliar de farmacoterapia y hospitalizaciones psiquiátricas agudas; estos se describen en el Capítulo 15. Las pautas sobre cómo el terapeuta de DBT interactúa con los profesionales de la salud auxiliares se analizan en el Capítulo 13.

Suposiciones sobre los pacientes Borderline y la terapia

Lo más importante que debe recordar acerca de las suposiciones es que es simplemente eso: suposiciones, no hechos. No obstante, suponer y actuar sobre las proposiciones que se analizan a continuación puede ser útil para tratar a los pacientes límite. Constituyen el contexto para la planificación del tratamiento.

1. Los pacientes están haciendo lo mejor que pueden

La primera posición filosófica en DBT es que todas las personas, en un momento dado, están haciendo lo mejor que pueden. En mi experiencia, los pacientes borderline generalmente trabajan desesperadamente para cambiarse a sí mismos. Sin embargo, a menudo, hay poco éxito visible, y los esfuerzos de los pacientes para controlar el comportamiento no son particularmente evidentes en la mayoría de los casos. Debido a que su conducta es frecuentemente exasperante, inexplicable e inmanejable, es tentador decidir que los pacientes no lo intentan. A veces, cuando se les pregunta sobre el comportamiento problemático, los propios pacientes responderán que simplemente no estaban intentando. Tales pacientes han aprendido la explicación social de sus fallas de conducta. La tendencia de muchos terapeutas a decirles a estos pacientes que se esfuercen más, o que se impliquen y que, de hecho, no lo están haciendo lo suficiente, puede ser una de las experiencias más invalidantes del paciente en psicoterapia. (Esto no quiere decir que, en un enfoque estratégico bien pensado, un terapeuta no use una frase como esta para influir en un paciente).

2. Los pacientes quieren mejorar

La segunda suposición es un corolario de la primera: si piden ayuda, deben querer vivir. ¿Por qué más llamarían? Los pacientes de límite están tan acostumbrados a escuchar que las dificultades con las intervenciones terapéuticas se derivan de déficits motivacionales que comienzan a creerlo. Suponiendo que los pacientes quieran mejorar, por supuesto, no excluye el análisis de todos los factores que interfieren con la motivación para mejorar. La inhibición basada en el miedo o la vergüenza, los déficits conductuales, las creencias erróneas sobre los resultados y los factores que refuerzan las regresiones conductuales son todos importantes. Sin embargo, la asunción por parte de los terapeutas de que los fracasos para mejorar de manera suficiente o rápida se basan en el fracaso de la intención es, en el mejor de los casos, una lógica errónea y, en el peor, un error más que interfiere con la motivación.

3. Los pacientes deben hacerlo mejor, esforzarse más y estar más motivados para cambiar

El tercer supuesto puede parecer que contradice los dos primeros, pero creo que sí. El hecho de que los pacientes limite esté haciendo lo mejor que pueden y quieren hacerlo aún mejor no significa que sus esfuerzos y motivación sean suficientes para la tarea; a menudo no lo son. La tarea de un terapeuta, por lo tanto, es analizar los factores que inhiben o interfieren con los esfuerzos y la motivación del paciente para mejorar, y usar estrategias de resolución de problemas.

4. Es posible que los pacientes no hayan causado todos sus problemas, pero tienen que resolverlos de todos modos

La cuarta suposición simplemente verbaliza la creencia en DBT de que un paciente límite tiene que cambiar sus propias respuestas de comportamiento y alterar su entorno para que su vida cambie. La mejora no se logrará si el paciente simplemente acude a un terapeuta y obtiene información, toma un medicamento, recibe cuidados consistentes, encuentra la relación perfecta o se resigna a la gracia de Dios. Lo más importante es que el terapeuta no puede salvar al paciente. Aunque puede ser cierto que la paciente no puede cambiar sola y que necesita ayuda, la mayor parte del trabajo será realizada por la paciente. ¡Ojalá no fuera así! Seguramente si pudiéramos salvar pacientes, los salvaríamos. Es esencial que el terapeuta de DBT haga muy claro este supuesto para el paciente, especialmente durante las crisis.

5. La vida de las personas suicidas y borderline es insoportable ya que están siendo vividas

La quinta suposición es que las insatisfacciones expresadas por los pacientes de Borderline son válidas. Están de hecho en un infierno viviente. Si las quejas de los pacientes y las descripciones de sus propias vidas se toman en serio, esta suposición es evidente. Dado este hecho, la única solución es cambiar sus vidas.

6. Los pacientes deben aprender nuevos comportamientos en todos los contextos relevantes

Los individuos límite son dependientes del estado de ánimo y, por lo tanto, deben realizar cambios importantes en sus estilos de afrontamiento bajo emociones extremas, no solo cuando se encuentran en un estado de equilibrio emocional. Con algunas excepciones, la DBT generalmente no favorece la hospitalización incluso durante las crisis, ya que la hospitalización lleva fuera del entorno a las pacientes y es donde necesitan aprender nuevas habilidades. La DBT tampoco favorece el cuidado de los pacientes cuando el estrés es extremo o parece insoportable. Los tiempos de estrés son los tiempos para aprender nuevas formas de hacer frente.

No atender a un paciente no significa que un terapeuta de DBT no cuide al paciente. La tarea del terapeuta durante las crisis es apegarse al paciente como pegamento, susurrando aliento y sugerencias útiles todo el tiempo a su oído. Un enfoque de este tipo, en el que el terapeuta está predispuesto a producir autocuidado del paciente durante las crisis en lugar de cuidar al paciente, puede dar lugar a una serie de encuentros riesgosos para el terapeuta. La aceptación de la posibilidad de que el paciente pueda cometer suicidio es un requisito esencial para realizar DBT. Sin embargo, la otra alternativa, en la que el paciente permanece vivo, pero dentro de una vida llena de dolor emocional intolerable, no se considera sostenible.

7. Los pacientes no pueden fallar en la terapia

El séptimo supuesto es que cuando los pacientes abandonan la terapia DBT, no progresan o empeoran, la terapia, el terapeuta o ambos han fallado. Si la terapia se ha aplicado de acuerdo con el protocolo y los

pacientes aún no mejoran, entonces el fracaso es atribuible a la terapia en sí. Esto contrasta con la suposición de muchos terapeutas de que cuando los pacientes abandonan o no mejoran, puede atribuirse a un déficit en su motivación. Incluso si esta suposición es cierta, el trabajo de la terapia es aumentar la motivación lo suficiente para que los pacientes progresen.

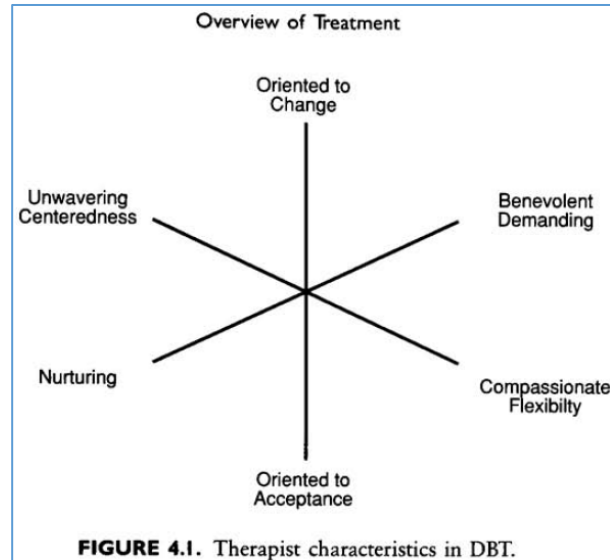
8. Los terapeutas que tratan a los pacientes borderline necesitan apoyo

Como se señaló a lo largo de este libro, los pacientes borderline son una de las poblaciones más difíciles de tratar con psicoterapia. Una y otra vez, los terapeutas parecen cometer errores que interfieren con el progreso de los pacientes. Algunos de los problemas se deben a los intensos gritos de los pacientes por escapar inmediatamente del sufrimiento. A menudo, los terapeutas son capaces de calmar el dolor, pero brindar tal alivio frecuentemente interfiere con brindar ayuda a largo plazo. Los terapeutas quedan atrapados entre estas demandas de alivio inmediato y de cura a largo plazo. Muchos otros factores dificultan que los terapeutas permanezcan terapéuticos con pacientes borderline. Un grupo de co-supervisión, un equipo de tratamiento, un consultor o un supervisor es importante para mantener a los terapeutas en buen camino.

Características y habilidades del terapeuta

Las "características del terapeuta", en este contexto, son las actitudes y las posiciones interpersonales dominantes que el terapeuta toma en relación con el paciente. El terapeuta debe equilibrar las capacidades y deficiencias del paciente, sintetizando de manera flexible la aceptación y las estrategias de educar con estrategias que exigen un cambio de manera clara y centrada. Las exhortaciones al cambio deben integrarse con una paciencia infinita. Dado que el énfasis dialéctico en DBT es grande, un terapeuta debe sentirse cómodo con la ambigüedad y la paradoja inherentes a las estrategias DBT. Es probable que los terapeutas que necesitan conceptualizaciones, objetivos o métodos en blanco y negro experimenten la DBT como disonante cuando se enfrentan a las acciones dialécticas para controlar los comportamientos destructivos de los pacientes y al mismo tiempo promueven el crecimiento y la autosuficiencia.

Las características requeridas del terapeuta se ilustran en la Figura 4.1. Aunque se presentan en términos de atributos bipolares, la postura correcta de DBT es una síntesis o equilibrio entre los polos de cada dimensión; Así, el terapeuta se sitúa en el centro de cada dimensión. La síntesis de aceptación y cambio representa el equilibrio dialéctico central que el terapeuta debe lograr en la DBT. Las otras dos dimensiones dialógicas (centro firme vs flexibilidad compasiva, y demanda benevolente frente a educación) son reflexiones de esta dimensión central.



Postura de aceptación frente al cambio

La primera dimensión es algo que he estado discutiendo a lo largo de este libro: el equilibrio de una orientación hacia la aceptación con una orientación hacia el cambio. Por "aceptación" aquí, me refiero a algo bastante radical: la aceptación tanto del paciente como del terapeuta, tanto de la relación terapéutica como del proceso terapéutico. Esto no es una aceptación para producir un cambio; de lo contrario, sería una estrategia de cambio. Más bien, es la disposición del terapeuta encontrar la sabiduría y la "bondad" inherente del momento y de los participantes, y de participar plenamente en la experiencia sin juzgar, culpar ni manipular. Sin embargo, como se señaló anteriormente, la realidad es un cambio, y la naturaleza de cualquier relación es la de la influencia recíproca. En particular, una relación terapéutica se origina en la necesidad de cambio y el deseo del paciente de obtener ayuda profesional en el proceso de cambio. Una orientación hacia el cambio requiere que el terapeuta asuma la responsabilidad de dirigir la influencia terapéutica, en beneficio del paciente. Tal postura es activa y autoconsciente; implica aplicar sistemáticamente los principios de cambio conductual.

Desde la perspectiva de la aceptación frente al cambio, la DBT representa un equilibrio entre los enfoques de comportamiento, que son principalmente tecnologías de cambio, y los enfoques humanistas y centrados en el cliente, que se pueden considerar tecnologías de aceptación. En DBT, el terapeuta no solo modela un cambio: la síntesis de aceptación, sino que también fomenta una postura de vida para el paciente, abogando por el cambio y la mejora de los aspectos no deseados de sí misma y de las situaciones, así como la tolerancia y aceptación de estas mismas características. La enseñanza de las habilidades de atención plena y tolerancia a la angustia se equilibra mediante la enseñanza de habilidades de control emocional y de eficacia interpersonal en situaciones de conflicto.

Crucial para el equilibrio entre aceptación y cambio es la capacidad del terapeuta para expresar calidez y control simultáneamente en la configuración de la terapia. Gran parte del control en el cambio conductual del paciente se logra a través del uso de la relación; sin un nivel significativo de calidez y aceptación concurrentes, el terapeuta probablemente será experimentado como hostil y exigente en lugar de atento y servicial.

Postura de Centro firme versus flexibilidad compasiva

"Centro firme" es la cualidad de creer en uno mismo, en la terapia y en el paciente. Como el centro de un huracán, es la calma en medio del caos. Requiere una cierta claridad mental con respecto a lo que el paciente necesita a largo plazo, así como la capacidad de tolerar la intensidad y el dolor que experimenta el paciente sin inmutarse en el corto plazo. La concentración en la DBT no significa mantener límites arbitrarios como lo hacen otras terapias. Tampoco requiere más de la consistencia habitual (excepto en el compromiso con el bienestar del paciente). Ni los límites arbitrarios ni la consistencia son particularmente valorados en DBT.

"Flexibilidad compasiva" se refiere al contraste de la capacidad del terapeuta para captar información relevante sobre el estado del paciente y modificar su posición en consecuencia. Es la capacidad de dejar ir libremente una posición en que antes se aferraba tenazmente. Si el centro es mantener los pies en el suelo, la flexibilidad es mover los hombros hacia un lado para dejar pasar al paciente. La flexibilidad es la calidad del terapeuta que es ligera, sensible y creativa. Dialécticamente, es la capacidad de cambiar los límites del problema, encontrando e incluyendo lo que se ha excluido anteriormente.

Dadas las probabilidades de cometer errores en la realización de DBT, es esencial una disposición general de admitir y reparar los errores cometidos en el curso de la relación terapéutica. Dicho de otra manera, en un esfuerzo terapéutico tan complejo y difícil, los errores son inevitables; lo que el terapeuta hace después es un mejor indicador de buena terapia. El terapeuta eficaz debe poder reconocer esas acciones como errores: sonreír en el momento equivocado, meterse en luchas por el poder o impacientarse con el lento progreso de la paciente y rechazarla no devolviendo las llamadas telefónicas y comportarse con frialdad. Los pacientes con un funcionamiento más alto pueden experimentar tanto la confianza como la dolorosa emoción que surge de algunas acciones del terapeuta y, por lo tanto, pueden no requerir tanto trabajo de reparación. Sin embargo, es probable que los pacientes límites no estén en esta categoría y que sus terapeutas puedan ser identificados como otra persona abusiva en sus vidas. Sin la validación por parte del terapeuta de la experiencia de un paciente y los intentos flexibles de resolver problemas en la situación, la relación terapéutica se convierte para el paciente en una relación fallida. Además, un terapeuta debe ser capaz de tolerar tanto la frustración ante el rechazo por parte del paciente de las intervenciones aparentemente apropiadas y el progreso paralizado. La flexibilidad en las estrategias y el tiempo es la clave para cualquier progreso.

El equilibrio entre un enfoque firme y una flexibilidad compasiva significa que el terapeuta debe ser capaz de observar los límites y las condiciones, a menudo frente a los intentos masivos y a menudo bastante desesperados por parte del paciente de controlar la respuesta del terapeuta, al mismo tiempo cambiar de manera flexible, adaptarse y "ceder" según lo requiera la situación. El terapeuta debe estar alerta a su propia rigidez (una reacción natural al estrés de la situación terapéutica) y caer en la trampa de ceder a cada deseo, demanda o necesidad actual del paciente.

Al trabajar con un paciente límite suicida, el equilibrio entre estos dos extremos se hace más notable cuando el terapeuta ha colocado un patrón de conductual interpersonal disfuncional del paciente en un programa de extinción. La capacidad para mantenerse centrado y mantener el programa es imperativa, no sea que el terapeuta ponga inadvertidamente al paciente en un programa de refuerzo intermitente, en cuyo caso la conducta disfuncional se volverá altamente resistente al cambio terapéutico. Este es un hecho simple de los programas de aprendizaje operante. Pero con un paciente suicida en particular, un terapeuta puede ser demasiado rígido en la aplicación de un programa de extinción y no responder adecuadamente a las necesidades legítimas del paciente. Como señaló uno de mis pacientes, es

normal en todas las sociedades brindar más atención y cuidado a las personas cuando están enfermas. Sin embargo, no todos permanecen enfermos para recibir atención y cuidado.

La postura de Educar (nutrir) frente a la Exigencia Benevola

En DBT, hay un alto grado de educar (nutrir) al paciente. Las cualidades de "educar (nutrir)" en este contexto incluyen la enseñanza, el entrenamiento, la asistencia, el fortalecimiento y la ayuda al paciente, todo ello desde una postura de apreciar las habilidades del paciente para aprender y cambiar. Se necesita voluntad y cierta facilidad para cuidar y educar al paciente. La compasión y la sensibilidad son esenciales para los pacientes que son tan sensibles y al mismo tiempo están tan restringidos y limitados en la expresión emocional. Sin estas cualidades, un terapeuta siempre está dos pasos por detrás de las reacciones sutiles del paciente a las afirmaciones del terapeuta. Aunque DBT dedica un gran esfuerzo a enseñar a los pacientes cómo identificar y verbalizar las emociones, es probable que los terapeutas que no se acerquen mucho a la lectura mental en las primeras etapas del tratamiento, creen que los pacientes borderline deliberadamente sabotean la terapia con un comportamiento caprichoso, o que los pacientes que realmente experimentan miedo y desamparo son hostiles y atacan.

Un terapeuta debe equilibrar al darle a un paciente la ayuda real que necesita y no darle una ayuda innecesaria. "Exigencia benevolente" es el reconocimiento por parte del terapeuta de las capacidades existentes del paciente, el refuerzo de la conducta adaptativa y el autocontrol, y la negativa a cuidar al paciente cuando puede cuidarse ella misma. En general, el uso adecuado de contingencias (es decir, exigir un cambio como un requisito previo para los resultados que el paciente desea) es crucial. Una cierta habilidad para ser duro cuando la situación lo amerita es una característica necesaria del terapeuta. La posición dialéctica aquí es empujar hacia adelante con una mano y apoyar al paciente con otra mano. Así, la nutrición o educación está al servicio del fortalecimiento de las capacidades del paciente. Como he señalado anteriormente al discutir las suposiciones sobre el paciente y el tratamiento, el equilibrio es el que hay entre cuidar y educar (nutrir) al paciente.

Convenios de Pacientes y Terapeutas.

Acuerdos de pacientes

DBT requiere una serie de acuerdos con los pacientes. En general, estos son necesarios para la aceptación formal del tratamiento y son las condiciones del tratamiento. Deben discutirse y aclararse durante las primeras sesiones, y al menos debe obtenerse un acuerdo oral. Un contrato escrito puede ser utilizado a discreción del terapeuta.

Acuerdo de terapia de un año

Usos de un enfoque de tiempo limitado renovable. Después de la primera o varias sesiones, el paciente y el terapeuta deben acordar explícitamente si trabajarán juntos y por mucho tiempo. No se debe asumir automáticamente que el paciente quiere trabajar con el terapeuta. En circunstancias normales, el paciente y el terapeuta hacen un contrato de 1 año, renovable anualmente. Al final de cada año de tratamiento, se evalúa el progreso y se discute la cuestión de si continuar trabajando juntos. Los terapeutas diferirán en lo que se requiere para la continuación. Algunos terapeutas están dispuestos a trabajar con los pacientes a largo plazo y renovarán el acuerdo cada año a menos que haya algún problema o los pacientes hayan alcanzado sus objetivos. Otros terapeutas están mucho más orientados a la terapia por tiempo limitado y querrán establecer relaciones terapéuticas con una clara intención de referir a los pacientes a otra parte al

final del año, si el tratamiento aún es necesario. La DBT realizada en una unidad de hospitalización puede ser muy limitada en el tiempo.

Algunos pacientes límite no pueden tolerar un tiempo limitado no renovable. No pueden abrirse emocional o verbalmente cuando saben que la terapia terminará en un punto arbitrario. Estos pacientes no deben ser forzados a una terapia no renovable por tiempo limitado. Obviamente, con los enfoques de tiempo limitado no renovables, los objetivos de la terapia pueden ser más estrechos que para la terapia a largo plazo. Por ejemplo, he llevado a varios pacientes a DBT por tiempo limitado que tienen antecedentes de muchas hospitalizaciones psiquiátricas; han sido expulsados y rechazados por varios terapeutas; Actualmente son disfuncionales y parasuicidas crónicos; y no puede encontrar otro terapeuta para trabajar con ellos. Algunos han estado en las listas de no admisión de más de un hospital del área. En estos casos, les he dejado muy claro a los pacientes que trabajaré con ellos durante 1 año y luego los ayudaré a encontrar otro terapeuta. Mi objetivo es ayudarles a detener su comportamiento parasuicida y aprender cómo funcionar de manera efectiva en la terapia, para que puedan beneficiarse y mantener a su próximo terapeuta. Pienso en esto como una especie de tratamiento previo para un trabajo a largo plazo.

Circunstancias del termino unilateral. Durante las primeras sesiones, el terapeuta debe aclarar las circunstancias que llevarán al termino unilateral de la terapia. La DBT solo tiene una regla de termino formal: los pacientes que faltan a 4 semanas seguidas de terapia programada, ya sea entrenamiento de habilidades o terapia individual, están fuera del programa. No pueden regresar a la terapia hasta el final del período contratado actual, y luego el regreso es una cuestión de negociación. No hay circunstancias bajo las cuales se rompa esta regla. No hay buenas razones en DBT para faltar 4 semanas de terapia programada. Esta regla fue adoptada originalmente por razones de investigación; Necesitábamos tener una definición operacional del término de la terapia. Sin embargo, he encontrado que es una regla clínica excelente. Define muy claramente lo que constituye sesiones perdidas (hasta tres seguidas) y lo que constituye el abandono (cuatro sesiones seguidas de terapia individual o de entrenamiento de habilidades). Por lo tanto, los pacientes que faltan una, dos o tres sesiones seguidas saben que serán bienvenidos de nuevo, y saben inequívocamente que si faltan una cuarta no se les permitirá regresar.

Muchos pacientes límites desean que sus terapeutas se comprometan de manera incondicional a continuar la terapia indefinidamente o hasta el final del período delimitado en el tiempo (según el acuerdo original), sin importar qué suceda. Dicha paciente dirá que no puede confiar en el terapeuta, porque teme que el terapeuta termine la relación. Ella puede preocuparse constantemente por esta posibilidad. Es muy tentador tranquilizar a una paciente que, independientemente de lo que haga o diga en la terapia, no será terminada. DBT no aboga por esta postura. En cambio, la posición adoptada es algo así como un matrimonio. Aunque el terapeuta se compromete a trabajar con el paciente, a seguir procesos difíciles y a tratar de resolver cualquier problema terapéutico que surja, el compromiso de la terapia no es incondicional. Si al terapeuta le resulta imposible ayudar más al paciente, si el paciente empuja al terapeuta más allá de sus límites, o si surge una condición mitigante inesperada (como mudarse de la ciudad), se considerará el término de la terapia. Como les digo a mis pacientes, incluso el amor de una madre no es incondicional. Sin embargo, el acuerdo que hace el terapeuta es hacer todo lo posible para proteger al paciente del termino unilateral. Cuando la conducta del paciente está precipitando el termino, esto significa que el terapeuta (1) lo alertará del peligro inminente de termino con el tiempo suficiente para que el paciente realice los cambios necesarios de su propia conducta, y (2) la ayude a realizar los cambios (las conductas que amenazan con interrumpir la terapia prematuramente son el segundo objetivo de tratamiento más importante). De manera similar, aunque la paciente puede terminar el tratamiento en

cualquier momento, se espera que termine al asistir a una sesión y discutir el termino con su terapeuta individual.

Acuerdo de asistencia

El siguiente acuerdo es que el paciente asistirá a todas las sesiones de terapia programada. El entrenamiento de habilidades individuales y las sesiones de terapia se reprogramarán si el terapeuta y el paciente pueden hacerlo de manera conveniente. Si una sesión de grupo perdida se graba en video, el paciente puede ver la sesión perdida antes de la siguiente. El terapeuta debe comunicar claramente al paciente que no es aceptable que se pierda las sesiones porque le parecen demasiado aversivas, o no está de humor para la terapia, o desea evitar un tema en particular o se siente desesperada.

Acuerdo de conductas suicidas

Si las conductas suicidas (incluido la conducta parasuicida sin la intención de morir) son un problema para la paciente, se le debe informar que la reducción de tales conductas es un objetivo primario del tratamiento. El acuerdo básico necesario es que, en igualdad de condiciones, el paciente trabajará para resolver los problemas de manera que no incluya la autolesión intencional, los intentos de morir o el suicidio. Se debe enfatizar que, si este no es uno de sus objetivos, entonces la DBT puede no ser el programa adecuado para ella. El terapeuta debe estar especialmente atento a la ambivalencia del paciente con respecto a las conductas suicidas. Por lo tanto, aunque la meta es un compromiso verbal explícito de reducir tales conductas, se pueden aceptar compromisos menos explícitos. A veces, un paciente puede aceptar asistir a la terapia con el entendimiento de que reducir las conductas suicidas es el objetivo de la terapia, pero es posible que no pueda hacer una declaración explícita de que no se suicidará.

Acuerdo de Conductas que Interfieren con la Terapia

El siguiente acuerdo es simplemente trabajar en cualquier problema que interfiera con el progreso de la terapia. Hacer que este acuerdo sea explícito resalta la naturaleza de la terapia como una relación interpersonal y de colaboración desde el principio.

Acuerdo de entrenamiento de habilidades

Si uno de los objetivos principales de la terapia es ayudar al paciente a sustituir con hábiles respuestas las respuestas disfuncionales previas, parece claro que tiene que aprender las habilidades conductuales necesarias en algún lugar. Durante el primer año de DBT, todos los pacientes deben participar en el programa de capacitación de habilidades DBT (o, si es imposible, otro programa equivalente).

Acuerdo de Investigación y Pago

Si la DBT se lleva a cabo en un contexto de investigación, el paciente debe ser informado y estar de acuerdo en participar en la condición de investigación. Las tarifas de los pacientes deben quedar claras y debe acordarse un método de pago.

Acuerdos de terapeuta

Es muy importante que el terapeuta indique claramente lo que el paciente puede esperar de él o ella. Los acuerdos del terapeuta en nuestro programa son los siguientes.

Acuerdo "Todo esfuerzo razonable"

Lo máximo que los pacientes pueden esperar de los terapeutas es que harán todos los esfuerzos razonables para llevar a cabo la terapia de la manera más competentemente posible. Los pacientes pueden esperar que los terapeutas hagan su mejor esfuerzo para ayudarles a comprender mejor y aprender nuevas habilidades, y para enseñarles algunas de las herramientas conductuales que necesitan para lidiar de manera más eficaz con sus situaciones de vida actuales. Los terapeutas deben dejar en claro que no pueden salvar a los pacientes, no pueden resolver los problemas de los pacientes y no pueden evitar que los pacientes se involucren en conductas suicidas. Este punto se deriva directamente de la suposición sobre los pacientes, discutida anteriormente, de que tienen que resolver sus problemas.

A menudo es útil que un terapeuta repase conceptos erróneos comunes acerca de la terapia. Un error importante es que a menudo el terapeuta puede mejorar todo de alguna manera. La incapacidad del terapeuta para eliminar el dolor intenso, o incluso para disminuirlo un poco, a menudo se interpreta como que no se preocupado o no está dispuesta a ayudar. Es importante que el terapeuta no implique que cuando el paciente "crezca" o sea "menos narcisista" verá que esto no es cierto. En cambio, la tarea del terapeuta de DBT es contrarrestar activamente tales creencias y suposiciones. Encuentro útil enfatizar que, aunque puedo ayudar a un paciente a desarrollar y practicar nuevas conductas que pueden ser útiles para reformar su vida, en el análisis final no puedo reformular su vida por ella. La metáfora del terapeuta como guía puede ser útil aquí. Puedo enseñarle el camino a alguien, pero no puedo caminar por ella. El cuidado está en permanecer con el paciente en el camino. Las declaraciones a este efecto a menudo son necesarias periódicamente durante el proceso de tratamiento.

Acuerdo de ética

La conducta ética puede ser un tema muy importante en el tratamiento de pacientes límite. En mi clínica, muchos de nuestros pacientes han tenido terapeutas que se involucraron en conductas extremadamente cuestionables y, a veces, claramente éticas. La implicación sexual y las relaciones duales que claramente cruzan los límites de una terapia efectiva son algunos ejemplos. Por lo tanto, un acuerdo explícito para obedecer las pautas éticas estándares y los códigos profesionales es particularmente importante.

Acuerdo de contacto personal

Al igual que el paciente (ver más arriba), el terapeuta acepta asistir a cada sesión programada, cancelar las sesiones con anticipación cuando sea necesario y reprogramarlas siempre que sea posible. Se debe discutir la duración de las sesiones y se deben determinar las preferencias del paciente y la experiencia previa con la terapia. La intención es proporcionar sesiones de una duración razonable que no sean interrumpidas por razones arbitrarias. Además de proporcionar una cobertura de respaldo razonable cuando el terapeuta está fuera de la ciudad o no está disponible, el terapeuta también acepta proporcionar un contacto telefónico razonable. La cantidad de contacto razonable es determinada tanto por las estrategias telefónicas de DBT (ver Capítulo 15) como por el enfoque de observación de límites (ver Capítulo 10).

Acuerdo de respeto por el paciente

Parece obvio, pero es útil discutir de todos modos, que el terapeuta debe estar dispuesto a respetar la integridad y los derechos del paciente. Si bien es esencial respaldar al paciente para una terapia efectiva, el acuerdo aquí va más allá de las consideraciones de ayudar al paciente a realizar los cambios conductuales necesarios.

Acuerdo de confidencialidad

El terapeuta acepta que toda la información revelada en la terapia se mantendrá en estricta confidencialidad. En general, solo los miembros del equipo de tratamiento y el personal de investigación (si hay un proyecto de investigación en curso) se les permiten el acceso a cintas de video o audios de terapia, notas de sesión y materiales de evaluación. (No debería decir, por supuesto, que los formularios apropiados de divulgación de información están firmados). Incluso dentro del equipo de DBT y las reuniones de supervisión, el terapeuta acepta mantener confidencial la información confidencial, potencialmente embarazosa y muy confidencial, a menos que exista una necesidad imperiosa de hacerlo. Los registros de las sesiones se mantienen seguros. Sin embargo, también se debe enfatizar que el terapeuta no está obligado a mantener la confidencialidad cuando el paciente amenaza con suicidarse o en otras circunstancias en las que la ley exige que los terapeutas informen lo que los pacientes les dicen. Cuando sea necesario hacerlo para mantener la seguridad del paciente o la de los demás, estas amenazas se pueden comunicar a otras personas, ya sea en el entorno familiar del paciente o a miembros de la comunidad de profesionales de la salud legal o mental.

Acuerdo de consulta

Los terapeutas acuerdan obtener consulta de terapia cuando sea necesario. En DBT estándar, todos los terapeutas aceptan asistir a las reuniones de consulta de casos programadas con regularidad, ya sea con un supervisor, un grupo de supervisión de compañeros u otros miembros del equipo de tratamiento del paciente. La idea básica, aquí, es que el paciente puede contar con el terapeuta para obtener ayuda cuando sea necesario en lugar de, por ejemplo, continuar indefinidamente con un tratamiento ineficaz o culpar al paciente por los problemas en la terapia.

Acuerdos de consulta con el terapeuta

Tanto como lo hace el terapeuta y el paciente, los terapeutas en co-supervisión o un grupo de consulta de casos aceptan interactuar entre sí de ciertas maneras. Los acuerdos tienen que ver con seguir las pautas generales de DBT en el contexto de las reuniones de supervisión o consulta de casos. Es decir, los terapeutas acuerdan tratarse entre sí al menos tan bien como tratan a sus pacientes. Además, los acuerdos están destinados a facilitar la permanencia dentro de un marco DBT con los pacientes.

Acuerdo dialéctico

El grupo de consulta de casos DBT se compromete a aceptar, al menos pragmáticamente, una filosofía dialéctica. No hay verdad absoluta; por lo tanto, cuando surgen las polaridades, la tarea es buscar la síntesis en lugar de la verdad. El acuerdo dialéctico no proscribe opiniones fuertes, ni sugiere que las polaridades sean indeseables. Más bien, simplemente apunta a la dirección que los terapeutas acuerdan tomar cuando las posiciones polares sostenidas apasionadamente amenazan con dividir al equipo de consulta.

Acuerdo de consulta con el paciente

El espíritu del tratamiento en DBT es que los terapeutas no sirven como intermediarios con otros profesionales, incluidos otros miembros del equipo de tratamiento. El grupo de consulta de casos DBT está de acuerdo en que la tarea de los terapeutas individuales es consultar con sus propios pacientes sobre cómo interactuar con otros terapeutas, no decirles a otros terapeutas cómo interactuar con los pacientes. Por lo tanto, cuando un terapeuta se comporta de manera falible (dentro de lo razonable), la tarea de los otros terapeutas del equipo es ayudar a sus pacientes a enfrentar la conducta de este terapeuta, no

necesariamente a reformar al terapeuta. Esto no significa que los miembros del equipo no continúen la planificación del tratamiento en conjunto para sus pacientes, intercambian información sobre los pacientes (incluidos sus problemas con otros miembros del equipo de tratamiento) y discuten los problemas en el tratamiento. Este acuerdo se discute más detalladamente en el Capítulo 13.

Acuerdo de consistencia

Las fallas en llevar a cabo planes de tratamiento son oportunidades para que los pacientes aprendan a lidiar con el mundo real. El trabajo del equipo de terapia no es proporcionar un ambiente perfecto y sin estrés para los pacientes. Por lo tanto, el grupo de consulta, que incluye a todos los miembros del equipo de tratamiento, está de acuerdo en que la coherencia de los terapeutas entre sí no es necesariamente eliminada; cada terapeuta no tiene que enseñar lo mismo, ni todos tienen que ponerse de acuerdo sobre cuáles son las reglas adecuadas para la terapia. Cada terapeuta puede establecer sus propias reglas sobre las condiciones de la terapia consigo mismo. Aunque puede facilitar el camino cuando todos los miembros de una institución las reglas de la unidad de manera precisa y clara, las confusiones se consideran inevitables con el mundo en el que todos vivimos; las confusiones son vistas como una oportunidad para que los pacientes (así como los terapeutas) practiquen casi todas las habilidades que se enseñan en DBT.

Acuerdo de observación de límites

El grupo de consulta de casos está de acuerdo en que todos los terapeutas deben observar sus propios límites personales y profesionales. Además, los miembros del grupo de consulta acuerdan no inferir que los límites estrechos reflejan: temores de intimidad, egocentrismo, problemas de dominio y control de los terapeutas, o que los límites amplios reflejan: la necesidad de nutrir. Los pacientes pueden aprender a averiguar los límites.

Acuerdo de empatía fenomenológica

Los terapeutas acuerdan, en igualdad de condiciones, buscar interpretaciones no peyorativas o fenomenológicamente empáticas de la conducta de los pacientes. El acuerdo se basa en el supuesto fundamental de que los pacientes están haciendo todo lo posible y quieren mejorar, en lugar de sabotear la terapia o "jugar juegos" con su terapeuta. Cuando un terapeuta no puede ofrecer una interpretación de este tipo, otros miembros del grupo de consulta acuerdan ayudarlo, mientras tanto también validan la mentalidad del terapeuta de "culpar a la víctima". Por lo tanto, los miembros del grupo de consulta acuerdan mantenerse en el marco de la DBT. Acuerdan no etiquetar a los terapeutas que siempre adoptan la interpretación empática como ingenuos o demasiado identificados con sus pacientes; también acuerdan no etiquetar a los terapeutas que siempre adoptan la interpretación de "culpar a la víctima" como agresiva, dominante o vengativa.

Acuerdo de falibilidad

En DBT, hay un acuerdo explícito de que todos los terapeutas son falibles. Esto significa que, relativamente "todos los terapeutas son idiotas". Por lo tanto, hay poca necesidad de estar a la defensiva, ya que se acuerda con anticipación que los terapeutas probablemente hayan hecho cualquier cosa problemática de la que se les acusa. La tarea de los miembros del grupo de consulta es aplicar DBT entre sí, para ayudar a cada terapeuta a permanecer dentro de los protocolos DBT. Sin embargo, al igual que con los pacientes, la resolución de problemas con terapeutas debe equilibrarse con la validación de la sabiduría inherente del terapeuta. Debido a que, en todos los terapeutas son falibles, se acepta que

inevitablemente violarán todos los acuerdos discutidos aquí. Cuando se haga esto, se apoyarán para señalar la polaridad y se moverán para buscar la síntesis.

Comentarios Concluyentes

Las suposiciones sobre la terapia y los pacientes límites, así como el terapeuta y los acuerdos de los grupos de consulta, conforman el contexto de trabajo en el que se basa DBT y proporcionan una base para la toma de decisiones terapéuticas a lo largo del tratamiento. El experimentado terapeuta sin duda ha notado que DBT se solapa ampliamente con muchas otras escuelas terapéuticas (cognitivo-conductuales y otras). Aunque puede haber poco o nada realmente nuevo en DBT, los consejos terapéuticos (y sabiduría) distribuidos en muchos manuales de terapia y tratados sobre TLP a veces se entrelazan de manera ligeramente diferente en DBT. Decir a los terapeutas en qué conductas del paciente se debe centrar es una parte importante de cualquier manual de tratamiento; para algunos, forma la mayor parte de la descripción de la terapia. La aplicación de estrategias de tratamiento en cualquier enfoque es más un arte que una ciencia, pero trato de dilucidar en la medida de lo posible las reglas que deberían guiar la aplicación de DBT.

Nota

1. Tengo que agradecer a Lorna Benjamin por este breve resumen de DBT.

CAPITULO 5

Objetivos Conductuales en el Tratamiento: Conductas a Aumentar y Disminuir

En la terapia cognitivo-conductual estándar, los objetivos del tratamiento se describen en términos de objetivos conductuales, es decir, conductas a aumentar y disminuir. He usado la misma convención aquí. En DBT, cada objetivo es una clase de conducta relacionada con un tema o área de funcionamiento. Las conductas específicas son dirigidas dentro de cada clase de conducta y se individualiza para cada paciente; La selección de objetivos depende de la evaluación inicial y continua. Este punto no puede ser sobre enfatizado.

El objetivo general: aumentar los patrones conductuales dialécticos

El objetivo primordial es aumentar los patrones de conducta dialéctica. Esto significa mejorar los patrones dialécticos de pensamiento y el funcionamiento cognitivo. También ayudar a los pacientes a cambiar sus conductas extremas en respuestas más equilibradas e integradas.

Pensamiento dialéctico

El pensamiento dialéctico es el "camino intermedio" entre el pensamiento universalista y relativista. El pensamiento universalista asume que hay verdades fijas, universales y un orden universal de las cosas. La verdad es absoluta; en desacuerdo podemos decir entonces que una persona tiene razón y la otra está equivocada. El pensamiento relativista asume que no hay una verdad universal y que el orden de las cosas depende enteramente de quién está haciendo el ordenamiento. La verdad es relativa; en desacuerdo podemos decir que no tiene sentido buscar la verdad, ya que la verdad está en el ojo del espectador. En contraste, el pensamiento dialéctico asume que la verdad y el orden evolucionan y se desarrollan con el tiempo. En los desacuerdos, se busca la verdad a través de los esfuerzos para descubrir lo que queda fuera y que ambos participantes están ordenando los eventos. La verdad es creada por un nuevo ordenamiento que abarca e incluye lo que ambos excluyeron previamente (Basseches, 1984, p. 11).

Por lo tanto, el pensamiento dialéctico es más parecido al pensamiento constructivo, donde el énfasis está en observar los cambios fundamentales que ocurren a través de la interacción de las personas con sus entornos. El enfoque de la terapia cognitiva de Michael Mahoney (1991), que se describe como un enfoque de terapia de "desarrollo constructivo", es un buen ejemplo de pensamiento constructivo. En contraste hay un patrón de pensamiento no dialéctico, como el estructuralista, que hace hincapié en encontrar patrones que permanecen iguales en el tiempo y las circunstancias.

Como he discutido en el Capítulo 2, el pensamiento dialéctico requiere habilidades para trascender las polaridades y ver la realidad como compleja y multifacética; el pensamiento dialéctico tiene pensamientos y puntos de vista contradictorios, y busca unirlos e integrarlos; busca que te sientas cómodo dentro del flujo y la inconsistencia; y reconozcas que cualquier punto de vista que abarque todo contiene sus propias contradicciones. Cuando uno se queda estancado en un problema, el enfoque dialéctico dice que hay que considerar lo que se ha omitido del problema o que se ha estrechado artificialmente los límites del problema o se ha simplificado el problema. Los individuos límites, por el contrario, piensan en extremos y mantienen rígidamente los puntos de vista. La vida es negra o blanca (vista en unidades dicotómicas). A menudo tienen dificultades para recibir nueva información; en su lugar, buscan verdades absolutas y hechos concretos que nunca cambian. El objetivo general de DBT no es lograr que los pacientes vean la realidad como una serie de grises, sino más bien ayudarlos a ver tanto en blanco como en negro, y que logren una síntesis de los dos, que no niegue la realidad de ninguno de los dos.

Para aquellos que no son pensadores dialécticos, o incluso para aquellos que lo son, pero nunca lo han pensado, puede ser difícil comprender exactamente lo que se está discutiendo aquí. Aquí hay un ejemplo: imagine un paciente que creció en una familia con una visión del mundo muy fuerte. Como adulta, rechaza gran parte de la visión del mundo que es importante para su familia y, en cambio, adopta una visión diferente. Su familia desapruueba con vehemencia. Ella cree que tiene razón y que su familia está equivocada, o que su familia tiene razón y ella es la equivocada. Quien esté equivocado debería abandonar ese punto de vista en favor del otro punto de vista.

Desde una posición formal, la tarea terapéutica es ayudar al paciente a examinar honestamente cuál es la posición más cercana a la verdad y comprender los factores que interfieren con la aceptación de la verdad. O la paciente está involucrada en un pensamiento disfuncional y debe cambiar su estilo de pensamiento, o está viendo las cosas con precisión y necesita ayuda para validarse y creer en sí misma.

El pensamiento relativista imaginaría que ninguna de las dos visiones es correcta o incorrecta. La terapia en este caso podría centrarse en ayudar al paciente a decidir qué visión del mundo le resulta más útil. El enfoque podría estar en los problemas que tiene la paciente para asumir la responsabilidad de su punto de vista y su disfuncional necesidad de que otros decidan por ella o que otros estén de acuerdo con ella.

En contraste, un terapeuta dialéctico ayudaría al paciente a identificar las influencias a lo largo del tiempo en su visión del mundo y examinar cómo sus propias acciones, han influido en las visiones del mundo de los miembros de su familia y otras personas con las que interactúa. La terapia aquí podría centrarse en descubrir si algo está interfiriendo con un mayor desarrollo y cambio. La terapia también puede centrarse en las formas en que la visión del mundo de la familia ha cambiado, así como en los factores que impiden un cambio adicional. El terapeuta podría llevar al paciente a explorar cómo cada visión del mundo se suma y sigue de la otra, sugiriendo que se puede apreciar una visión del mundo diferente sin invalidar el propio punto de vista.

Aquí hay otro ejemplo. Supongamos que un paciente le dice a su terapeuta que tiene muchas ganas de suicidarse. Después de esfuerzos prolongados para resolver problemas en esta situación sin ningún éxito, el terapeuta sugiere que la paciente se admita en el hospital local hasta que el peligro haya pasado. El paciente se niega. El terapeuta procede a llevarla involuntariamente a un hospital. En un momento dado, el paciente puede analizar la situación desde una posición formal. Ella puede ver sus propias necesidades y valores como más importantes y de un orden superior al del terapeuta. Después de todo, su seguridad es su propio negocio. El trabajo de los terapeutas no es hacer bajar sus valores ahorcando a los pacientes, encerrarlos cuando no están de acuerdo. Puede decidir retener información o mentir acerca de sus sentimientos suicidas en el futuro, y renunciar a recibir ayuda para resolver problemas que la hacen sentir suicida.

En otras ocasiones, el pensamiento del paciente puede ser más relativo y menos absoluto. Por un lado, cree que es razonable que pueda hablar con su terapeuta sobre los impulsos suicidas sin amenazar el compromiso. Si no puede rechazar la hospitalización, ¿cuál es el punto de la asertividad que le ha dado su terapeuta? Por otro lado, su terapeuta se preocupa por ella y quiere que siga viva, incluso si él o ella tiene que usar la fuerza para mantenerla con vida. Ambos puntos de vista tienen el mismo sentido, pero el conflicto no puede resolverse, por lo que el paciente simplemente está confundido.

Si la paciente puede asumir una postura dialéctica, puede ver el problema como un choque entre el objetivo del terapeuta de crear condiciones que mejoren su autonomía y la obligación del terapeuta de

protegerla de cualquier daño. La tarea de mejorar la autonomía del paciente puede llevar a prácticas que no son óptimas para protegerla de cualquier daño (enseñarle a la paciente la capacidad de afirmación y fomentar la confianza en su propia toma de decisiones). A la inversa, la tarea de proteger al paciente de cualquier daño puede llevar a prácticas que no mejoren su autonomía (retener al paciente contra sus deseos declarados). Si la paciente puede aceptar y apreciar este estado de las cosas, puede decidir tratar de trabajar con el terapeuta para tratar los problemas que la hacen sentir suicida, mientras que al mismo tiempo busca formas para que su terapeuta se sienta seguro sobre su seguridad. Tendrá que hacer algunos compromisos entre autonomía y seguridad, tal como lo hace su terapeuta. Sin embargo, está decidida a no perder de vista sus propios objetivos terapéuticos. Ella puede decidir trabajar muy duro en la terapia, para avanzar hacia la transformación del sistema para que estos dos valores no entren en conflicto.

Pensamiento dialéctico y terapia cognitiva.

El enfoque generalizado en el pensamiento no dialéctico en DBT es muy similar al enfoque en el pensamiento disfuncional en la terapia cognitiva. Por ejemplo, los errores cognitivos en la terapia cognitiva también son ejemplos de patrones de pensamiento no dialécticos. Al igual que en la terapia cognitiva, una tarea del terapeuta en DBT es ayudar al paciente a identificar sus patrones de pensamiento extremos y absolutos, y luego ayudarla a evaluar la validez de sus conclusiones y creencias. Los patrones de pensamiento problemático para DBT y para la terapia cognitiva son los siguientes:

1. Inferencias o conclusiones arbitrarias basadas en evidencia insuficientes o contradictorias.
2. Sobregeneralizaciones.
3. Ampliación y exageración del significado de los eventos.
4. Atribución inapropiada a sí mismo de toda culpa y responsabilidad por los eventos negativos.
5. Atribución inapropiada a otros de toda culpa y responsabilidad por eventos negativos.
6. Nombrar, o aplicar etiquetas de rasgos negativos que no agregan información nueva.
7. Catastrofizar, o la presunción de resultados desastrosos si ciertos eventos no continúan o se desarrollan.
8. Expectativas sin esperanza, o predicciones pesimistas basadas en la atención selectiva a eventos negativos en el pasado o en el presente, en lugar de datos verificables.

Algunas (pero no todas) las formas de terapia cognitiva enfatizan una forma empírica de razonamiento, que sostiene que la verdad es lo que encaja con los hechos, lo que funciona en la actualidad, lo que permite la predicción en el mundo material y lo que se puede señalar operativamente. Por lo tanto, el enfoque principal está en la verdad o falsedad de las proposiciones, creencias y generalizaciones. Si las proposiciones fueran siempre "verdaderas y primarias", el enfoque empírico sería suficiente y no habría necesidad de un enfoque dialéctico. Sin embargo, el espíritu de la dialéctica nunca es aceptar una verdad final, un hecho inmutable e indiscutible. Aunque DBT favorece el método dialéctico de razonamiento, no sostiene que dicho razonamiento sea suficiente en sí mismo. La lógica empírica no se ve como "incorrecta", especialmente en la resolución de problemas, pero se trata como una sola manera de pensar. Desde esta perspectiva, la síntesis de las dos formas de razonamiento es más útil para llegar a la comprensión.

Patrones de conducta dialéctica: estilo de vida equilibrado

La forma más fácil de pensar acerca de los patrones de conducta dialéctica es considerar la idea de equilibrio. Los individuos borderline rara vez llevan estilos de vida equilibrados. No solo su pensamiento, sino sus respuestas y acciones emocionales típicas, pueden ser dicotómicas y extremas. Los patrones de

conducta borderline: vulnerabilidad emocional frente a la auto-invalidación, crisis implacable versus duelo inhibido, y pasividad activa frente a aparente competencia (ver Capítulo 3), son ejemplos aquí. Un enfoque en los patrones de conducta dialéctica enfatiza el movimiento del paciente hacia respuestas más equilibradas e integradoras a situaciones de la vida. Desde una perspectiva budista, esto es caminar el "camino del medio". En particular, se deben resolver las siguientes tensiones dialécticas:

1. Mejora de la habilidad vs a la autoaceptación.
2. Resolución de problemas vs aceptación de problemas.
3. Regulación emocional vs la tolerancia emocional.
4. Autoeficacia vs búsqueda de ayuda.
5. Independencia vs dependencia.
6. Transparencia vs privacidad.
7. Confianza vs sospecha.
8. Control emocional vs tolerancia emocional.
9. Controlar / cambiar versus observar.
10. Asistir / mirar vs participar.
11. Necesitar de los demás en lugar de dar a los demás.
12. Auto-enfoque vs otro enfoque.
13. Contemplación / meditación vs acción.

Objetivos primarios de conducta

Disminuyendo las conductas suicidas

Como Mintz (1968) ha señalado, ninguna psicoterapia es efectiva con un paciente muerto. Por lo tanto, cuando la vida de un paciente está bajo amenaza, el enfoque de cualquier terapia debe cambiar para esforzarse en mantener al paciente vivo. En la mayoría de las situaciones de psicoterapia, la amenaza a la vida se debe a la conducta suicida, pero otras conductas también pueden calificar como tal (por ejemplo, el ayuno continuo en un paciente anoréxico, el descuido de una enfermedad potencialmente mortal, el peligro de una víctima de homicidio precipitado). Como he señalado en el Capítulo 1, las conductas suicidas, incluidos los suicidios y los actos parasuicidas cometidos con la intención de morir, son particularmente frecuentes entre los pacientes borderline. Sin embargo, en contraste con muchas otras poblaciones de pacientes, y como señala también el Capítulo 1, los pacientes borderline también tienen una alta incidencia de conductas parasuicidas que no están acompañados por ninguna intención de morir. Al menos entre algunos pacientes, es poco probable que las conductas parasuicidas resulten fatales y, por lo tanto, no representan una amenaza inmediata a la vida de los pacientes. No obstante, los actos parasuicidas de cualquier tipo son objetivos de alta prioridad en DBT; las razones de su importancia se discuten a continuación. Las cinco subcategorías de conductas relacionadas con el suicidio se enfocan en DBT: (1) conductas de crisis suicidas, (2) actos parasuicidas, (3) ideas y comunicaciones suicidas, (4) expectativas y creencias relacionadas con el suicidio y (5) afecto relacionado con el suicidio.

Conductas de crisis suicida

Las conductas de crisis suicida son las que convencen al terapeuta u otras personas de que el paciente tiene un alto riesgo de suicidio inminente. En la mayoría de los casos, estas conductas consisten en una combinación de amenazas de suicidio creíbles u otras comunicaciones de suicidio venidero; planificación y preparativos para el suicidio; obtener y mantener medios letales disponibles (por ejemplo, acumular drogas o comprar un arma); y alta intención suicida. A veces, las comunicaciones indirectas de intención

suicida también pueden ser conductas de crisis suicida. Ya sea que el terapeuta crea o no que es probable un suicidio posterior, estas conductas nunca se ignoran.

El deseo de estar muerto entre individuos límites a menudo es razonable, ya que se basa en vidas que actualmente son insoportables. Un principio básico de la DBT es que el problema rara vez consiste en distorsionar situaciones positivas en situaciones negativas. En cambio, el problema suele ser que un paciente simplemente tiene demasiadas crisis en la vida, factores de estrés ambientales, relaciones interpersonales problemáticas, situaciones laborales difíciles y / o problemas físicos que impiden disfrutar de la vida o encontrar un significado en ella. Además, los patrones de conducta disfuncionales habituales del paciente crean su propio estrés e interfiere con cualquier posibilidad de mejorar la calidad de vida. En resumen, los individuos borderline generalmente tienen buenas razones para querer estar muertos.

Sin embargo, los terapeutas de DBT, incluso cuando se enfrentan a vidas de dolor incalculable, siempre están del lado de la vida sobre la muerte (por suicidio). La razón de esta postura contra el suicidio es la siguiente. La agenda de muchos pacientes borderline parece ser a veces convencer a sus terapeutas de que la vida no vale la pena; tales argumentos pueden tener muchas funciones diferentes. Un paciente puede asumir que, si el terapeuta está de acuerdo, él o ella intervendrá directamente (mágicamente, desde mi punto de vista) y cambiará la calidad de vida del paciente. O el paciente puede estar intentando reunir valor para suicidarse. O el paciente puede estar utilizando el proceso de discutir con el terapeuta para obtener razones, esperanza y tranquilidad. Cualquiera sea la razón, a veces los pacientes me han convencido de que tienen razón. No solo creía que sus vidas eran imposibles de vivir, sino que yo mismo no veía una salida para ellos. Yo misma me sentía desesperado.

Mis sentimientos de desesperanza sobre un paciente en particular, no son las mejores guías para leer el futuro de los pacientes. Es decir, a menudo me siento desesperado por un paciente que posteriormente ha mejorado dramáticamente la calidad de su vida. No creo que esto sea un déficit particular de mi parte; los sentimientos de desesperanza, al menos con respecto a los pacientes límite, no son infrecuentes entre los terapeutas. Sin embargo, los propios acontecimientos de la vida actual del terapeuta, el estado de la relación terapéutica y los estados de ánimo transitorios tanto del terapeuta como del paciente influyen en estos sentimientos de desesperanza, al igual que los factores realmente predictivos del futuro progreso.

Si bien un terapeuta puede creer que una vida de cualquier calidad vale la pena, la vida de muchas personas límite se aproxima peligrosamente al límite. Si su intenso sufrimiento es el resultado de su propia conducta o de eventos ambientales incontrolables es irrelevante; el sufrimiento es sufrimiento. De hecho, uno puede argumentar que mantener a un paciente vivo dentro de una vida insostenible no es una hazaña admirable. Esta posición me ha llevado a afirmar que DBT no es un programa de prevención del suicidio, sino un programa de mejora de la vida. El deseo de suicidarse, sin embargo, tiene como base la creencia de que la vida no puede o no va a mejorar. Aunque ese puede ser el caso a veces, no es cierto que sea en todos los casos. La muerte, sin embargo, descarta la esperanza en todos los casos. No tenemos ningún dato que indique que las personas muertas llevan una vida mejor.

Creo que las personas a veces toman decisiones informadas y racionales para suicidarse. No creo que este fenómeno se limite a aquellos que no están en tratamiento psiquiátrico o psicológico. Tampoco creo que los pacientes Borderline sean incapaces de tomar una decisión informada sobre si suicidarse o no. Sin embargo, estas creencias en la libertad individual no significan que debo estar de acuerdo con cualquier persona en que el suicidio es una opción buena o incluso aceptable.

Ante los intentos persistentes por parte de algunos pacientes borderline para convencer a sus terapeutas de que el suicidio es una buena idea, un terapeuta debe tener una posición predeterminada y no negociable sobre el suicidio. No puede ser una opción discutible, no sea que el terapeuta pierda. He elegido estar del lado de la vida. Me parece que a veces los terapeutas alientan el suicidio en personas que no lo harían y si lo hicieran lo lamentarían. Sabiendo que algunos de los que viven pueden lamentar esa elección, los terapeutas que toman la postura de la vida también deben, me parece, aceptar la responsabilidad de ayudar a estos individuos en todas las formas posibles para crear vidas que valgan la pena vivir. Hay un viejo dicho que dice que la persona que salva una vida es responsable de esa vida.

Actos parasuicidas

Al igual que las conductas de crisis suicidas, los actos parasuicidas (en el Capítulo 1 para una definición y discusión completa) nunca se ignoran en DBT. Reducir los actos parasuicidas es un objetivo de alta prioridad en DBT por varias razones. Primero, el parasuicidio es el mejor predictor de suicidio subsiguiente. Entre los pacientes límites, la tasa de suicidio cometido entre individuos que participan en conductas parasuicidas es el doble vs los que no lo hacen (Stone, 1987b). Segundo, la conducta parasuicida daña el cuerpo, a menudo de forma irrevocable. Cortar y quemar, por ejemplo, no se puede deshacer; Las cicatrices son permanentes. El parasuicidio no solo daña el cuerpo, sino que también ofrece la posibilidad de muerte accidental. En tercer lugar, las acciones basadas en la intención de dañarse a uno mismo son simplemente incompatibles con todos los otros objetivos de cualquier terapia, incluida la DBT. La efectividad de toda la psicoterapia voluntaria se basa, al menos en cierta medida, en desarrollar un intento de ayudar en lugar de dañarse a uno mismo. Por lo tanto, el tratamiento de la conducta parasuicida va al corazón de la tarea terapéutica. En cuarto lugar, es bastante difícil para un terapeuta comunicar de manera creíble el cuidado de un paciente si el terapeuta no reacciona cuando el paciente se daña a sí mismo. Responder al parasuicidio al insistir en que debe detenerse y dedicar todos los recursos de la terapia a ese fin, son comunicaciones por excelencia de compasión y cuidado. La negativa a perdonar los actos parasuicidas en cualquier circunstancia es, por supuesto, un movimiento terapéutico estratégico, y puede ser extraordinariamente difícil para el terapeuta mantener esa postura.

Ideación y comunicación suicida

Otra prioridad en la DBT es disminuir la frecuencia e intensidad de la ideación y las comunicaciones suicidas. Las respuestas específicas incluyen pensar en el suicidio y el parasuicidio, experimentar impulsos de suicidio o autolesiones, tener imágenes y fantasías relacionadas con el suicidio, hacer planes de suicidio, amenazar con el suicidio y hablar sobre el suicidio. Los individuos borderline a menudo pasan una cantidad considerable de tiempo pensando en el suicidio. En estos casos, la ideación suicida es una respuesta habitual que puede estar desconectada de cualquier deseo de morir en este momento. La posibilidad de suicidio les asegura que, si las cosas se ponen muy mal, siempre hay una salida. (Recuerdo aquí el suministro de cápsulas de cianuro a los espías durante las guerras. Si los atrapan, siempre pueden evitar la tortura cometiendo suicidio.) Otros individuos límite amenazan habitualmente con suicidarse con casi cualquier provocación, pero inmediatamente retiran o rechazan sus amenazas. Otros individuos límite a veces agonizan sobre si suicidarse o no; por lo general, tal agonía se acompaña de lo que parece un dolor intolerable. Las amenazas suicidas siempre son dirigidas directamente. En contraste, la ideación suicida se dirige directamente solo cuando es nueva o inesperada, es intensa o aversiva, se asocia con parasuicidio o crisis suicidas, o interfiere con la resolución hábil de problemas.

Expectativas y creencias relacionadas con el suicidio

DBT también se enfoca en las expectativas de los pacientes sobre el valor de la conducta suicida como una alternativa para resolver problemas. Desafortunadamente, muchas de estas expectativas pueden ser bastante precisas. Si un paciente desea vengarse, hacer que los demás se arrepientan por lo que hicieron y por lo que dejaron de hacer, escapar de una situación de vida intolerable o incluso salvar a otros el dolor, el sufrimiento y el dinero, el suicidio puede ser la respuesta. El parasuicidio también puede tener efectos beneficiosos. Como se describe en el Capítulo 2, una sensación de alivio después de cortar o quemar es extremadamente común incluso cuando la conducta se lleva a cabo en privado. Dormir, como consecuencia de una sobredosis u otros métodos que causan la pérdida del conocimiento, a menudo tiene un efecto beneficioso sustancial en el estado de ánimo. El parasuicidio de cualquier tipo, especialmente si causa una gran conmoción, puede ser un medio muy eficaz de distracción del afecto negativo persistente y de las situaciones problemáticas. Finalmente, tanto las conductas de crisis suicidas como el parasuicidio son formas a menudo efectivas para que el paciente haga que los demás la tomen en serio, para obtener ayuda y atención, para escapar de situaciones, para reanudar o terminar relaciones, o para lograr hospitalizaciones deseadas, pero no disponibles.

Por lo tanto, las expectativas que quizás son las que más necesitan atención no son las de las consecuencias realistas a corto plazo de la conducta suicida. Más bien, deben abordarse los resultados negativos a largo plazo de la conducta suicida, al igual que las expectativas sobre conductas alternativas para la resolución de problemas que a la larga pueden resultar más efectivos. Las expectativas y creencias relacionadas con el suicidio o el para-suicidio generalmente son atendidas directamente solo si son instrumentales o si interfieren con las conductas hábiles.

Afecto relacionado con el suicidio

Como se señaló anteriormente, tanto el parasuicidio como el pensamiento sobre el suicidio se asocian con el alivio de estados emocionales intensamente negativos entre algunos individuos borderline y suicidas. Estas personas pueden reportar sentimientos de relajación, calma y "liberación" emocional de sus sentimientos de pánico, ansiedad intensa, enojo abrumador y vergüenza insoportable después de participar en parasuicidios o hacer planes para suicidarse. Dicha conexión puede deberse al resultado del aprendizaje instrumental, el condicionamiento clásico o algún efecto neuroquímico inmediato de la autolesión. A veces, las experiencias afectivas positivas, incluida la excitación sexual, pueden acompañar al parasuicidio. Un objetivo importante de la DBT es cambiar la respuesta emocional del individuo tanto para el parasuicidio como para los pensamientos, imágenes y fantasías de suicidio y parasuicidio. Al igual que las expectativas relacionadas con el suicidio, el afecto relacionado con el suicidio generalmente se atiende directamente solo si está relacionado funcionalmente con las conductas de crisis suicidas o parasuicidas o si interfiere con las conductas hábiles.

Posdata: Conductas suicidas como soluciones maladaptativas a los problemas

Como tal vez sea obvio de lo que antecede, DBT ve todas las conductas suicidas como conductas desadaptativas de resolución de problemas. Como he señalado anteriormente, mientras que el terapeuta generalmente considera que las conductas suicidas son un problema, el paciente a menudo (pero no siempre) los ve como una solución. Por lo tanto, una primera tarea de la terapia es trabajar activamente hacia la resolución de esta diferencia fundamental en los puntos de vista. Una síntesis dialéctica es la dirección a seguir. Una vez que se logra (o se alcanza) una síntesis frágil, la terapia se orienta a dos objetivos fundamentales: (1) ayudar al paciente a construir una vida digna de ser vivida y (2) reemplazar

los intentos de mala adaptación en la resolución de problemas con conductas adaptativas y hábiles para resolver problemas. Los pacientes Borderline a menudo desean evitar cambiar su estilo de resolución de problemas hasta que se reduzcan o eliminen los factores que comprometen la calidad de vida. El énfasis en la DBT suele ser todo lo contrario: "Primero detendremos las conductas suicidas y luego descubriremos cómo mejorar su vida". Como indica el Capítulo 9, tal dicotomía es de hecho arbitraria, ya que las estrategias de resolución de problemas que forman el corazón de las intervenciones de cambio de DBT funcionan para reducir las conductas problemáticas y para cambiar las circunstancias personales y situacionales que las precipitan.

Disminuyendo las conductas que interfieren con la terapia

El segundo objetivo de la DBT es la reducción de las conductas tanto del paciente como del terapeuta que interfieren con la terapia efectiva y, a la inversa, el aumento de las conductas que mejoran la continuación y la eficacia de la terapia. La necesidad de apuntar a esta clase de conductas parece obvia. Los pacientes que no están en terapia o que, si lo están, pero no participan o no reciben actividades terapéuticas, no pueden beneficiarse. Aunque la elección de si trabajar juntos en primer lugar es una decisión que solo un paciente y un terapeuta pueden tomar, el hecho de que continúen en una relación terapéutica es una función de mucho más que la simple decisión o la conducta de elección. De hecho, los pacientes borderline con frecuencia tienen grandes dificultades para traducir decisiones y elecciones en conductas congruentes. El control cognitivo sobre la conducta manifiesta no es uno de sus puntos fuertes. Para los terapeutas, muchos factores externos, como las prioridades de la institución, las necesidades de capacitación o las consideraciones financieras, pueden hacer que la decisión de seguimiento para tratar a pacientes en particular sea imposible. Además, la forma en que un terapeuta elige a un paciente está determinada por una serie de factores, que incluyen el historial de reforzamiento, las capacidades de conducta, las inhibiciones de la conducta y las contingencias actuales que operan en el entorno terapéutico. El objetivo de la DBT es crear contingencias, mejorar las capacidades y reducir las inhibiciones para que la probabilidad de que el paciente y el terapeuta continúen juntos en la terapia aumente.

La DBT requiere una participación activa tanto del paciente como del terapeuta. Durante las sesiones individuales y grupales, el paciente debe colaborar con el terapeuta para abordar los objetivos terapéuticos. Entre las sesiones, el paciente debe realizar las tareas; Además, se espera que el paciente mantenga una serie de acuerdos relacionados con la gestión de su vida y la conducta suicida. Por lo tanto, un paciente puede presentar muchos tipos de conductas que pueden conducir a problemas en el tratamiento. De manera similar, un terapeuta que no administra una terapia efectiva o que se involucra en conductas que interfieren con la colaboración o la continuación de la terapia rara vez es muy útil. Las conductas de los pacientes a los que me refiero aquí son similares a los que se incluyen en el concepto de "resistencia" de los terapeutas psicodinámicos y psicoanalíticos. Las conductas del terapeuta a los que me refiero se encuentran bajo la rúbrica analítica de "contratransferencia", al menos cuando la contratransferencia se evalúa en términos negativos. También caen bajo la rúbrica de "factores de relación" en discusiones más generales de psicoterapia.

Paciente "mariposa" versus "apegada"

Tanto los pacientes límite como los parasuicidas son conocidos por abandonar la terapia prematuramente (Gunderson, 1984; Richman y Charles, 1976; Weissman y otros, 1973). Sin embargo, según mi experiencia, los pacientes borderline generalmente se clasifican en uno de dos tipos: pacientes "mariposa" y pacientes "apegadas". Los pacientes "mariposas" tienen gran dificultad para unirse a la terapia; Vuelan dentro y fuera de las manos de sus terapeutas, por así decirlo. La asistencia a las sesiones es episódica, los

acuerdos a menudo se rompen y la terapia o una relación terapéutica no parece ser de alta prioridad. La terapia con tales pacientes rara vez se enfoca en la relación con el terapeuta, a menos que el terapeuta inicie tal discusión. Generalmente, el paciente está involucrado en una o más relaciones primarias con otra persona, ya sea sus padres, cónyuge o pareja. Las llamadas telefónicas al terapeuta generalmente se refieren a las crisis personales en lugar de los problemas con el terapeuta. La mayor parte de su energía interpersonal va a relaciones alternativas en lugar que a la relación terapéutica. Cuando una relación alternativa es segura, el paciente puede faltar o terminar la terapia. Por lo general, ella no ha tenido una larga historia de psicoterapia previa. Una conducta importante que interfiera con la terapia es la no participación del terapeuta.

En el otro extremo del espectro está el paciente apegado. Tal individuo usualmente forma una relación casi inmediata e intensa con el terapeuta. Casi nunca pierde una sesión, y si lo hace, a menudo le pide (o exige) que la re programe. El paciente solicita y puede necesitar sesiones más largas de lo habitual, sesiones más frecuentes y más llamadas telefónicas al terapeuta entre sesiones. Desde el principio, las dificultades dentro de la relación terapéutica constituyen un foco importante de la terapia. A menudo, el terapeuta es la persona de apoyo principal del paciente, y la relación terapéutica es su relación interpersonal primaria. Los pacientes apegados rara vez abandonan la terapia, tienen grandes dificultades cuando sus terapeutas se van de vacaciones y tienen miedo de que terminen desde el principio. Muchos de estos individuos han tenido largas historias de relaciones psicoterapéuticas, que han reforzado sus conductas de apego. Con estos pacientes, un área importante de los comportamientos que interfieren con la terapia es su incapacidad para tolerar a los terapeutas imperfectos que a menudo no pueden satisfacer sus necesidades.

Enfoques tradicionales de la terapia cognitiva y conductual

Al leer algunos manuales e investigaciones sobre tratamientos cognitivos y de conducta, a menudo se tiene la impresión de que conseguir que un paciente colabore y se involucre en la terapia es tan fácil que no se discute. Con algunas poblaciones de pacientes, este es el caso. Sin embargo, la atención que se presta a las conductas interferentes de los pacientes está aumentando rápidamente. Por ejemplo, Chamberlain et al. (1984) ha desarrollado una escala de calificación para las conductas resistentes de los pacientes. Se han escrito varios artículos y libros sobre el cumplimiento del paciente (Shelton y Levy, 1981; Meichenbaum y Turk, 1987). Los terapeutas cognitivo-conductuales atienden regularmente la necesidad de desarrollar una relación de colaboración en la terapia (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

En contraste, los terapeutas cognitivos y de conducta han prestado poca atención a las conductas de los terapeutas (aparte de la técnica) que interfieren con la terapia o la mejoran. En general, la posición conductual ha sido doble en esta pregunta: primero, el efecto de los factores interpersonales del terapeuta en el resultado del tratamiento es una pregunta empírica que no puede responderse sin recurrir a los datos; En segundo lugar, esta pregunta empírica debe abordarse idiográficamente para cada pareja de paciente y terapeuta (Turkat y Brantley, 1981). Las conductas del terapeuta que son efectivos para una relación paciente-terapeuta pueden ser completamente ineficaces para otra relación. Esta doble perspectiva es una consecuencia directa del énfasis en la terapia cognitiva y de conducta en la aplicación de procedimientos empíricos para el alivio de los problemas clínicos.

Las conductas que mejoran la terapia que se discuten con mayor frecuencia en la literatura conductual incluyen aquellas cualidades del terapeuta generalmente asociadas con la terapia centrada en el cliente (por ejemplo, calidez, empatía y autenticidad) y las derivadas de estudios socio-psicológicos de influencia interpersonal (por ejemplo, prestigio del terapeuta, estado, experiencia y actitud). El papel

preciso que desempeñan estas diversas cualidades en la terapia conductual efectiva sigue siendo controvertido. Algunos conductistas enfatizan la falta de datos empíricos consistentes sobre los efectos de muchas variables del terapeuta que tradicionalmente se consideraron importantes para el resultado terapéutico, especialmente el calor y la empatía (Morris y Magrath, 1983; Turkat y Brantley, 1981). Otros conductistas argumentan otros factores de importancia (Goldfried y Davison, 1976; Levis, 1980; Wilson, 1984). Sin embargo, incluso quienes consideran claramente importantes las conductas interpersonales de los terapeutas, abogan por una implementación idiográfica que se ajuste a cada paciente en particular (Arnkoff, 1983; Wilson, 1984). Beck et al. (1979) tal vez expresa mejor esta visión conductual cuando recomiendan que el terapeuta individual debe proceder observando los efectos de sus acciones en el paciente. DBT acepta tal punto de vista.

Conductas que interfieren con la terapia del paciente.

Se incluyen tres categorías de conductas que interfieren con la terapia del paciente. La primera categoría consiste en cualquier conducta que interfiera con que el paciente reciba la terapia ofrecida. Una segunda categoría, vista en los entornos de terapia de grupo y de hospitalización, consiste en conductas que interfieren con el beneficio de la terapia de otros pacientes. La tercera categoría consiste en conductas del paciente que gastan al terapeuta; se incluyen conductas que empujan los límites personales del terapeuta o disminuyen la disposición del terapeuta para continuar la terapia.

Comportamientos que interfieren con la terapia que se recibe. La noción aquí es que una terapia aplicada pero no recibida fracasará. La idea es similar a la necesidad de niveles terapéuticos en sangre para los medicamentos psicotrópicos. Para recibir DBT, el paciente debe asistir a las sesiones, colaborar con el terapeuta y cumplir con las recomendaciones del tratamiento.

1. No atender a las Conductas. Las conductas que interfieren con la asistencia a la terapia interfieren con la efectividad del tratamiento. Obviamente, si una paciente no asiste a las sesiones o se retira prematuramente, no se beneficiará de la terapia. Menos obvio, si un paciente llega a la terapia físicamente pero no asiste psicológicamente, es difícil entender cómo se beneficiará de la experiencia. Las conductas que interfieren con la atención que hemos visto en nuestra clínica son los siguientes: abandonar la terapia; amenazas de abandonar la terapia, perder la sesiones; cancelación de sesiones por motivos no terapéuticos; continuas crisis disruptivas; ser admitido excesivamente en hospitales, olvidar sesiones; acciones suicidas en unidades hospitalarias que causen miedo en el personal con la finalidad que el paciente no pueda salir o recibir un pase para asistir a sesiones de terapia individual o grupal; actuar de manera excesivamente suicida o amenazar con suicidarse en presencia de personas con poder legal para enviar al paciente a un hospital (los pacientes involuntarios generalmente no pueden obtener pases para asistir a sesiones de terapia ambulatoria); tomar sustancias que alteran la mente antes de asistir a las sesiones (a menos que sea requerido por prescripción); salir de las sesiones antes de que terminen; desmayos, ataques de pánico o convulsiones durante la sesión; disociarse o soñar despierto durante las sesiones; y no dormir lo suficiente antes de las sesiones y estar demasiado cansado para permanecer despierto. Si estos comportamientos ocurren entre una sesión y la siguiente, o dentro de la sesión, se anotan y se discuten, y se aplican estrategias relevantes para la resolución de problemas.
2. *Comportamientos no colaborativos.* Los terapeutas conductuales han enfatizado históricamente el papel desempeñado por una relación colaborativa y colegial entre el paciente y el terapeuta en la efectividad terapéutica, especialmente cuando los tratamientos involucran la participación activa del paciente en las sesiones de tratamiento. Debido a que la modificación directa de los entornos

de los adultos es difícil o imposible, la mayoría de los programas de tratamiento conductual dirigidos a adultos consisten en una variación de la autogestión y la capacitación en habilidades. Por lo tanto, los terapeutas deben enseñar a los pacientes adultos cómo modificar sus propios entornos para mejorar las conductas funcionales y los resultados. En tales programas, la colaboración activa de los pacientes es obviamente esencial.

Alternativamente, en los tratamientos que enfatizan las funciones de refuerzo del terapeuta y se centran principalmente en las conductas del paciente durante la sesión, la colaboración puede ser un objetivo del tratamiento, en lugar de una conducta esencial del paciente para lograr el objetivo. Tal es el caso de la "psicoterapia analítica funcional", un tratamiento de conducta radical basado en los principios de Skinner, desarrollado por Robert Kohlenberg y Mavis Tsai (1991). Las conductas de colaboración se consideran en la DBT esenciales para el tratamiento y como un objetivo del tratamiento. Las conductas no colaborativas se consideran ejemplos de conductas que interfieren con la terapia. Los ejemplos incluyen los siguientes: incapacidad o negativa a trabajar en terapia; mentir; no hablar en absoluto en la terapia; retirarse emocionalmente durante las sesiones; discutir incesantemente con todo y con todo lo que dice el terapeuta; distraer y desviarse de objetivos de alta prioridad durante las sesiones; y responder a la mayoría o todas las preguntas con "No sé" o "No puedo recordar".

3. *Conductas de no acatar indicaciones.* Un sentido activo de participación del paciente en la terapia se relaciona consistentemente con un resultado positivo (Greenberg, 1983). La terapia conductual en general, y la DBT en particular, requieren una participación muy directa del paciente en el proceso de tratamiento. Durante las sesiones, es posible que se requiera que el paciente participe en actividades imaginarias encubiertas (por ejemplo, entrenamiento de relajación o desensibilización sistemática) o que practique nuevas conductas (por ejemplo, juegos de rol en el entrenamiento de habilidades sociales), y también reciba varias tareas. Se espera que los pacientes se expongan a situaciones que temen y que produzcan respuestas que les resulten muy difíciles. El coraje, las habilidades de autocontrol y una historia en la que tanto las conductas que cumple como los intentos activos de resolución de problemas se han reforzado son requisitos para tales conductas. No en vano, los individuos borderline a menudo carecen de estos atributos. Las conductas de no acatar indicaciones incluyen no completar o no traer tarjetas de diario; rellenarlo de forma incompleta; no mantener los acuerdos hechos con el terapeuta; negarse a completar o completar solo parcialmente las tareas conductuales; negarse a cumplir con las recomendaciones de tratamiento, tales como estrategias de exposición; y negarse a aceptar los objetivos del tratamiento que son esenciales en DBT (por ejemplo, negarse a trabajar para reducir las conductas suicidas).

Conductas que interfieren con otros pacientes. En grupos y en hospitalizados, las interacciones entre pacientes pueden ser crucial para el éxito o el fracaso de la terapia. En mi experiencia, las conductas que tienen más probabilidades de hacer que otros pacientes no puedan beneficiarse de la terapia son los comentarios abiertamente hostiles, críticos y juiciosos dirigidos entre ellos. Aunque puede ser deseable que los otros pacientes aprendan a tolerar tales comentarios, este objetivo parece imposible de alcanzar para algunos pacientes límite cuando se sienten abiertos a atacar en cualquier momento. Los pacientes Borderline son muy sensibles a cualquier tipo de retroalimentación negativa, aunque solo sea implícita. A menudo experimentarán una retroalimentación apropiada como un ataque. La incapacidad de un paciente para aceptar una retroalimentación negativa dada de forma razonable por parte de otros pacientes puede ser en sí misma una conducta que interfiere con la terapia, pero las expresiones inoportunas de

sentimientos negativos hacia otro paciente o los intentos insistentes de resolver un problema de relación con otro paciente generalmente también son interferencias para quien la recibe.

Sin embargo, dado que uno de los objetivos interpersonales en DBT es ayudar a los pacientes a sentirse más cómodos con el conflicto, la evitación de conflictos no siempre (o incluso generalmente) se considera realmente deseable en la DBT. Aunque casi cualquier conducta que crea conflicto puede interferir con la terapia para otros pacientes, en mi experiencia, solo los ataques abiertamente hostiles a otros pacientes amenazan con destruir la posibilidad de terapia.

Conductas que agotan a los terapeutas. Las personas límites desean la ayuda de las personas de su entorno, pero a menudo no están capacitadas para pedir y recibir ayuda o agotan a los cuidadores potenciales. Aprender a pedir y recibir ayuda de manera adecuada, así como a cuidar al que da la ayuda, es una habilidad importante para la vida. Un enfoque para mejorar las conductas de solicitud y de recibir ayuda entre individuos borderline, así como la generalización de estas conductas a la vida cotidiana, mejora la calidad tanto de la terapia como de la vida cotidiana. Por supuesto, reducir las conductas que gastan a los terapeutas también es esencial si se quiere mantener una relación terapéutica. En general, las investigaciones en esta área sugieren que el agotamiento, una vez que ocurre, puede llevar a una gran cantidad de errores terapéuticos (Chemiss, 1980; Carrol y White, 1981). Puede ser difícil recuperarse. Por lo tanto, parece importante prevenir el agotamiento en lugar de esperar a que ocurra y luego tratar de remediarlo. Este mismo razonamiento subyace a la estrategia DBT de observar límites (parte de las estrategias de contingencia discutidas en el Capítulo 10; discuto este punto con mucho mayor detalle allí).

Siguiendo con lo anterior, el terapeuta individual de DBT establece claramente al principio que un objetivo importante de la DBT es enseñar al paciente a actuar de tal manera que el terapeuta no solo pueda brindar la ayuda que el paciente necesita, sino también quiera hacerlo. En general, el terapeuta señala rápidamente que no existe el respeto positivo incondicional o el amor incondicional. Incluso la persona más devota puede ser disuadida de brindar más ayuda a un amigo o familiar; lo mismo es válido para un terapeuta. Dadas las conductas correctas, cualquier paciente puede hacer que un terapeuta la rechace. Este punto queda muy claro en la orientación de la terapia DBT, como se observa en el Capítulo 4. La idea aquí es cortar al principio cualquier creencia que la ayuda que el paciente recibe del terapeuta no está relacionada con sus propias conductas interpersonales con el terapeuta. En mi experiencia, la mayoría de los pacientes borderline acogen con satisfacción esta orientación por parte de sus terapeutas. Muchos han sido rechazados de la terapia al menos una vez. La idea de que la terapia les ayudará a evitar que esto vuelva a suceder es una buena noticia.

En mi experiencia, los terapeutas a menudo tienen problemas para identificar conductas que contribuyen al agotamiento y que se califican como conductas que interfieren con la terapia. La mayoría no tiene dificultad para identificar las conductas de los pacientes que interfieren con la asistencia a la terapia, la colaboración con los terapeutas y el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento. Sin embargo, las conductas de los pacientes que empujan los límites personales de los terapeutas o disminuyen su motivación para trabajar con los pacientes a menudo no se identifican. En estos casos, muchos terapeutas tienden a creer una de dos cosas: o las conductas son parte de la "psicopatología" de los pacientes, o las reacciones de los terapeutas son, de alguna manera, marcas de su incapacidad. Cuando estas conductas son vistas como parte de una "patología límite", a menudo no están directamente dirigidos. Muchos terapeutas parecen creer que, si los pacientes pueden "curarse" de su "borderline", estas conductas cesarán automáticamente. Alternativamente, cuando las reacciones de un terapeuta son vistas como problemas del terapeuta, las conductas del paciente a menudo se ignoran a favor de concentrarse (generalmente en reuniones de supervisión o de conferencia de casos) sobre las deficiencias del terapeuta.

1. *Empujando los límites personales del terapeuta.* Cada terapeuta tiene límites personales tanto en lo que está dispuesto a hacer por un paciente como en las conductas que puede tolerar. Las conductas de los pacientes que superan lo que el terapeuta está dispuesto a tolerar, son conductas que interfieren con la terapia. Las conductas que empujan los límites personales varían entre los terapeutas, varía también con cada paciente y con el tiempo. Dentro de la terapia de un paciente, los límites varían con los cambios en la relación terapéutica y con los factores individuales del terapeuta, por situaciones que esté pasando en su vida. Las conductas dirigidas en un momento dado dependen del estado de los límites del terapeuta en ese momento y de las capacidades del paciente.

La conducta más importante del paciente borderline que empuja los límites más que cualquiera es negarse a participar o aceptar estrategias terapéuticas que el terapeuta considera esenciales para el progreso o la eficacia de la terapia. Por lo tanto, si un paciente se niega a cumplir con una estrategia terapéutica que el terapeuta cree que es esencial para una terapia efectiva, y otras estrategias razonablemente aceptables no están disponibles, entonces ese rechazo es una conducta que interfiere con la terapia y, por lo tanto, puede convertirse en el foco de la terapia hasta que esté resuelto. El paciente, el terapeuta, o ambos necesitan cambiar. Otras conductas que pueden empujar los límites de un terapeuta de DBT incluyen llamar demasiado al terapeuta; ir a la casa del terapeuta o iniciar interacciones con los miembros de la familia del terapeuta; exigir soluciones a problemas que el terapeuta no puede resolver; exigir más tiempo de sesión o más sesiones de las que el terapeuta puede ofrecer; interactuar con el terapeuta de una manera demasiado personal o familiar, incluyendo comportamientos sexualmente provocativos o seductores; violando el espacio personal del terapeuta; y amenazarlo de daño al terapeuta o sus familiares. Casi cualquier comportamiento del paciente a veces puede empujar los límites de algunos terapeutas. Aunque a veces los límites se deben estirarse, no hay límites personales a priori que se deben observar en la DBT. Por lo tanto, las conductas que empuje los límites solo pueden ser definidos por cada terapeuta en relación con cada paciente individual. Los pacientes en un programa donde interactúan con múltiples terapeutas, deben aprender a observar múltiples conjuntos de límites.

Los terapeutas no conductuales interpretan a menudo los límites de un terapeuta como una ausencia de límites del paciente. Las conductas del paciente que hacen que un terapeuta se sienta como si sus límites personales estuvieran siendo invadidos e infringidos, (y en ocasiones asumidos), se supone que son el resultado de que el paciente no tiene sus propios límites personales. El término "límites" se usa como si tuviera un significado no arbitrario, independientemente del efecto de las conductas del paciente en el terapeuta. Un terapeuta a menudo establece límites como si hubiera una ubicación "correcta" para ellos. En mi opinión, sin embargo, el establecimiento de límites es una función social; Por lo tanto, no hay límites correctos libres de contexto. Un paciente límite a menudo no puede o no quiere participar en observar y respetar los límites interpersonales de otras personas. Tales fallas pueden estar determinadas por cualquier número de factores que no sean el sentido del paciente de sus propios límites.

Sin embargo, enfocarse en los límites del paciente (en lugar de la infracción de los terapeutas) tiene dos resultados desafortunados desde el punto de vista de DBT. Primero, desvía la atención del terapeuta de la conducta problemática del paciente. Para cambiar una construcción, como los límites, se requiere al menos que el terapeuta pueda especificar las conductas que definen operativamente la construcción; esto se hace raramente. Segundo, dado que se asume que la falta de límites determina las conductas problemáticas, hay poco o ningún incentivo para realizar un análisis conductual para detectar otras influencias. Por lo tanto, los factores importantes que determinan la conducta pueden pasarse por alto, lo que hace que el cambio sea mucho más difícil.

2. *Conductas que empujan los límites de la organización.* Aunque normalmente no pensamos que las organizaciones, incluidas las unidades de tratamiento, tengan "límites personales", es útil considerar los límites desde este punto de vista en DBT. Por lo tanto, las reglas de la unidad para pacientes hospitalizados (por ejemplo, sin radios ruidosos), los contratos de tratamiento diurno (por ejemplo, sin armas), o las reglas de la clínica ambulatoria (por ejemplo, esperar a los terapeutas en el área de espera designada) son ejemplos de límites organizativos. Son "personales" porque cada unidad de tratamiento tiene sus propios límites, desarrollados a menudo para satisfacer a muchas personas (administradores de hospitales y unidades, personal legal, directores de unidades, etc.). Por ejemplo, en mi programa, los pacientes cruzan un límite cuando hacen algo que podría hacer que mi unidad de tratamiento sea expulsada de la clínica más grande que nos da espacio. El único requisito en DBT es que los límites de las organizaciones que ofrecen terapia deben imitar lo más cerca posible los límites organizativos en entornos cotidianos. Por lo tanto, los límites que requieren conductas sumisas, o que limitan las conductas interpersonales que serían tolerados en el trabajo ordinario, la escuela o el hogar, son probablemente iatrogénicos. En DBT, las conductas que cruzan los límites organizacionales se tratan de la misma manera que las que cruzan los límites de un terapeuta. En ambos casos, el terapeuta debe dejar claro que los límites reflejan la personalidad del individuo o la organización.

Como en el caso de los límites personales de un terapeuta, un tipo de límite organizativo tiene que ver con los requisitos de la unidad de tratamiento para llevar a cabo un tratamiento eficaz. Este tipo de límite es el más cercano a un límite arbitrario, ya que se construye teniendo en cuenta una clase de pacientes (por ejemplo, pacientes límite), sin tener en cuenta las necesidades de ningún paciente en particular. Por ejemplo, en el primer año de DBT estándar, todos los pacientes deben estar en psicoterapia individual y en algún tipo de entrenamiento de habilidades estructuradas. En muchas unidades para pacientes hospitalizados, todos los pacientes deben participar en un número específico de actividades o en grupos de terapia. En un entorno de tratamiento de investigación, es posible que todos los pacientes deban participar en evaluaciones periódicas. La clave aquí es que la unidad tenga mucho cuidado al desarrollar estos límites, manteniendo solo aquellos en que todos están seguros de que son necesarios para que el programa de tratamiento funcione.

3. *Conductas que disminuyen la motivación del terapeuta.* Un requisito previo para la continuación de la terapia es la motivación para continuar por parte del terapeuta y el paciente. La motivación, a su vez, depende de la historia de refuerzo en una situación o contexto particular. En el mejor de los casos, el progreso del paciente hacia los objetivos del tratamiento es el refuerzo principal para el terapeuta; cuando el progreso es lento, otras conductas del paciente pueden asumir mayor importancia. La falta de voluntad de muchos terapeutas para trabajar con pacientes borderline está directamente relacionada con la ausencia relativa de conductas de refuerzo de estos pacientes y con la presencia de muchas conductas que los terapeutas experimentan como aversivos. Aquí se reúnen los requisitos para atender la terapia, las conductas no colaborativas, el incumplimiento y el hecho de presionar los límites del terapeuta. Otras conductas que he experimentado incluyen una actitud hostil; impaciencia y afirmaciones de que el terapeuta debería mejorar o no es un buen terapeuta, especialmente cuando son sarcásticos o cáusticos; críticos a la persona o a la personalidad del terapeuta; críticas a los valores del terapeuta, lugar de trabajo o familia; falta de gratitud o apreciación de los esfuerzos del terapeuta; incapacidad o falta de voluntad para ver o admitir el progreso que se produce; y comparaciones del terapeuta con otros que se consideran mejores. Las conductas

del paciente estresantes son las amenazas de demandar al terapeuta, informar al terapeuta a la junta de licencias o participar en una reprimenda pública del terapeuta. Un paciente en nuestra clínica trajo y le envió a su terapeuta un número abrumador de cartas, ensayos, poemas, dibujos y regalos. El terapeuta una vez se llevó a casa un ensayo para leerlo y de alguna manera lo extravió. La paciente en una fecha posterior lo solicitó de vuelta, y cuando se le informó que el terapeuta lo había extraviado en su casa, llevó al terapeuta a la corte de reclamos menores para solicitar daños por varios cientos de dólares. No hace falta decir que la terapeuta no estaba muy motivada para continuar la terapia con la paciente incluso después de que ella localizara el ensayo faltante.

4. *Conductas que reducen la motivación del medio o de los miembros del grupo.* En grupo, y en terapia familiar, la expectativa típica es que los pacientes o miembros de la familia se ayuden entre sí. En este sentido, cada paciente y miembro de la familia también puede considerarse un terapeuta. Cualquier conducta individual que disminuya la motivación de otro (grupo, entorno o miembros de la familia) para continuar ayudando es una conducta que interfiere con la terapia.

Conductas para mejorar la terapia del paciente

Durante la orientación inicial de DBT, y algunas veces después, les dejo en claro a los pacientes que una de sus tareas es interactuar conmigo de tal manera que quiera seguir trabajando con ellos. (Tengo una obligación recíproca similar para ellos). Esta idea a menudo es nueva para nuestros pacientes. Por supuesto, durante las interacciones con un paciente, un terapeuta tiene la obligación de actuar de manera útil sin importar lo que esté haciendo el paciente. Si esto no es posible, entonces las interacciones deben ser terminadas. Para evitar tal resultado (por ejemplo, perder llamadas o terapia), se le enseña al paciente las conductas específicas que aumentarán la probabilidad de que continúe la interacción.

Como se señaló anteriormente, la principal conducta de mejora de la terapia es simplemente avanzar hacia los objetivos conductuales. Las conductas importantes para los terapeutas, y las conductas que interfieren con la terapia descritos anteriormente, son específicos para cada terapeuta y varían según el contexto. Los que han sido importantes para mí y para los terapeutas con los que trabajo consisten en pedir ayuda para evitar el suicidio o el parasuicidio (en lugar de amenazar con el suicidio o el parasuicidio si no se brinda ayuda); probar las sugerencias conductuales dadas por el terapeuta (en lugar de decir que no funcionarán); preguntar si este es un momento conveniente para hablar con el terapeuta, y aceptar un no como respuesta cuando sea necesario; aceptar con buena gracia una llamada telefónica más corta de lo deseado; mantener los acuerdos hechos al terapeuta; llamar para cancelar citas (en lugar de simplemente no aparecer); y mostrar un sentido del humor, o al menos apreciación del sentido del humor del terapeuta. El punto clave que quiero hacer es que las conductas que mejoran la terapia a menudo deben ser enseñadas, no esperadas.

Conductas que interfieren con el terapeuta

Las conductas que interfieren con la terapia por parte del terapeuta incluyen cualquiera que sea iatrogénico, así como cualquiera que innecesariamente cause angustia al paciente o dificulte el progreso. La idea básica aquí es que el terapeuta, en primer lugar, no debe hacer daño. En segundo lugar, en igualdad de condiciones, el terapeuta debe implementar la terapia más benigna posible. En tercer lugar, el terapeuta no debe estar a la defensiva de los errores y debe estar abierto de manera flexible a reparar y cambiar los patrones de respuesta cuando sea necesario.

Una amplia gama de factores puede aumentar las conductas que interfieren con el terapeuta. Aquellos que han influido de manera constante en mí y en otros en mi clínica incluyen los siguientes: factores personales, como estrés en la vida, en el hogar o en el trabajo, falta de sueño o enfermedad; demasiadas demandas de tiempo distintas a las creadas por el paciente; partir el trabajo clínico de modo que otras demandas clínicas en otros momentos se experimentan como intrusivas (un problema particular para aquellos en el mundo académico); inseguridad sobre las habilidades de uno como terapeuta, especialmente cuando se hace una comparación con otros terapeutas del equipo; las comparaciones de la aparente falta de progreso del paciente comparado con el progreso que los demás pacientes parecen estar logrando; ira, hostilidad y frustración dirigida al paciente. las actitudes de "culpar a la víctima", especialmente si uno no puede recordar otra forma de pensar sobre la conducta del paciente; una sensación de ser empujado contra la pared por el paciente, o de perder el control de la situación de la terapia; miedo a ser demandado; ansiedad y / o pánico de que el paciente se suicide; y creencias poco realistas sobre lo que es posible en el momento, con las correspondientes expectativas irrazonables del paciente.

Uno de los factores más comunes y más debilitantes que conducen a errores terapéuticos es la incapacidad de un terapeuta para tolerar las comunicaciones de sufrimiento de un paciente. Los intentos de mejorar el sufrimiento del paciente a menudo conducen a refuerzos de conductas disfuncionales que, en lugar de reducir el sufrimiento, en realidad lo aumentan a largo plazo; este punto se ha discutido con más detalle en el Capítulo 4. Sin embargo, las conductas del terapeuta que interfieren con la terapia pueden clasificarse generalmente en dos categorías: (1) los que se refieren al equilibrio dentro de la administración del tratamiento, y (2) los que se refieren al respeto por el paciente.

Conductas que crean desequilibrios terapéuticos. Por lo general, las conductas que desequilibran la terapia son conductas ubicadas en un extremo u otro (por ejemplo, aceptación frente al cambio o estabilidad frente a la flexibilidad) de un continuo de conductas terapéuticas.

1. *Desequilibrio: cambio vs aceptación.* Desde una perspectiva DBT, los peores infractores de este tipo son los patrones conductuales que crean y mantienen una falta de equilibrio entre las estrategias de tratamiento de cambio y aceptación. Un terapeuta que se enfoca demasiado en el cambio puede invalidar el sentido que tiene la paciente de sí misma y su visión de la realidad de que se pueden pasar años en terapias subsiguientes para deshacer el daño. Se puede culpar a una paciente que se rebela a su ambiente, que es excesivamente defensiva, y sus objeciones pueden pasar inadvertidas. En contraste, un terapeuta que acepta al paciente incondicionalmente, pero no le enseña nuevos patrones de conducta más competentes, hace poco bien al paciente. De hecho, tal enfoque rara vez acepta la visión de la paciente de lo que necesita para que se produzca el cambio. Una paciente límite rara vez no está ansiosa por recibir entrenamiento conductual, especialmente en situaciones que le resultan difíciles o imposibles de manejar.
2. *Desequilibrio: flexibilidad vs estabilidad.* Un segundo grupo de conductas que interfieren con la terapia consiste en aquellos que indican una incapacidad para equilibrar la flexibilidad en la modificación de los enfoques de tratamiento con la estabilidad del enfoque terapéutico. Tal problema ocurre con más frecuencia con el terapeuta que, sin una perspectiva teórica para guiar la terapia, cambia las estrategias sin cesar en un esfuerzo por lograr algún progreso conductual. Esencialmente, el problema es de paciencia. Casi cualquier estrategia terapéutica con un paciente límite lleva bastante tiempo para tener éxito. Igual problemática es la modificación de la terapia de un terapeuta de acuerdo con criterios no vinculados a la teoría. Los ejemplos incluyen saltarse el entrenamiento de habilidades a favor de discusiones "de corazón a corazón"

cuando el terapeuta está aburrido o no "de humor"; encerrar a un paciente en un hospital por enojo o para apaciguar a los miembros de la familia, en lugar de una respuesta teórica a la conducta de crisis suicida del paciente; o para apaciguar al paciente porque el terapeuta está demasiado cansado o no tiene tiempo para enfrentar el conflicto. No hace falta decir que tratar de convencer al paciente de que estos comportamientos terapéuticos son para su propio bien, simplemente agrava el problema. En el otro polo, mantener rígidamente las estrategias terapéuticas que no producen progreso o angustia extrema para el paciente, especialmente si hay otras estrategias potencialmente terapéuticas disponibles, también interfiere con la terapia. Desafortunadamente, todos los humanos se vuelven más rígidos bajo el estrés, una condición que a menudo acompaña el tratamiento del paciente límite. En mi experiencia, bajo el estrés de tratar a pacientes difíciles, los terapeutas a menudo vacilan entre ser demasiado rígidos y testarudos y ser demasiado flexibles. Mantener un equilibrio entre la estabilidad y la flexibilidad depende de la evaluación terapéutica en curso y la aplicación de las intervenciones descritas con gran detalle en los Capítulos 8-11.

3. *Desequilibrio: nutrir (educar) al paciente y exigir el cambio.* Un tercer tipo de desequilibrio es el que consiste en alimentar y cuidar al paciente con una mano, y retener la ayuda del otro, asumiendo que la paciente se ayudará a sí misma cuando esté lo suficientemente motivada. En el primer caso, la paciente es vista como excesivamente frágil, incompetente y demasiado vulnerable para ayudarse a sí misma. El terapeuta puede infantilizar al paciente, tratarla como incapaz de tomar decisiones y hacer cosas y ayudarla de maneras que el terapeuta no consideraría para otros pacientes. Fuera de contexto, los ejemplos de esto pueden incluir reunirse regularmente con el paciente en una cafetería para las sesiones porque considera que el paciente tiene demasiado miedo de ir a la oficina; ocupar sus lugares (o ignorando las sesiones perdidas) porque no puede conducir y se cree que es demasiado frágil para aprender a usar el transporte público; cambiar temas difíciles; creyendo que la paciente está demasiado intimidada para hablar por sí misma y le permite guardar silencio mientras responde por ella en una reunión familiar; y hacerse cargo de su dinero y pagar las facturas por ella. En contraste, en ocasiones un terapeuta se niega a aceptar que un paciente necesita más apoyo y cuidado que el que recibe, una postura que asegura el fracaso. En ocasiones, el paciente puede realmente exagerar sus necesidades e incompetencia para que el terapeuta la tome en serio, continuando así el ciclo de fracaso. Las dificultades para mantener un equilibrio entre la intervención y el cuidado de un paciente en lugar de consultarle y enseñarle cómo cuidarse a sí misma se analizan ampliamente en el Capítulo 13.
4. *Desequilibrio: comunicación recíproca vs irreverente.* Los terapeutas también se equivocan cuando pierden el equilibrio entre comunicación recíproca e irreverente (ver Capítulos 4 y 12). Por un lado, los pacientes límite parecen fomentar la vulnerabilidad y el intercambio personal con sus terapeutas. Dos factores operan aquí. Primero, los pacientes límite pueden ser bastante persuasivos en sus argumentos de que la relación terapéutica es artificialmente ilegal y unilateral. Pueden preguntar "¿Por qué debería ser yo quien toma todos los riesgos?". En segundo lugar, los individuos límite suelen ser cuidadores extremadamente capaces; por lo tanto, con demasiada frecuencia, los terapeutas cometen el error de volverse demasiado vulnerables dentro de la terapia. No es inusual que los terapeutas desarrollen el hábito de compartir sus propias tribulaciones personales con los pacientes borderline. La participación sexual con un paciente es el ejemplo más exagerado aquí. En el otro extremo, los terapeutas pueden poner demasiado énfasis en la distancia entre ellos y sus pacientes. Los terapeutas que no pertenecen a DBT justifican esto al referirse a "problemas de límites" o al "marco

terapéutico". Los terapeutas de DBT pueden recurrir a estrategias de comunicación irreverentes. La comunicación irreverente, los marcos terapéuticos y los problemas de límites, sin embargo, pueden distorsionarse para perdonar bromas crueles a costa de los pacientes; crítica hostil; ataques injustificados a las creencias, respuestas emocionales, decisiones y conductas de los pacientes; e inflexión emocional y física de los pacientes.

Conductas que muestran falta de respeto hacia el paciente. Las conductas que comunican la falta de respeto a un paciente a veces se comunican con precisión. En otras ocasiones, son inadvertidos (resultado más del pensamiento que de la falta genuina de respeto). Las típicas conductas irrespetuosas de los terapeutas se encuentran en la Tabla 5.1; esta lista fue elaborada a partir de varios recursos por Marian Miller (1990). Muchos de las conductas enumerados aquí son indicativos de agotamiento del terapeuta, ya sea en general o con un paciente en particular. Aunque un caso ocasional de conducta que comunica la falta de respeto no es muy perjudicial para la terapia, la acumulación en el tiempo puede interferir seriamente con el esfuerzo terapéutico. Es más importante que evitar conductas irrespetuosas es la respuesta del terapeuta cuando el paciente señala tales conductas. La tarea de reparar las interrupciones y desgarros en el tejido de la relación puede ser uno de los procesos más terapéuticos que experimenta el paciente. Ciertamente, la necesidad de reparar las relaciones es típica en la vida del paciente; la reparación en este caso, sin embargo, puede resultar extraordinariamente curativa.

TABLA 5.1. Ejemplos de conductas irrespetuosas de un terapeuta

1. Falta u olvida citas
2. Cancela citas sin reprogramación.
3. Cambia arbitrariamente sus políticas con el paciente (por ejemplo, cambios en la política telefónica, tarifas, horarios de citas)
4. No devuelve mensajes o llamadas telefónicas, retrasa la devolución de llamadas.
5. Pierde papeles / archivos / notas
6. No lee las notas / papeles que le da el paciente
7. Llega tarde a las citas
8. Aparece o viste poco profesional.
9. Tiene mala higiene física
10. Tiene un espacio de oficina sucio
11. Fuma durante las citas.
12. Come / mastica chicle durante las citas
13. No cierra la puerta durante las sesiones de terapia.
14. Permite interrupciones como llamadas telefónicas o mensajes.
15. Es desatento durante las sesiones o llamadas telefónicas, o participa en otras actividades
16. Olvida información importante (nombre, historial / información relevante)
17. Repite, a menudo se olvida de lo que dijo.
18. Aparece visiblemente cansado o fatigado.
19. Se duerme con el paciente presente
20. Evita el contacto visual.
21. Charlas sobre otros pacientes.
22. Habla sobre cómo él o ella preferiría estar haciendo otra cosa
23. Mira el reloj cuando está presente el paciente.
24. Termina las sesiones prematuramente.
25. Se refiere al paciente de manera sexista, paternalista o maternalista.
26. Trata al paciente como inferior al terapeuta.

Nota. Desde desarrollar una escala para medir el estrés de las personas hasta las conductas de los profesionales de servicios humanos por M. Miller, 1990, manuscrito inédito, Universidad de Washington. Reimpreso con permiso del autor.

Conductas decrecientes que interfieren con la calidad de vida

Como lo indiqué en el Capítulo 4 y nuevamente en este capítulo, DBT asume que los pacientes borderline tienen buenas razones para ser suicidas e infelices. La solución, desde mi punto de vista, es que los pacientes cambien la calidad de sus vidas. Las conductas que podrían clasificarse como interferentes con la calidad de vida se enumeran en la Tabla 5.2. La lista no es exhaustiva y pueden surgir otros problemas con un paciente en particular. Para ser incluido en esta categoría, la conducta de un paciente debe ser seriamente problemática, lo suficiente para que, si no se cambia, seguramente interferirá con cualquier posibilidad de una calidad de vida razonable. Una buena manera de determinar si el patrón conductual es lo suficientemente serio como para calificar aquí es considerar el patrón tanto en términos de criterios de diagnóstico DSM - IV (en particular, Ejes I y V) como en términos de los efectos conductuales en el paciente y de la capacidad de progresar más en la terapia. Los patrones conductuales que no son lo suficientemente serios para cumplir con los criterios de diagnóstico, causan un deterioro grave o interfieren con la conducción posterior de la terapia, no califican bajo este encabezado. En su lugar, los patrones menos graves o menos dañinos deben tratarse en la segunda y tercera etapa de la DBT.

TABLA 5.2. Conductas que interfieren con la calidad de vida.

1. Abuso de sustancias (ejemplos: consumo de alcohol, abuso de drogas ilícitas o recetadas)
2. Conducta sexual de alto riesgo o desprotegida (ejemplos: prácticas sexuales inseguras, abuso sexual de otras personas, relaciones sexuales excesivamente promiscuas, relaciones sexuales con personas inapropiadas)
3. Dificultades financieras extremas (ejemplos: abrumadoras facturas impagadas; dificultades en el presupuesto; gasto excesivo o juegos de apuestas; incapacidad para administrar agencias de asistencia pública)
4. Las conductas delictivas que, si no se modifican, pueden llevar a la cárcel (ejemplos: robos en tiendas, incendios)
5. Conductas interpersonales disfuncionales graves (ejemplos: elegir o quedarse con compañeros abusivos física, sexual y / o emocionalmente; contacto excesivo con parientes abusivos; terminar las relaciones prematuramente; hacer que otras personas se sientan tan incómodas que pocos amigos son posibles; timidez incapacitante o el miedo a la desaprobación social)
6. Conductas disfuncionales relacionados con el empleo o la escuela (ejemplos: dejar el trabajo o la escuela prematuramente; incapacidad para buscar o encontrar un trabajo; miedo a ir a la escuela o a obtener capacitación vocacional necesaria; dificultades para realizar un trabajo o trabajo relacionado con la escuela; inadecuadas opciones de carrera; ser despedido o fracasar en la escuela en exceso)
7. Conductas disfuncionales relacionados con la enfermedad (ejemplos: incapacidad para obtener la atención médica adecuada; no tomar los medicamentos necesarios; adelantar medicamentos; temor de los médicos; rechazo a tratar enfermedades)
8. Conductas disfuncionales relacionados con la vivienda (ejemplos: vivir en refugios, en automóviles o en casas superpobladas; vivir con personas abusivas o incompatibles; no encontrar una vivienda estable; participar en conductas que causan evasión o rechazo de las posibilidades de vivienda)

- | |
|---|
| <p>9. Conductas disfuncionales relacionados con la salud mental (ejemplos: internación en hospitales psiquiátricos; saltarse la farmacoterapeuta; no encontrar los tratamientos auxiliares necesarios)</p> <p>10. Patrones disfuncionales relacionados con trastornos mentales (ejemplos: patrones conductuales que cumplen con los criterios para otros trastornos mentales graves o debilitantes del Eje I o Eje II).</p> |
|---|

Por lo general, la determinación de qué patrones de conducta cumplen con estos criterios será realizada conjuntamente por el terapeuta y el paciente. Sin embargo, en muchos casos, el reconocimiento de que un patrón de conducta particular es problemático es el primer paso en la ruta para cambiar. En tales casos, el terapeuta debe tener mucho cuidado en mantener el enfoque en las conductas que, de hecho, están relacionados funcionalmente con los problemas de calidad de vida del paciente. Las opiniones y los juicios personalizados a menudo pueden interferir aquí (ejemplos de conductas que interfieren con la terapia por parte del terapeuta).

Las conferencias de casos y las sesiones de supervisión pueden ser invaluable para ayudar a un terapeuta a ordenar sus propios valores, las diferencias entre estos y los valores del paciente, y la influencia de los valores del terapeuta en las prioridades terapéuticas. Esta clasificación es especialmente importante cuando un terapeuta y un paciente provienen de diferentes orígenes culturales. Si un terapeuta puede o no trabajar dentro del contexto de los valores del paciente, sin embargo, depende de los límites personales del terapeuta. Por ejemplo, una vez tuve un paciente que provocó incendios en cajas de recogida postal. Ella no vio esto como un problema de alta prioridad. Cuando estábamos negociando un segundo año de terapia, le dije que no podía trabajar con ella a menos que uno de los objetivos de la terapia fuera detener esa conducta. No quería tolerar mis imágenes de la detención del paciente o de que otras personas no reciban cartas importantes.

Una premisa básica de DBT es que un estilo de vida estructurado está relacionado funcionalmente con los beneficios terapéuticos en todas las áreas objetivo. En una versión anterior de DBT, le pedí a los pacientes que realizaran actividades estructuradas que los sacaran de sus hogares al menos parte de cada semana, preferiblemente a diario. Dichas actividades pueden consistir en empleo, trabajo voluntario, escuela u otras obligaciones. El motivo de este requisito fue que a mis colegas y a mí nos resultó difícil (si no imposible) tener un efecto en las conductas dependientes del estado de ánimo de los pacientes límite si los pacientes se quedaban en casa todo el día. En general, quedarse en casa se relacionó con un aumento del afecto depresivo, un aumento del miedo y conductas similares a la agorafobia, una pasividad conductual y un aumento de las conductas suicidas. Cambié este requisito en versiones posteriores del tratamiento; la razón fue porque tenía que ver con la política DBT sobre la finalización del tratamiento. En general, el enfoque es evitar la terminación unilateral de la terapia, si es posible. La terminación no solo es la más poderosa, sino también la última contingencia disponible para el terapeuta, y encontramos que tenía que usarse con demasiada frecuencia cuando se requerían actividades estructuradas. La política actual es hacer que las conductas disfuncionales sean lo más incómodas posible dentro del tratamiento. Las condiciones que pueden llevar a la terminación de DBT se analizan con mayor detalle en el Capítulo 10.

Aumentar las habilidades de conducta

El entrenamiento de habilidades en DBT está diseñado para remediar los déficits de habilidades conductuales típicas de los individuos que cumplen con los criterios para TLP. Como ha sugerido el Capítulo 1 (ver especialmente la Tabla 1.5), los nueve criterios para TLP designados en el DSM - IV se

pueden en cinco categorías: auto-disfunción (sentido inadecuado de sí mismo, sentido de vacío); desregulación conductual (conductas impulsivas, auto dañinas y / o suicidas); desregulación emocional (labilidad emocional, problemas con la ira); desregulación interpersonal (relaciones caóticas, temores de abandono); y desregulación cognitiva (despersonalización, disociación, ilusión). Las habilidades conductuales enseñadas en DBT apuntan a estas áreas problemáticas. La relación de la capacitación en habilidades DBT con las categorías generales de los criterios de TLP se describe en la Tabla 5.3. Las habilidades de regulación de la emoción, las habilidades de efectividad interpersonal, las habilidades de tolerancia a la angustia y las habilidades de atención se enseñan en un formato estructurado. Las habilidades de autocontrol, que son necesarias para aprender todas las demás habilidades, se enseñan según sea necesario durante todo el tratamiento.

Objetivos de entrenamiento de habilidades en DBT	
Objetivo General	
Aprender y refinar habilidades para cambiar patrones de conducta, de emoción y de pensamiento asociados con problemas en la vida que están causando sufrimiento y angustia.	
Objetivos específicos	
Conductas a disminuir	Conductas para aumentar
Desregulación interpersonal	Habilidades interpersonales
Desregulación emocional	Habilidades de regulación de la emoción.
Desregulación conductual y cognitiva.	Habilidades de tolerancia a la angustia
Auto desregulación	Habilidades básicas de atención: observar, describir, participar, tomar una postura imparcial, centrarse en una cosa en el momento, ser efectivo)

Habilidades básicas de atención plena

Las habilidades de atención plena son fundamentales para DBT; son tan importantes que se les conoce como habilidades "básicas". Son las primeras habilidades que se enseñan y se enumeran en las tarjetas de diario que los pacientes completan cada semana. Las habilidades son versiones psicológicas y conductuales de las habilidades de meditación que generalmente se enseñan en las prácticas espirituales orientales. Me he inspirado mucho en la práctica del zen, pero las habilidades son compatibles con la mayoría de las prácticas occidentales de meditación contemplativa oriental. **Hay tres habilidades: El "qué" (observar, describir, participar) y tres habilidades del "cómo" (adoptar una postura imparcial, centrarse en una cosa en el momento, ser efectivo).** Estas habilidades se describen con gran detalle en el manual complementario de este volumen; un breve resumen se da a continuación.

La esencia del "que". Las habilidades del "qué" de la atención plena incluyen aprender a observar, describir y participar. El objetivo es desarrollar un estilo de vida de participación con conciencia; se asume que la participación sin conciencia es una característica clave de las conductas impulsivas y dependientes del estado de ánimo. En general, solo es necesario observar y describir activamente las propias respuestas conductuales cuando se aprende una nueva conducta. Por ejemplo, los pianistas principiantes prestan mucha atención a la ubicación de sus manos y dedos, y pueden contar los latidos en voz alta o nombrar las teclas y los acordes que están tocando. Sin embargo, a medida que la habilidad mejora, tal observación y descripción cesa. Pero si se comete un error habitual después de que se aprende una pieza, es posible que el jugador tenga que volver a observar y describir hasta que se haya aprendido un nuevo patrón.

La primera habilidad del "qué" es la observación, es decir, la atención a eventos, emociones y otras respuestas conductuales, incluso si estas son angustiosas. Lo que el paciente aprende aquí es simplemente permitirse experimentar con conciencia, el momento, lo que está sucediendo, en lugar de dejar una situación o tratar de terminar con una emoción (las conductas que se analizan a continuación se encuentran entre los que deben reducirse). En general, la capacidad de asistir a eventos requiere una capacidad correspondiente para retirarse del evento; observar un evento es separado o diferente del evento en sí. (Observar caminando y caminar son dos respuestas diferentes, por ejemplo). Este enfoque de "experimentar el momento" se basa tanto en los enfoques psicológicos orientales como en las nociones occidentales de exposición no reforzada como un método para extinguir la evitación automática y las respuestas de miedo.

La segunda habilidad del "qué" es la de describir eventos y respuestas personales en palabras. La capacidad de aplicar etiquetas verbales a los eventos ambientales y conductuales es esencial tanto para la comunicación como para el autocontrol. Aprender a describir requiere que el individuo aprenda a no tomar sus emociones y pensamientos literalmente, es decir, como reflejos literales de eventos ambientales. Por ejemplo, sentir miedo no significa necesariamente que una situación amenace la vida o el bienestar de una persona. Sin embargo, los individuos límite suelen confundir las respuestas emocionales con los eventos precipitantes. Los componentes físicos del miedo (por ejemplo, "siento que los músculos de mi estómago se contraen y mi garganta se contrae") pueden confundirse con las percepciones del entorno ("Estoy comenzando un examen en la escuela") para producir un pensamiento ("Voy a fallar el examen"). Los pensamientos también se toman a menudo literalmente; es decir, los pensamientos ("Me siento no amado") se confunden con los hechos ("No me aman"). De hecho, uno de los objetivos principales de la terapia cognitiva es probar la asociación de los pensamientos con sus eventos ambientales correspondientes. El individuo que no puede identificar pensamientos como pensamientos, eventos externos como eventos, etc., tendrá una gran dificultad en la mayoría de los enfoques del tratamiento. Curiosamente, casi todos los enfoques terapéuticos hacen hincapié en la importancia de ayudar al paciente a observar y describir los eventos. Libre asociación en psicoanálisis; mantener diarios de conducta en la terapia de conducta; registro de pensamientos, suposiciones y creencias en terapia cognitiva; y la respuesta reflexiva en la terapia centrada en el cliente son todos los casos en que el paciente o el terapeuta observan y describen las respuestas conductuales y los eventos en curso en la vida del paciente.

La habilidad principal del "qué" es la capacidad de participar sin autoconciencia. "Participar" en este sentido es entrar completamente en las actividades del momento actual, sin separarse de los eventos e interacciones en curso. La calidad de la acción es espontánea; la interacción entre el individuo y el entorno es suave y se basa en parte, pero no totalmente, en el hábito. Participar puede, por supuesto, ser despreocupado. Todos hemos tenido la experiencia de conducir una ruta complicada a casa y nos concentramos en otra cosa, y llegamos a casa sin ningún conocimiento de cómo llegamos allí. Pero también puede ser consciente. Un buen ejemplo de participación consciente es el del atleta hábil que responde de manera flexible pero suave a las demandas de la tarea con estado de alerta y conciencia, pero no con conciencia de sí mismo. La mentalidad es participar sin prestar atención a la tarea; la atención plena es participar con atención.

La esencia del "Como". Las siguientes tres habilidades de atención plena tienen que ver con la forma en que uno observa, describe y participa; Incluyen adoptar una postura imparcial, centrarse en una cosa en el momento y ser eficaz (hacer lo que funciona). Como se enseña en DBT, tomar una postura imparcial significa justamente eso: no juzgar algo ni como bueno ni como malo. No significa pasar de un juicio negativo a un juicio positivo. Si bien los individuos límites tienden a juzgarse a sí mismos y a los

demás en términos excesivamente positivos (idealización) o excesivamente negativos (devaluación), la posición aquí no es que deban ser más equilibrados en sus juicios, sino que, en la mayoría de los casos, los juicios deben descartarse por completo. Este es un punto muy sutil pero muy importante. La noción es que, por ejemplo, una persona que puede "valer la pena" siempre puede volverse "sin valor". En su lugar, DBT hace hincapié en las consecuencias de las conductas y eventos. Por ejemplo, las conductas pueden llevar a consecuencias dolorosas para uno mismo o para otros, o el resultado de los eventos puede ser destructivo. Un enfoque sin prejuicios observa estas consecuencias y puede sugerir cambiar las conductas o eventos, pero no necesariamente agrega una etiqueta de "malo" en ellos. Todo simplemente es como es. O, como se dice que dijo Albert Ellis cuando se le preguntó cómo un terapeuta racional y emotivo manejaría la perspectiva de un inminente accidente aéreo, "si mueres, mueres".

La atención plena en su totalidad tiene que ver con la calidad de la conciencia que una persona aporta a las actividades. El segundo objetivo del "cómo" es aprender a enfocar la mente y la conciencia en la actividad del momento actual, en lugar de dividir la atención entre varias actividades o entre una actividad actual y pensamientos sobre otra cosa. Lograr tal enfoque requiere el control de la atención, una capacidad de la que carecen la mayoría de los pacientes. A menudo, los pacientes borderline se distraen con pensamientos e imágenes del pasado, preocupaciones sobre el futuro, pensamientos rumiantes sobre problemas o estados de ánimo negativos actuales. En lugar de centrar toda su atención en las preocupaciones actuales (lo que sería un ejemplo de preocupación consciente) y tal vez resolver algún aspecto de una preocupación actual, a menudo se preocupan al mismo tiempo que intentan hacer otra cosa. Este problema es fácilmente observable en sus dificultades para asistir al programa de capacitación de habilidades DBT. Se debe enseñar a los pacientes cómo centrar su atención en una tarea o actividad a la vez, participando en ella con atención, conciencia y vigilia.

El tercer objetivo del "cómo", el ser efectivo, está dirigido a reducir la tendencia de los pacientes a estar más preocupados por lo que es "correcto" que por hacer lo que realmente se necesita o se requiere en una situación particular. Ser efectivo es lo opuesto a "cortarte la nariz a pesar de tu cara". Como nuestros pacientes a menudo dicen, es "jugar el juego" o "hacer lo que funciona". Desde la perspectiva de la meditación oriental, enfocarse en la efectividad es "usar medios hábiles". La incapacidad de dejar de "estar en lo correcto" a favor de alcanzar los objetivos está, por supuesto, relacionada con las experiencias de los pacientes en un entorno límite. Un tema central para muchos pacientes es si realmente pueden confiar en sus propias percepciones, juicios y decisiones. Sin embargo, si se lleva al extremo, un énfasis en el principio sobre el resultado a menudo puede resultar en que los pacientes límites queden decepcionados o enajenen a otros. Al final, todos tenemos que "ceder" parte del tiempo. A los pacientes Borderline a veces les resulta mucho más fácil dejar de ser correctos para ser eficaces cuando es visible una respuesta hábil en vez de una respuesta de "evitación".

Habilidades de tolerancia a la angustia

DBT hace hincapié en aprender a soportar el dolor con habilidad. La capacidad de tolerar y aceptar la angustia es un objetivo esencial de salud mental por al menos dos razones. Primero, el dolor y la angustia son parte de la vida; no se pueden evitar o eliminar por completo. La incapacidad de aceptar este hecho inmutable conduce a un aumento de dolor y de sufrimiento. Segundo, la tolerancia a la angustia, al menos en el corto plazo, es parte integral de cualquier intento de cambiar uno mismo; de lo contrario, las acciones impulsivas interferirán con los esfuerzos para establecer los cambios deseados.

Las habilidades de tolerancia a la angustia constituyen una progresión natural de las habilidades de atención plena. Tienen que ver con la capacidad de aceptar, sin juzgar, tanto la situación actual como

la propia. Esencialmente, la tolerancia a la angustia es la capacidad de percibir el entorno sin exigirle que sea diferente; experimentar el estado emocional actual sin intentar cambiarlo; y observar los propios pensamientos y patrones de acción sin intentar detenerlos o controlarlos. Aunque la postura defendida aquí no es crítica, esto no debe tomarse en el sentido de aprobación. Es especialmente importante que esta distinción sea clara para el paciente: La aceptación de la realidad no es equivalente a la aprobación de la realidad. O, como podría decirlo un terapeuta de reestructuración cognitiva, "el hecho de que algo no sea una catástrofe no significa que no sea un dolor en el culo".

Las conductas de tolerancia a la angustia que se presentan en DBT están relacionados con tolerar y sobrevivir a las crisis y con aceptar la vida como está en el momento. Se enseñan cuatro conjuntos de estrategias de supervivencia de crisis: distraerse (con actividades, hacer cosas que contribuyen, compararse con personas menos acomodadas, emociones opuestas, alejarse de situaciones, pensamientos y sensaciones dolorosas, tranquilizarse (a través de la visión, el oído, el olfato, el gusto y el tacto), mejorar el momento (con imágenes, significado, oración, relajación, enfocándose en una cosa en el momento, tomando vacaciones y auto estimulándose), y pensar en los pros y los contras. Las habilidades de aceptación incluyen la aceptación radical (es decir, la aceptación completa desde lo más profundo), cambiar la mente hacia la aceptación (es decir, elegir aceptar la realidad tal como es) y la complacencia frente a la voluntad. La idea de "complacencia" es de Gerald May (1982); él lo describe de la siguiente manera.

La complacencia implica una entrega a la auto-separación, una entrada, una inmersión en los procesos más profundos de la vida misma. Es una comprensión de que uno ya es parte de algún proceso cósmico final y es un compromiso de participación en ese proceso. En contraste, la voluntariedad (testarudez) es apartarse de la esencia fundamental de la vida en un intento por dominar, dirigir, controlar o manipular la existencia. Más simple, la complacencia dice sí al misterio de estar vivo en cada momento. La voluntariedad (testarudez) está diciendo que no, o quizás más comúnmente dice, "sí, pero ..." (p. 6).

Aunque tanto los pacientes límite como sus terapeutas aceptan fácilmente que las habilidades de supervivencia en crisis son importantes, el enfoque de DBT en la aceptación y la buena voluntad a menudo se considera como inherentemente defectuoso. Este punto de vista se basa en la noción de que la aceptación y la voluntad implican aprobación. Esto no es lo que May (1982) quiso decir; de hecho, señala que la disposición exige oposición a las fuerzas destructivas, pero observa que parece casi inevitable que esta oposición se convierta a menudo en intencionalidad:

Pero complacencia y la voluntad no se aplican a cosas o situaciones específicas. Reflejan en cambio la actitud subyacente que uno tiende hacia la maravilla de la vida misma. La complacencia da cuenta de esta maravilla y se inclina en algún tipo de reverencia a ella. La intencionalidad lo olvida, lo ignora o, en el peor de los casos, trata de destruirlo activamente. Así, la complacencia a veces puede parecer muy activa y asertiva, incluso agresiva. Y la voluntad puede parecer pasividad. La revolución política es un buen ejemplo, (p. 6)

Habilidades de regulación de la emoción

Los individuos límites son afectivamente intensos y lábiles. Como se señaló en el Capítulo 1, muchos estudios han sugerido que los individuos límite y parasuicidas se caracterizan por la ira, frustración intensa, depresión y ansiedad; como se señaló en el Capítulo 2, DBT postula que las dificultades para regular las emociones dolorosas son fundamentales para las dificultades conductuales del individuo límite.

Desde la perspectiva del paciente, los sentimientos dolorosos son a menudo el "problema a resolver". Las conductas suicidas y otras conductas disfuncionales, incluido el abuso de sustancias, a menudo son soluciones conductuales a emociones intolerablemente dolorosas.

Dicha intensidad afectiva y la labilidad sugieren que los pacientes borderline pueden beneficiarse de la ayuda de aprender a regular sus niveles afectivos. En mi experiencia, la mayoría de los individuos límite intentan regular el afecto simplemente dándose instrucciones para no sentir lo que sienten. Esta tendencia es un resultado directo del ambiente emocional de invalidación, que obliga a las personas a sonreír cuando están tristes, a ser amables y no a mover las cosas cuando están enojadas, y a confesar y sentirse perdonadas cuando se sienten culpables.

Afectar las habilidades de regulación puede ser extremadamente difícil de enseñar, ya que las personas límite a menudo han recibido una sobredosis de instrucciones de que si solo "cambiaran su actitud" podrían cambiar sus sentimientos. En cierto sentido, muchos individuos borderline provienen de entornos donde todos los demás exhiben un control cognitivo casi perfecto de sus emociones. Además, estos mismos individuos han mostrado intolerancia y una fuerte desaprobación de la incapacidad de los pacientes para exhibir un control similar. A menudo, los pacientes límite se resistirán a cualquier intento de controlar sus emociones; tal control implicaría que otras personas tienen razón y están equivocados por sentirse como lo hacen. Por lo tanto, la regulación del afecto solo puede enseñarse en un contexto de auto-validación emocional.

Al igual que la tolerancia a la angustia, la regulación afectiva requiere la aplicación de habilidades de atención plena, en este caso, la observación sin prejuicios y la descripción de las respuestas emocionales actuales. La idea teórica es que gran parte de la angustia emocional del individuo límite es el resultado de respuestas secundarias (por ejemplo, vergüenza intensa, ansiedad o rabia) a las emociones primarias. A menudo las emociones primarias son adaptativas y apropiadas para el contexto. La reducción de esta angustia secundaria requiere la exposición a las emociones primarias en una atmósfera sin prejuicios. En este contexto, la atención a las propias respuestas emocionales puede considerarse como una técnica de exposición. Hay una serie de habilidades específicas de regulación de la emoción DBT, que se describen a continuación.

La identificación y el etiquetado del afecto. El primer paso para regular las emociones es aprender a identificar y etiquetar las emociones actuales. Las emociones, sin embargo, son respuestas complejas de conducta. Su identificación a menudo implica la capacidad no solo de observar las propias respuestas, sino también de describir con precisión el contexto en el que ocurren las emociones. Por lo tanto, aprender a identificar una respuesta emocional se facilita enormemente si uno puede observar y describir (1) el evento que provoca la emoción; (2) las interpretaciones del evento que provocan la emoción; (3) la experiencia fenomenológica, incluida la sensación física, de la emoción; (4) las conductas expresivas asociadas a la emoción; y (5) los efectos secundarios de la emoción en nuestro propio funcionamiento.

Identificando los obstáculos para cambiar las emociones. La conducta emocional es funcional para el individuo. Cambiar las conductas emocionales puede ser difíciles cuando se siguen reforzando las consecuencias; por lo tanto, identificar funciones y refuerzos para conducta emocionales particulares puede ser útil. En general, las emociones funcionan para comunicarse con los demás y para motivar la propia conducta de una persona. Las conductas emocionales también pueden tener otras dos funciones importantes. El primero, relacionado con la función de comunicación, es influir y controlar las conductas de otras personas; el segundo es validar las propias percepciones e interpretaciones de los acontecimientos de las personas. Aunque la última función no es totalmente lógica (por ejemplo, si una persona odia a otra,

esto no significa necesariamente que la otra sea digna de ser odiada), sin embargo, puede ser importante para los pacientes límite la identificación de estas funciones de las emociones, especialmente las emociones negativas, es un paso importante hacia el cambio.

Reduciendo la vulnerabilidad de la “mente emocional”. Todas las personas son más susceptibles a la reactividad emocional cuando están bajo estrés físico o ambiental. En consecuencia, se ayuda a los pacientes a lograr una nutrición y hábitos alimenticios equilibrados, a dormir lo suficiente pero no a dormir demasiado (incluido el tratamiento del insomnio si es necesario), hacer ejercicio adecuado, tratar enfermedades físicas, mantenerse alejado de los medicamentos no prescritos que alteran el estado de ánimo y aumentar el dominio mediante la participación en actividades que crean un sentido de autoeficacia y competencia. El enfoque en el dominio es muy similar a la programación de actividades en la terapia cognitiva para la depresión (Beck et al., 1979). Si bien estos objetivos parecen ser sencillos, avanzar en ellos con los pacientes límite puede ser agotador tanto para los pacientes como para los terapeutas. Con respecto al insomnio, muchos de nuestros pacientes borderline luchan en una batalla interminable en la que la farmacoterapia a menudo parece de poca ayuda. La pobreza puede interferir tanto con una nutrición equilibrada como con la atención médica. El trabajo en cualquiera de estos objetivos requiere una postura activa y persistente por parte de los pacientes hasta que los efectos positivos comiencen a acumularse. La típica pasividad de resolución de problemas de muchos pacientes límite puede ser una dificultad sustancial aquí.

Incremento de eventos emocionales positivos. Una vez más, DBT asume que la mayoría de las personas, incluidas las personas que se encuentran en el límite, se sienten mal por buenas razones. Una vez más, DBT asume que la mayoría de las personas, incluidas las personas límite, se sienten mal por buenas razones. Aunque las percepciones de las personas tienden a distorsionarse cuando son altamente emocionales, eso no significa que las emociones mismas sean el resultado de percepciones distorsionadas. Por lo tanto, una manera importante de controlar las emociones es controlar los eventos que desencadenan las emociones. Aumentar el número de eventos positivos en la vida es un enfoque para aumentar las emociones positivas. En el corto plazo, esto implica aumentar las experiencias positivas diarias. A largo plazo, significa hacer cambios en la vida para que los eventos positivos ocurran con más frecuencia. Además de aumentar los eventos positivos, también es útil trabajar para tener en cuenta las experiencias positivas cuando ocurren, así como para no tener en cuenta las preocupaciones de que la experiencia positiva terminará.

Aumentar la atención a la emoción actual. La atención a las emociones actuales significa experimentar emociones sin juzgarlas ni tratar de inhibirlas, bloquearlas o distraerlas. La idea básica aquí es que la exposición a emociones dolorosas o angustiosas, sin asociación con consecuencias negativas, extinguirá su capacidad para estimular emociones negativas secundarias. Las consecuencias naturales de juzgar las emociones negativas de un paciente como "malas" son sentimientos de culpa, enojo y / o ansiedad. La adición de estos sentimientos a una situación ya negativa simplemente hace que la angustia sea más intensa y la tolerancia más difícil. Con frecuencia, la paciente podría tolerar una situación angustiosa o algo doloroso si solo pudiera abstenerse de sentirse culpable o ansiosa por sentirse mal.

Acción Opuesta. Como se discutió en el Capítulo 2, las respuestas conductuales expresas son partes importantes de todas las emociones. Por lo tanto, una estrategia para cambiar o regular una emoción es cambiar su componente conductual expresivo actuando de una manera que se oponga o sea inconsistente con la emoción. El terapeuta debe centrarse en las acciones abiertas de la paciente (por ejemplo, hacer algo agradable por alguien con quien está enojada, acercarse a lo que se teme) así como su expresividad facial y postural. Pero, con respecto a esto último, el terapeuta debe dejar claro que la idea no es bloquear

la expresión de una emoción; más bien, es para expresar una emoción diferente. Hay una diferencia muy grande entre una expresión facial restringida que bloquea la expresión de ira y una expresión facial relajada que expresa simpatía. Esta técnica se discute ampliamente en el Capítulo 11.

Aplicación de técnicas de tolerancia a la angustia. Tolerar las emociones negativas sin acciones impulsivas que empeoran las cosas es, por supuesto, una forma de modular la intensidad y la duración de las emociones negativas. Cualquiera o todas las técnicas de tolerancia a la angustia pueden ser útiles aquí.

Habilidades de efectividad interpersonal

Los patrones conductuales necesarios para la efectividad social dependen casi por completo de los objetivos personales en un contexto de situación particular. La primera sección del módulo de habilidades interpersonales aborda este problema. Como se señaló en relación con el síndrome de competencia aparente en el Capítulo 3, los individuos borderline a menudo tienen muchas habilidades de conversación en su repertorio. La efectividad social, sin embargo, requiere dos habilidades complementarias de conducta expresiva: (1) habilidades para producir respuestas automáticas a situaciones encontradas habitualmente; y (2) habilidades para producir respuestas novedosas o una combinación de respuestas cuando la situación lo requiere.

Los patrones de respuesta interpersonal que se enseñan en DBT son muy similares a los que se enseñan en asertividad y clases de resolución de problemas interpersonales. Incluyen estrategias efectivas para pedir lo que uno necesita, decir que no y sobrellevar el conflicto interpersonal. "Efectividad" aquí significa obtener los cambios que uno quiere, mantener la relación y mantener el respeto propio. Aunque las habilidades incluidas en este programa son bastante específicas (consulte el manual de capacitación de habilidades para obtener más detalles), sospecho que cualquier paquete de capacitación interpersonal bien desarrollado podría ser sustituido por el paquete DBT.

Nuevamente, los individuos borderline y suicidas frecuentemente poseen buenas habilidades interpersonales en un sentido general. Los problemas surgen en la aplicación de estas habilidades a las situaciones que enfrentan los pacientes. Pueden ser capaces de describir secuencias conductuales efectivas cuando hablan sobre otra persona que se encuentra con una situación problemática, pero pueden ser completamente incapaces de generar o llevar a cabo una secuencia conductual similar cuando analizan su propia situación. Generalmente, el problema es que tanto los patrones de creencias como las respuestas afectivas incontrolables están inhibiendo la aplicación de las habilidades sociales.

Un error conductual que a menudo cometen las personas límite es la terminación prematura de las relaciones. Esto probablemente se debe a dificultades en todas las áreas objetivo. Los problemas en la tolerancia afectiva hacen que sea difícil tolerar los miedos, las ansiedades o las frustraciones que son típicas en situaciones conflictivas. Los problemas en la regulación del afecto conducen a la incapacidad de disminuir la ira crónica o la frustración; la inadecuada autorregulación y las habilidades interpersonales de resolución de problemas hacen que sea difícil convertir los conflictos de relaciones potenciales en encuentros positivos. Los individuos límites frecuentemente vacilan entre evitar conflictos y los enfrentamientos intensos. Desafortunadamente, la elección de evitar la confrontación se basa en el estado afectivo de los pacientes y no en las necesidades de la situación actual. En DBT en general, los terapeutas desafían las expectativas negativas de los pacientes con respecto a su entorno. Los terapeutas deben ayudar a los pacientes a aprender a aplicar habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales (incluye las habilidades sociales y los de asertividad) para modificar entornos adversos y desarrollar relaciones efectivas.

Habilidades de autogestión

Las habilidades de autocontrol son necesarias para aprender, mantener y generalizar nuevas conductas e inhibir o extinguir las conductas indeseables (lo que hay que cambiar). Las habilidades de autocontrol incluyen categorías de comportamiento tales como autocontrol y comportamiento dirigido a objetivos. En su sentido más amplio, el término "autogestión" se refiere a cualquier intento de controlar, gestionar o cambiar el comportamiento, los pensamientos o las respuestas emocionales propias de los eventos. En este sentido, las habilidades DBT de atención plena, tolerancia a la angustia, regulación del afecto y resolución de problemas interpersonales se pueden considerar como tipos específicos de habilidades de autogestión. El término se usa aquí, para referirse al conjunto genérico de capacidades de comportamiento que un individuo necesita para adquirir habilidades adicionales. En la medida en que el individuo límite tiene deficiencias en las habilidades de autogestión, su capacidad para adquirir las otras habilidades dirigidas en DBT se ve seriamente comprometida. Las habilidades de autogestión que deben ser dirigidas se discuten a continuación.

Conocimiento de los principios de cambio y mantenimiento conductual. Los individuos borderline a menudo carecen seriamente de los conocimientos fundamentales de cambiar y mantener el cambio. La creencia de un paciente de que las personas cambian los patrones de comportamiento complejos en una demostración heroica de fuerza de voluntad prepara el escenario para un ciclo acelerado de fracaso y autocondenación. El hecho de no dominar un objetivo se convierte en una prueba más de que los rasgos de fracaso son realmente ciertos (pereza, falta de motivación, no tener "agallas"). El terapeuta debe socavar esta noción de cómo las personas cambian. Con frecuencia, las analogías comunes con el aprendizaje de habilidades (por ejemplo, aprender a escribir, andar en bicicleta, etc.) sirven para ilustrar que la fuerza de voluntad no produce en sí misma el éxito; simplemente permite que una persona persista ante la falla que generalmente forma parte del aprendizaje de nuevos comportamientos.

Los individuos límites necesitan aprender los principios de reforzamiento, castigo, modelado, relaciones entre ambiente y comportamiento, extinción, etc. Por lo tanto, los principios del aprendizaje y el control del comportamiento en general, así como el conocimiento sobre cómo se aplican estos principios en el caso de cada individuo, son objetivos importantes en la enseñanza de las habilidades de autogestión. Aprender estos conceptos específicos a menudo implica un cambio sustancial en la estructura de creencias de un paciente, especialmente de sus creencias sobre los factores que controlan su propio comportamiento.

Establecimiento de objetivos realistas. Los pacientes límites también deben aprender a formular objetivos positivos en lugar de objetivos negativos, a evaluar de manera realista los objetivos positivos y negativos, y a examinar sus patrones de vida desde el punto de vista de la clarificación de valores. Los pacientes borderline suelen creer que nada menos que la perfección es un resultado aceptable. Los objetivos del cambio conductual a menudo son amplios en contexto y claramente superan las habilidades que los pacientes pueden poseer. Alentar a los pacientes a "pensar en pequeño" y "acumular pequeñas cosas positivas" puede ser útil aquí.

Habilidades de Análisis Ambiental / Conductual. Los terapeutas deberán enseñar a las pacientes habilidades como el autocontrol y el monitoreo ambiental, establecer y evaluar líneas de base y evaluar datos empíricos para determinar las relaciones entre los eventos precedentes, las consecuentes y sus propias respuestas. Estas habilidades son muy similares a las habilidades de prueba de hipótesis enseñadas en terapia cognitiva (Beck et al., 1979).

Habilidades de gestión de contingencia. Las personas límite con frecuencia tienen grandes dificultades para formular y llevar a cabo planes de manejo de contingencia. En mi experiencia, la mayoría tiene enormes dificultades con el concepto de auto-recompensa. Por lo general, el problema es que sus patrones de pensamiento se centran en merecer y no merecer recompensas o castigos. Dado que toda la noción de merecer versus no merecer se basa en juicios, el trabajo sobre la gestión de contingencias debe estar entrelazado con la enseñanza de habilidades de atención plena. Un paciente suele admitir que cree que administrar el auto castigo o la privación es la única forma efectiva de cambiar su comportamiento inadecuado. El terapeuta debe señalar específicamente los numerosos efectos negativos de esta estrategia (por ejemplo, "Si vuelves a comer de más, ¿qué problemas adicionales estás creando al matarte de hambre?") e intentar generar contingencias no agresivas para el manejo de la conducta. En mi experiencia, el terapeuta tiene que tener tanto conocimiento sobre las reglas de aprendizaje como ser persuasivo sobre los efectos problemáticos de la aplicación incorrecta de contingencias.

Técnicas de control ambiental. La creencia en un entorno que invalida es que un individuo puede superar cualquier conjunto de estímulos ambientales y se basa en el supuesto de que los individuos pueden funcionar independientemente de sus entornos. Teniendo en cuenta este conjunto de creencias, es comprensible que los pacientes borderline no tengan habilidades especiales para utilizar sus entornos como un medio para controlar su propio comportamiento. Sin embargo, como he discutido en el Capítulo 3, es probable que los individuos límite respondan más a las señales ambientales transitorias que otros. Por lo tanto, la capacidad de manejar sus entornos ambientales de manera efectiva puede ser particularmente crucial. Técnicas como el estrechamiento del estímulo (por ejemplo, reduciendo el número de eventos de distracción en el entorno inmediato) y la evitación de estímulos (evitar eventos que precipiten conductas problemáticas) debe dirigirse en particular para contrarrestar las tendencias de un paciente a creer que la "fuerza de voluntad" por sí sola es suficiente.

Planes de prevención de recaídas. Al igual que los individuos alcohólicos descritos tan bien por Alan Marlatt (ver Marlatt y Gordon, 1985), los individuos límites responden con frecuencia a cualquier recaída o pequeño incidente como una indicación de que son fracasos totales y también pueden darse por vencidos. Por ejemplo, desarrollarán un plan de autogestión y luego, de manera poco realista, esperan la perfección en el cumplimiento del plan. El objetivo aquí es el cambio de actitud. Es importante enseñar a los pacientes a planificar de manera realista la recaída, así como a desarrollar estrategias para aceptar la recaída sin evaluar y mitigar los efectos negativos de la recaída.

Capacidad para tolerar el progreso limitado. Debido a que los individuos borderline tienen poca tolerancia para sentirse mal, tienen dificultades para llevar a cabo planes de acción que requieren un enfoque de "esperar y ver". Más bien, a menudo se involucran en el "síndrome de solución rápida", que consiste en establecer límites de tiempo injustificadamente cortos para cambios relativamente complejos. Para decirlo de otra manera, se espera que el progreso ocurra de la noche a la mañana, de lo contrario, el plan ha fallado. Una vez más, enfatizar la naturaleza gradual del cambio conductual y la necesidad de tolerar algún efecto negativo en el ínterin debería ser un foco importante de los esfuerzos de los terapeutas.

¿Qué pasa con otros programas de entrenamiento de habilidades conductuales?

Puede que se esté preguntando si necesita seguir con el entrenamiento de habilidades conductuales específicas de DBT o si puede usar otros programas de entrenamiento de habilidades en su lugar. Es posible que haya diferentes programas disponibles. Las habilidades de atención plena se pueden aprender en programas de meditación basados en principios similares a la atención plena o de un maestro de meditación. Hay docenas de libros y clases de autoayuda sobre autogestión personal y sobre habilidades

y eficacia interpersonales, incluidas las clases de asertividad. Una serie de programas específicos están diseñados para ayudar a las personas con la regulación de las emociones, sobre todo, los programas estructurados cognitivo-conductuales para depresión, ansiedad, pánico y control de la ira, y se desarrollan más programas de este tipo todos los días. La tolerancia a la angustia es quizás la única área que no está cubierta en muchas otras publicaciones y programas.

No hay una razón a priori por la cual un programa de entrenamiento de habilidades no pueda ser sustituido por otro. Sin embargo, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones además de los aspectos prácticos. Primero, debe conocer a fondo las habilidades que cada paciente está aprendiendo. Su tarea será ayudar al paciente a aprenderlos y aplicarlos, a menudo en situaciones de gran estrés. No puedes enseñar lo que no sabes. En mi programa clínico, los terapeutas a menudo aprenden las habilidades DBT al estudiar el manual de capacitación en habilidades DBT que acompaña a este libro y prueban la tarea ellos mismos. Es algo así como un programa de "aprender sobre la marcha", a menudo con terapeutas y pacientes que aprenden las habilidades juntos (al menos al principio). Si bien las habilidades que analizo en DBT están organizadas de una manera un tanto idiosincrática y se describen en terminología que usted no puede usar, en realidad son habilidades básicas con las que la mayoría de las personas están familiarizadas.

En segundo lugar, si envía a su paciente a otro lugar para el entrenamiento de habilidades, es importante que utilice la misma terminología de habilidades que la utilizada en el entrenamiento de habilidades; de lo contrario, el paciente puede sentirse confundido y abrumado. Debe tener acceso a los materiales de capacitación utilizados por el capacitador de habilidades. En tercer lugar, debe asegurarse de que las habilidades que enseñe sean relevantes para el TLP y para los problemas específicos de cada paciente. Cuarto, es importante interrelacionar las habilidades enseñadas en cada módulo y desarrollar un método para rastrear el uso de las habilidades a lo largo del tiempo, especialmente cuando no está enseñando activamente un conjunto específico de habilidades en este momento. En cierto sentido, lo que estoy recomendando es que si no utiliza el manual de capacitación en habilidades DBT tal como está, considere la posibilidad de escribir uno propio o modificar el manual para adaptarlo a sus propios fines.

Conductas decrecientes relacionados con el estrés postraumático

Cuando un paciente límite tiene graves eventos traumáticos durante su vida, y no han sido resueltos o no han sido tratados, la reducción de los patrones que se relacionan con la respuesta al estrés es un objetivo principal en DBT. Como lo indica el Capítulo 2, se puede esperar que la mayoría de los pacientes en DBT informen al menos un caso de abuso sexual en la infancia. Varios de estos pacientes, así como otros sin antecedentes de abuso sexual, reportarán traumas físicos y emocionales, además de negligencia durante la infancia. En algunos casos el trauma pudo haber sido especialmente violento, invasivo, generalizado y / o crónico. El terapeuta debe tener mucho cuidado, para no asumir que todos los pacientes borderline tienen antecedentes de abuso grave (sexual, físico), o negligencia traumática. Esto no significa, que no han experimentado un trauma. Algunos han experimentado la pérdida de personas importantes (muerte, divorcio, mudanzas, etc.); otros han sufrido amenazas de pérdida traumática; otros han experimentado rabia de un padre alcohólico, rechazos traumáticos inesperados o persistentes, o circunstancias caóticas de la vida. Como mínimo, si la teoría biosocial propuesta en el Capítulo 2 es correcta, todos los pacientes borderline habrán experimentado entornos de invalidación generalizados.

El trabajo realizado en esta área objetivo es similar al que se realiza para "descubrir" en que área hay que trabajar o para centrarse en los precursores infantiles de las conductas disfuncionales en las terapias psicodinámicas. La diferencia es que no se hacen suposiciones a priori sobre qué evento (s) en

particular o qué fase de desarrollo de la vida de un individuo está relacionada funcionalmente con el estrés traumático actual.

La información sobre los hechos de los traumas sexuales, físicos o emocionales previos y / o la negligencia física o emocional debe obtenerse de manera continua y según sea necesario a medida que avanza la terapia. Algunos pacientes darán esta información fácilmente; otros divulgarán gradualmente la información y los demás lo dirán después de algún tiempo en terapia. El terapeuta debe leer todos los registros de tratamientos previos para obtener pistas sobre el historial de abuso. Sin embargo, a veces, puede que en tratamiento previos el paciente no haya revelado parte y todos los hechos de los traumas. Debido a la exposición incluso terapéutica a señales relacionadas con el abuso, la obtención de detalles y eventos asociados con el trauma temprano no se produce hasta que se trabaja el objetivo de las crisis suicidas, las conductas interferentes con la terapia y las conductas que interfieren en la calidad de vida. Una vez que se han reducido estas conductas sustancialmente y las habilidades conductuales están en su lugar se trata este tema (con mayor profundidad en el siguiente capítulo).

Las secuelas características del abuso sexual infantil han sido descritas por Briere (1989) y se enumeran en la Tabla 5.4. Una serie de estas secuelas son los problemas conductuales dirigidos directamente en DBT, mientras que otros se superponen con las características del trastorno de estrés postraumático. Como se señaló anteriormente, algunos autores han sugerido que el TLP en sí misma debe ser reconceptualizada como un estrés postraumático asociado con el abuso infantil. Aunque DBT no toma esta posición, ciertamente, muchos de los problemas de comportamiento de los pacientes borderline pueden estar directamente relacionados con experiencias abusivas previas.

5.4. Las secuelas características del abuso sexual infantil
<ol style="list-style-type: none"> 1. Memorias intrusivas de flashbacks y pesadillas del abuso. 2. Disociación relacionada con el abuso, desrealización, despersonalización, experiencias extracorpóreas y desconexión cognitiva o "separación". 3. Síntomas de estrés postraumático general, como problemas de sueño, problemas de concentración, memoria deteriorada y reestimulación de recuerdos y emociones de abuso temprano por eventos e interacciones inmediatas. 4. Culpa, vergüenza, autoevaluación negativa y auto-invalidación relacionada con el abuso. 5. El desamparo y la desesperanza. 6. Desconfianza de los demás. 7. Ataques de ansiedad, fobias, hipervigilancia y somatización. 8. Problemas sexuales 9. Depresión de larga duración. 10. Relación interpersonal perturbada, incluida la idealización y la decepción, el estilo de comportamiento excesivo, la sexualidad compulsiva, la adversarialidad y la manipulación. 11. "Actuando" y "actuando en", incluidos los actos parasuicidas y el abuso de sustancias. 12. Retiro. 13. Otra orientación. 14. Percepción crónica del peligro. 15. El auto-odio. 16. Especialidad negativa, es decir, una sensación de poder casi mágica. 17. Pruebas de realidad deterioradas. 18. Una mayor capacidad para evitar, negar y reprimir.

Nota. De la terapia para adultos abusados de niños por J. Briere, 1989, Nueva York: Springer. Derechos de autor 1989 por Springer Publishing Company. Reimpreso con permiso.

Aceptar el hecho del trauma y/o abuso

Aceptar los hechos del trauma es el primer y el último objetivo en el tratamiento de las secuelas de las experiencias traumáticas. Las personas que han sufrido traumas severos a menudo tienen poco recuerdo de la experiencia. El primer objetivo, por lo tanto, es que el paciente verbalice los incidentes traumáticos lo suficiente como para comenzar a trabajar. Cuando se recuerdan uno o más eventos (o fragmentos de eventos), la siguiente tarea es que la persona crea que los eventos que ella recordó (o alguna aproximación de los eventos) realmente tuvieron lugar. Esto puede ser una parte muy difícil de la terapia, ya que las víctimas de traumas a menudo temen que simplemente hayan imaginado o compensado los eventos traumáticos o el abuso.

También es difícil porque retrospectivamente uno nunca tiene acceso directo a eventos que tuvieron lugar en el pasado. Por lo tanto, una tarea importante para el paciente (y algunas veces también para el terapeuta) es aprender a confiar en sí misma incluso cuando los hechos reales de su vida pueden ser inciertos. El objetivo para muchos pacientes es sintetizar el hecho de que algo sucedió, y saber que no saben exactamente qué sucedió. El confort con la ambigüedad y la incertidumbre, discutido al comienzo del capítulo, se convierte en parte de la meta. A medida que la historia se desarrolla, la tarea de afligirse y aceptar radicalmente la realidad de la vida se vuelve a la vez crucial y extremadamente difícil de negociar para muchos. Es dentro de este contexto que la aceptación radical, enseñada como una habilidad de atención plena, debe ser aprendida y practicada. La incapacidad para llorar, discutida en el Capítulo 3, es uno de los principales impedimentos para el paso exitoso a través de esta fase. Judith Herman (1992) ha llamado a esto la fase de recuerdo y luto en el tratamiento de personas con traumas y describe con gran elocuencia tanto la inmensa dificultad como el valor necesario.

Reducción de la estigmatización, la auto-invalidación, la auto-culpa

El segundo objetivo es reducir la estigmatización, la auto-invalidación y la autodefensa asociadas con el trauma. Las víctimas de abuso típicamente creen que son de alguna manera reprensivamente diferentes de las demás; de lo contrario, el abuso no habría ocurrido. A menudo creen que causaron el abuso, o que debido a que no lo detuvieron (y en ocasiones pudieron haberlo encontrado placentero en el caso de abuso sexual), son "malos" o "enfermos" o ambos. Incluso cuando no se sienten responsables por la ocurrencia de eventos traumáticos, las víctimas a menudo creen que son responsables y se sienten avergonzadas de sus reacciones al trauma. A veces minimizan la severidad del trauma.

Reducir la negación y las respuestas intrusivas

Cuando un individuo se enfrenta a un trauma severo, las respuestas ocurren en dos fases, a menudo se repiten de forma cíclica: una fase de "negación" y una fase "intrusiva". Las respuestas que ocurren en estas dos fases han sido descritas por Horowitz (1986) y se enumeran en la Tabla 5.5. Incluso cuando los hechos del trauma han sido aceptados, el individuo puede continuar rechazando las implicaciones del evento traumático y exhibir las otras respuestas de la fase de negación enumeradas en la tabla. En sesiones individuales o grupales, cuando las señales asociadas con el trauma se mencionan, el individuo puede silenciarse y mirar fijamente al espacio. La fase de negación es bastante similar al síndrome borderline que he descrito como "duelo inhibido" (ver Capítulo 3).

TABLA 5.5. Negación y fases intrusivas de respuesta al estrés

<i>Fase de negación</i>
<p>Percepción y atención.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aturdimiento✓ Desatención selectiva✓ Incapacidad para apreciar el significado de los estímulos.✓ Alteración del sueño (por ejemplo, muy poco o demasiado) <p>Conciencia de ideas y sentimientos relacionados con el evento.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Amnesia (completa o parcial)✓ No hay experiencia en temas que sean consecuencia del evento. <p>Atributos conceptuales</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Rechazo de los significados de los estímulos actuales de alguna manera asociados con el evento✓ Pérdida de un sentido realista de conexión apropiada con el mundo en curso✓ Constricción del rango de pensamiento.✓ Inflexibilidad del propósito✓ Mayor uso de las fantasías para contrarrestar las condiciones reales. <p>Atributos emocionales</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Entumecimiento <p>Atributos somáticos</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Respuestas de tensión-inhibición del sistema nervioso autónomo, con sensaciones como síntomas intestinales, fatiga, dolor de cabeza y dolor muscular <p>Patrones de actividad</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Frenética hiperactividad✓ Retirada <p>No decidir cómo responder a las consecuencias del evento.</p> <p>Percepción y atención.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Hipervigilancia, reacción de sobresalto.✓ Sueño y alteración del sueño.
<i>Fase Intrusiva</i>
<p>Conciencia de ideas y sentimientos relacionados con el evento.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Pensamientos, emociones y comportamientos intrusivos y repetitivos (ilusiones, pseudoalucinaciones, pesadillas, imágenes inesperadas y reflexiones).✓ Sentimientos de ser presionados, confundidos o desorganizados cuando se piensa en temas relacionados con el evento <p>Atributos conceptuales</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Sobregeneralización de estímulos para que parezcan relacionados con el evento.✓ Preocupación por temas relacionados con el evento, incapacidad para concentrarse en otros temas.

Atributos emocionales

- ✓ "Ataques" o "dolores" emocionales relacionados con el evento.

Atributos somáticos

- ✓ Sensaciones o síntomas de fuga o preparación para la lucha (o de agotamiento por la excitación crónica), incluidos temblor, diarrea y sudoración (adrenérgicos, adrenérgicos noradrenérgicos o histamínicos con sensaciones como latidos cardíacos, náuseas, nódulos en la garganta y piernas de la semana)

Patrones de actividad

- ✓ Repeticiones compulsivas de acciones asociadas con el evento o de búsqueda de personas o situaciones perdidas.

Nota de "Síndromes de estrés-respuesta: una revisión de los trastornos postraumáticos y de adaptación por M. J. Horowitz, 1986, Hospital and Community Psychiatry 37 241-249 Copyright 1986 de la American Psychiatric Association. Reimpreso con permiso.

La fase intrusiva es similar a lo que he descrito en el Capítulo 3 como el síndrome de vulnerabilidad emocional. Durante la fase intrusiva, unas amplias gamas de estímulos originalmente no relacionados con el trauma pueden asociarse con señales y respuestas traumáticas. Con el tiempo, si esta fase dura lo suficiente, estas respuestas y asociaciones tienden a extinguirse. Sin embargo, cuando la fase de negación sigue rápidamente, la extinción no se produce, y un ciclo en el que una fase sigue rápidamente a la otra puede continuar durante muchos años. Tal es el caso con el paciente borderline.

Sintetizando la "dicotomía del abuso"

La "dicotomía del abuso" es una frase acuñada por Briere (1989) para referirse a la tendencia de las víctimas de abuso infantil a conceptualizar la responsabilidad de su abuso en términos de blanco y negro: o sus abusadores son todos malos por abusar de ellos, o todos son malos porque fueron maltratados. A menudo, sus puntos de vista de quién es malo vacilan de momento en momento. Este es un caso de pensamiento no dialéctico, o "división" en términos psicoanalíticos. La resolución de esta tensión dialéctica es el objetivo aquí. Sin embargo, el terapeuta debe tener cuidado de no implicar que la única síntesis posible para un paciente es el perdón del abusador. Aunque la aceptación de los hechos del abuso es esencial, y cierta comprensión de la conducta abusiva como consecuencia de los eventos que rodean al abusador puede ser importante, el perdón en sí no siempre es posible. Además, el terapeuta debe tener el mismo cuidado de no pintar al abusador en términos totalmente negativos, especialmente cuando el abusador era un cuidador o padre. Para la mayoría de los individuos, es importante salvar al menos alguna relación positiva con las figuras parentales. Empujar a un paciente para que deje de amar a un padre niega las partes valiosas de la relación y, por lo tanto, resulta en una pérdida para el paciente. Muchas víctimas de abuso no pueden tolerar esa pérdida adicional. En cambio, el objetivo debe ser lograr una síntesis en la que un paciente no tenga que perder su propia integridad para mantener una relación con el abusador.

Aumentar el respeto por uno mismo

"El respeto por uno mismo abarca la capacidad de valorarse, creer en sí mismo, validarse y confiar. Esto incluye a los propios pensamientos, emociones y conductas. La idea aquí no es que las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales sean completamente adaptables o beneficiosas. De hecho, la capacidad de evaluar la conducta de uno mismo de manera no defensiva es una característica importante del funcionamiento adaptativo. El resultado es una mayor autoestima, y mejora la capacidad de confiar en

las propias evaluaciones de uno mismo (es crucial para el crecimiento). Sin embargo, el paciente límite generalmente es incapaz de evaluar sus propias respuestas y no puede independizarse de las evaluaciones de otras personas (esto incluye al terapeuta). No respeta sus propias capacidades de autoevaluación. Por lo tanto, se ve afectada por los cambios en las opiniones que da su ambiente. Sufre la ausencia de sus seres importantes y padece ante las opiniones y los eventos que generalmente están fuera de su control. Gran parte de esta dificultad es el resultado del miedo excesivo a la desaprobación social. Las personas límite a menudo operan como si su bienestar fuera totalmente dependiente de la aprobación de todas las personas importantes para ellos. Por lo tanto, uno de los objetivos del terapeuta es aumentar la autoevaluación apropiada y la tolerancia a la desaprobación social, y extinguir las conductas contrarias a estos objetivos.

Muchos pacientes límite reaccionan a sí mismos con un odio extremo. Todos excepto unos pocos sienten en general una enorme vergüenza, además se avergüenzan de su propio historial de abusos, los problemas que han causado y particularmente por su actual reactividad emocional. Amarse a uno mismo es lo opuesto a estas reacciones emocionales. Por lo tanto, el terapeuta debe dirigirse al odio que tienen hacia sí mismos, a la auto-descalificación y al sentimiento de vergüenza. Si bien el trabajo en este objetivo es un proceso que dura toda la vida, se debe lograr un progreso sustancial antes de que finalice la terapia.

Una cosa que el terapeuta debe tener especial cuidado de hacer antes de que finalice la terapia es reforzar la autoestima del paciente que es independiente del terapeuta. Es decir, el terapeuta debe retirarse y reforzar sin tregua el autocuidado, la tranquilidad y la resolución de problemas con la validación de la relación terapéutica, sin hacer referencia al terapeuta. Sin embargo, me apresuro a agregar que esta postura no sugiere que los pacientes deban aprender a ser independientes de todas las personas. La dependencia interpersonal, pedir y aceptar la ayuda educativa, el alivio y la ayuda activa de otros son cruciales para el bienestar de la mayoría de las personas. De hecho, la capacidad de relacionarse y depender de otros sin invalidarse uno mismo es un objetivo importante de DBT.

Metas Conductuales Secundarias

Una serie de patrones de respuesta pueden estar relacionados funcionalmente con los problemas principales de los pacientes borderline. Estos patrones son los objetivos secundarios en DBT. La importancia de cualquier objetivo secundario para el paciente en DBT, depende completamente de su relación para lograr los objetivos principales. En el caso individual, en lugar de asumirlos, es crucial que se evalúe la presencia de cada patrón secundario y la relación funcional del patrón con los objetivos primarios. Si el cambio de un patrón secundario particular no es instrumental para lograr los objetivos primarios, el patrón de respuesta no está orientado. Por lo tanto, la lista de objetivos secundarios es un conjunto de hipótesis para ser probadas.

La lista de objetivos secundarios propuesta en DBT se basa en los polos de los dilemas dialécticos que he descrito en el Capítulo 3. Los objetivos son los siguientes: (1) aumentar la modulación emocional y disminuir la reactividad emocional; (2) aumentar la auto-validación y reducir la auto-invalidación; (3) aumentar la toma de decisiones y el juicio de realidad, y reducir las conductas generadoras de crisis; (4) aumentar la experiencia emocional y disminuir el dolor inhibido; (5) aumentar la resolución activa de problemas y disminuir las conductas de pasividad activa; y (6) aumentar la expresión precisa de las emociones y competencias y disminuir la dependencia del comportamiento con el estado de ánimo.

Aumento de la modulación de la emoción; Disminución de la reactividad emocional

El primer objetivo secundario es aumentar la modulación de la emoción y reducir la reactividad emocional a la velocidad de un rayo. Las habilidades conductuales específicas que son más útiles a este respecto son la atención plena (especialmente la observación sin prejuicios de los eventos que precipitan las respuestas emocionales), las actitudes de aceptación y buena disposición con respecto a la angustia, y las prácticas de regulación emocional incluidas las que están bajo la rúbrica de reducción de la vulnerabilidad.

El aumento de la modulación y la reducción de la reactividad deben distinguirse claramente de la no reactividad emocional. La idea es no deshacerse de las emociones; de hecho, DBT asume que los antiguos individuos límites continuarán siendo las personas emocionalmente intensas, coloridas y dramáticas del mundo. Tampoco es el enfoque en la irracionalidad de las respuestas de un paciente. Más bien, el enfoque está en el extremo de las respuestas. La idea es reducir la ira intolerable a una ira tolerable, cambiar la incapacidad que les produce el pánico a un miedo prudente, disminuir la inmovilización que da el dolor de la tristeza reflexiva y cambiar la vergüenza a la culpa transitoria. En otras palabras, el supuesto no es que las emociones extremas se basen en creencias irracionales sobre un mundo racional.

Aumentar la auto-validación; Disminución de la auto-invalidación

La autoaceptación y la tranquilidad son habilidades específicas incluidas en el paquete de habilidades de tolerancia a la angustia. Dado que los pacientes cogen y eligen sus estrategias de tolerancia a la angustia, es común que los pacientes ignoren estos dos. Sin embargo, la autovalidación y el odio a sí mismo suelen estar relacionados con conductas suicidas, fallas en los programas de autogestión y aumentos de la vulnerabilidad emocional. Cuando tal es el caso, estos comportamientos deben ser dirigidos directamente por el terapeuta individual. Aumentar la autodeterminación y reducir el odio a sí mismo son componentes importantes de la autoestima y, por lo tanto, se convierten en objetivos primarios en las últimas etapas de la terapia.

Aumentar la toma de decisiones realistas y el juicio; Disminuyendo las conductas generadoras de crisis

DBT no asume que los individuos límite precipitan todas sus crisis. Pero tampoco supone lo contrario. Las dos características más relacionadas con las crisis son: la dependencia de las conductas a los estados de ánimo (que se analizarán más adelante), y la dificultad para predecir resultados realistas para varias opciones de conducta (es decir, un juicio deficiente). Hasta cierto punto, la dependencia del estado de ánimo exacerba aún más el mal juicio, ya que un individuo a menudo no puede predecir cómo cambiarán sus reacciones de un estado de ánimo a otro, y por lo tanto no puede predecir su propia conducta. El entorno de invalidación enseña al individuo a buscar soluciones conductuales en los demás, en lugar de configurar las habilidades individuales de resolución de problemas y toma de decisiones. En una familia caótica, hay pocos ejemplos y enseñanzas de toma de decisiones realistas. Un paciente de esa familia necesita aprender a predecir resultados realistas (a corto y largo plazo) de las elecciones conductuales. Muchas de las habilidades de autocontrol necesarias en DBT están relacionadas con cuestiones relacionadas con hacer juicios realistas sobre uno mismo.

Aumento de la experiencia emocional; Disminución del dolor inhibido

La capacidad de experimentar emociones a medida que ocurren, es crucial para su reducir la negación de las emociones. La razón para esto se ha discutido ampliamente en el Capítulo 3 y no se repite aquí. Por lo tanto, un objetivo importante del tratamiento para muchos pacientes es aumentar su capacidad de experimentar en lugar de inhibir las emociones negativas. En casos extremos, donde los pacientes son casi

totalmente incapaces de experimentar un efecto negativo por más de un momento, este objetivo puede tomar el estado de un objetivo primario.

Aumento de la resolución activa de problemas; Disminuyendo los comportamientos de pasividad activa

Los pacientes borderline tienen una tendencia a reaccionar a los problemas de forma pasiva, una tendencia que no solo interfiere con el logro de algunos objetivos de la vida, sino que también puede ser extremadamente frustrante para el terapeuta. Como se discutió en el Capítulo 3, la "pasividad activa" límite es quizás el resultado de un estilo de autorregulación pasiva mediada biológicamente y que se combina con la indefensión aprendida. Un objetivo importante de la DBT es interrumpir este estilo de interacción y aumentar el uso de la resolución activa de problemas. Todas las habilidades conductuales de DBT se basan en los comportamientos activos de resolución de problemas.

Intentar aumentar la capacidad y la motivación de los pacientes borderline para generar soluciones a sus problemas es la prueba y la evaluación de su efectividad y es el punto en el que la terapia puede descarrilarse. El problema es bastante similar, a los problemas que surgen en los pacientes fuera de la terapia. Un error que muchos terapeutas cometen es tratar de convertir manzanas en naranjas. Es decir, los terapeutas a menudo tratan de hacer que los pacientes con un estilo de autorregulación pasiva cambien a un estilo de autorregulación activa. Sospecho que este enfoque está condenado al fracaso por un buen tiempo. El objetivo de DBT es ayudar a los pacientes a convertirse en buenos autorreguladores pasivos. La noción aquí es que un individuo que prefiere un estilo de autorregulación pasiva (es decir, permitir que personas o eventos en el entorno regulen su conducta) puede aprender a controlar su propia conducta controlando hábilmente la estructura del entorno. Firmar contratos, establecer fechas límite, hacer listas y horarios escritos, y hacer arreglos para estar cerca de las personas son ejemplos de autorregulación pasiva.

Aumentar la comunicación precisa de las emociones y competencias; Disminución de la dependencia de la conducta por el estado de ánimo

Las personas borderline a menudo confunden su estado emocional actual. Aunque a veces comunican respuestas emocionales exageradas, otras veces inhiben expresiones de emociones negativas. Este patrón es predecible para cualquier persona que se encuentre en un entorno de invalidación. Sin embargo, los individuos borderline a menudo ignoran que no expresan emociones con precisión; en cambio, con frecuencia creen que otras personas son conscientes de cómo se sienten. Por lo tanto, es crucial que los individuos aprendan cómo expresar emociones con precisión (tanto en forma no verbal y verbal), así como evaluar si su expresión emocional se ha entendido.

De manera similar, las personas borderline también tienen problemas para comunicarse con otros cuando tienen dificultades o no son competentes para manejar una situación particular. Parte del problema aquí es que los pacientes a menudo no son buenos jueces de sus propias competencias; con frecuencia, creen que son incapaces de hacer frente a una situación cuando simplemente tienen miedo. En otras ocasiones, sin embargo, los pacientes comunican la competencia cuando, de hecho, no son capaces de hacer frente. El resultado neto es que las personas tienden a verlos como el niño que gritaba "lobo" muchas veces, y creen falsamente que los pacientes se sienten cómodos en una situación en la que ellos mismos sienten que se están "desmoronando". Todas las personas, incluidos los pacientes borderline, deben poder comunicar las necesidades de asistencia o ayuda de tal manera que los demás presten atención al mensaje. Gran parte de la capacitación en habilidades de eficacia interpersonal aborda este tema.

La regla de que la acción debe estar de acuerdo con el estado de ánimo es un extremo opuesto disfuncional que también es típico de los individuos límite. Separar el estado de ánimo actual de la conducta actual es esencial si se quieren alcanzar los objetivos primarios en DBT. El énfasis en DBT en la tolerancia a la angustia y la aceptación de la vida tal como es, sin cambiarla necesariamente, se basa precisamente en este punto. Aunque estoy discutiendo en último lugar la dependencia de la conducta al estado de ánimo, no es en absoluto menos importante. En muchos sentidos, todos en DBT se centran en este objetivo, que el vínculo entre el estado de ánimo negativo y el comportamiento inadaptado se extinga (y, a veces, se castiga) de manera consistente durante la terapia.

Comentarios Concluyentes

Las prioridades objetivo de DBT son una característica definitoria de la terapia. Sin embargo, conocer o poder enumerar los objetivos en orden de prioridad es solo el primer paso. La segunda habilidad crucial, que solo se puede aprender con la práctica, es la capacidad de monitorear la gran afluencia de la conducta del paciente a medida que se apresura y se organiza las categorías relevantes. Una vez que puede encasillar lo que el paciente está haciendo de manera continua, puede examinar las conductas, observar sus prioridades y decidir en qué concentrarse en este momento. Es un poco como aprender a leer una pieza musical compleja. Primero, debes ser capaz de identificar las notas. Una vez que puedas leer las notas, debes poder reproducir la música.

Nota

1. Estos ejemplos son transformaciones de ejemplos ofrecidos por Basseches.

CAPITULO 6

Tratamiento Que Se Estructura Alrededor De Las Conductas Objetivo: Quién Trata Qué y Cuándo

Las implacables crisis y la compleja conducta de un paciente límite a menudo superan tanto al paciente como al terapeuta. A veces, se producen simultáneamente muchos problemas ambientales y conductas inadaptadas que el terapeuta tiene dificultades para decidir cómo enfocar el tiempo de la terapia. El hecho de que la paciente a menudo haga esfuerzos intensos para enfocar las sesiones en sus crisis de ese momento no ayuda en esta situación. La dependencia al estado de ánimo puede dificultar que una persona limite aborde cualquier problema que no esté relacionado con su experiencia emocional actual; la intensidad de sus comunicaciones de dolor emocional puede dificultar que el terapeuta y la paciente se centren. Las prioridades de los objetivos DBT, que son pautas sobre cómo estructurar el tiempo de la terapia, están diseñadas para ayudar aquí. Cuando un terapeuta se siente abrumado por la situación clínica, los objetivos prioritarios de DBT indican en qué enfocarse.

El espíritu de DBT es que las metas del tratamiento, así como las prioridades acordadas, deben ser claras y específicas. Los objetivos y las prioridades son diferentes en cada modo (por ejemplo, terapia individual, terapia de grupo, consulta telefónica). Por lo tanto, es esencial que cada terapeuta sea claro y específico acerca de los objetivos de los cuales el individuo es responsable. Incluso si un terapeuta es el único terapeuta de un paciente en particular, es importante tener una idea clara de las prioridades en cada interacción; las prioridades en una sesión de psicoterapia, por ejemplo, pueden ser muy diferentes de las prioridades durante una conversación telefónica.

En este capítulo, describo cómo se organizan los objetivos del tratamiento en DBT estándar. El punto más importante es que, aunque las prioridades específicas pueden cambiar (y probablemente deben cambiar en algunos entornos), el requisito de claridad y especificidad no debe ser eliminado. El terapeuta debe ser claro y específico sobre lo que se está cambiando y cómo.

El tema general: la orientación de las conductas dialécticas

El objetivo de aumentar los patrones de conducta dialéctica entre los pacientes límite es el tema que guía el enfoque DBT para todas las demás conductas objetivo. Este objetivo se diferencia de los otros en tres formas. En primer lugar, es un objetivo de todos los modos de tratamiento. La atención prestada a otros objetivos conductuales varía según el modo de tratamiento; en contraste, todos los modos de DBT atienden a patrones de conducta dialéctica. Como lo describe el Capítulo 5, todos los terapeutas intentan modelar y reforzar un estilo dialéctico de pensamiento, el enfoque de resolución de problemas y desafiar el pensamiento no dialéctico o los enfoques de los problemas.

En segundo lugar, a diferencia de otros objetivos, el aumento de los patrones de conducta dialéctica como un objetivo específico de la terapia rara vez se discute con el paciente. Es decir, el paciente no se compromete explícitamente a trabajar para volverse más dialéctico. La razón principal de esto es que he creído que el concepto de dialéctica es demasiado abstracto y temí que la explicación y la instrucción pudieran interferir en lugar de facilitar el aprendizaje. Además, he pensado que la ausencia misma de patrones de pensamiento dialéctico evitaría el compromiso de trabajar para adoptar tal estilo de pensamiento. Por ejemplo, el individuo que cree que hay un orden universal en la realidad, y por lo tanto que la verdad absoluta es conocible, probablemente no acepte dejar de lado este enfoque para conocer y ordenar el universo. Sin embargo, mi renuencia a enseñar explícitamente patrones dialécticos puede ser

un enfoque demasiado tímido. Varios terapeutas cognitivos (por ejemplo, Bech et al., 1990) enfocan el tratamiento directamente en cambiar el estilo cognitivo, con buenos resultados. Como mínimo, uno podría enfatizar el pensamiento y la acción equilibrándolos (a diferencia del pensamiento dicotómico y la acción extrema) al enseñar los conjuntos de habilidades discutidas en el Capítulo 5.

Una tercera diferencia entre identificar los patrones de conducta dialéctica y apuntar a otras conductas es que, dado que forma un aspecto de cada uno de los otros objetivos que deben alcanzarse, la conducta dialéctica no se encuentra en la lista jerárquica de objetivos que se analizarán a continuación.

La jerarquía de los objetivos primarios.

Los siete principales objetivos conductuales restantes descritos en el Capítulo 5 se pueden asignar en una jerarquía de importancia. La jerarquía para el tratamiento en su conjunto se muestra en la Tabla 6.1; refleja el orden en el que se discutieron estos objetivos en el Capítulo 5. Este es también el orden de prioridad de los objetivos de la terapia individual ambulatoria. Las jerarquías para otros modos de terapia difieren ligeramente, como se verá más adelante en este capítulo. Aunque la lista fue desarrollada específicamente para pacientes límite para-suicidas, un momento de reflexión sugiere que la lista, al menos durante la primera fase de la terapia, podría aplicarse a cualquier población de pacientes con disfunción severa.

TABLA 6.1. La jerarquía de objetivos primarios en DBT
<p>Objetivos de pretratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación al tratamiento y concertación de objetivos. <p>Objetivos de primera etapa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir las conductas suicidas. 2. Disminuir conductas que interfieren con la terapia. 3. Disminuir las conductas que interfieren en la calidad de vida. 4. Aumentar las habilidades conductuales. <ol style="list-style-type: none"> A. Habilidades básicas de atención plena B. Efectividad interpersonal C. regulación de la emoción D. tolerancia a la angustia E. Autogestión <p>Objetivos de la segunda etapa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Disminuir el estrés postraumático. <p>Objetivos de la tercera etapa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Incrementar el respeto por uno mismo. 7. Alcanzar metas individuales.

Objetivos del tratamiento y agenda de la sesión

Aunque la importancia de cada objetivo no cambia con respecto a la terapia, la relevancia de un objetivo sí. La relevancia está determinada por la conducta cotidiano del paciente, así como por su conducta durante la interacción de la terapia. Los actuales problemas conductuales del paciente, que no son evidentes no

son relevantes en ese momento. La relevancia y la importancia determinan a qué debe prestar más atención el terapeuta cuando se relaciona con el paciente. La idea básica aquí es que el terapeuta aplica las estrategias y técnicas DBT (analizadas en los Capítulos 7-15) al objetivo de tratamiento de mayor prioridad en este momento. Si ya se ha alcanzado un objetivo particular, o si los problemas en el área objetivo nunca han surgido para el paciente, no son evidentes en la conducta actual del paciente, o ya se han abordado, entonces los objetivos a continuación en la lista se convierten el foco principal del tratamiento.

Objetivos de tratamiento y modos de terapia

La responsabilidad de lograr objetivos específicos se extiende a través de los diversos modos de DBT (entrenamiento de habilidades, psicoterapia individual, grupos de procesos de apoyo, llamadas telefónicas). La prioridad asignada a cada objetivo del tratamiento, la cantidad de atención que recibe cada objetivo y la naturaleza de esa atención varían según el modo de terapia. Por lo tanto, como se señaló anteriormente, cada modo de terapia tiene su propio orden jerárquico de objetivos. El terapeuta individual presta atención a un orden de objetivos, los terapeutas de grupo a otros objetivos; en las interacciones telefónicas, otro orden de objetivos guía la conversación. En algunos entornos, el medio y la unidad o el director de la clínica pueden formar parte del equipo de DBT. Si es así, entonces el director del entorno y la unidad tienen sus propias listas de prioridades objetivo. Si se agregan otros modos al tratamiento, se deben elaborar listas de objetivos priorizadas para cada modo. En principio, la división de la responsabilidad de los objetivos se puede dividir de varias maneras para reflejar los diferentes entornos de tratamiento y modos de terapia. Estas posibilidades se discuten con más detalle más adelante en este capítulo.

El punto clave que se debe hacer aquí es que todos los terapeutas de DBT en un entorno particular deben entender claramente cuáles son sus propias jerarquías de objetivos con cada paciente y cómo esas jerarquías encajan en la jerarquía general de los objetivos conductuales en DBT. En general, los objetivos y su orden están vinculados a cada modo específico de tratamiento. Por lo tanto, si los terapeutas realizan más de un modo de tratamiento (por ejemplo, si el terapeuta individual también es el terapeuta de grupo, o si el terapeuta individual o entrenador de habilidades también recibe llamadas telefónicas), deben poder recordar el orden de los objetivos específicos para cada modo, y deben poder cambiar sin problemas de una jerarquía a otra, ya que cambian de un modo a otro.

El terapeuta primario y la responsabilidad de cumplir los objetivos

En cada unidad de tratamiento, un terapeuta es designado como terapeuta primario para un paciente en particular. En nuestra unidad ambulatoria, como en la práctica clínica individual, el terapeuta es el psicoterapeuta individual del paciente. El terapeuta principal es responsable de la planificación del tratamiento, de trabajar el progreso del paciente hacia todos los objetivos y de ayudarlo a integrar (u ocasionalmente descartar) lo que se está aprendiendo en otros modos de terapia. En mi experiencia, si el terapeuta principal no ayuda al paciente a integrar y fortalecer lo que se está aprendiendo en otros lugares, este aprendizaje a menudo se ve seriamente debilitado. Todos los terapeutas en un entorno común pueden participar en la planificación del tratamiento, aportar información sobre qué conductas específicas deben recibir atención en cada categoría de objetivos, y juntos decidir una división de las responsabilidades entre los modos de tratamiento y los terapeutas. Sin embargo, el terapeuta principal tiene la tarea de ayudar al paciente a recordar y tener en cuenta el "panorama general". Como enfatizo al analizar las estrategias de consulta en el Capítulo 13, el terapeuta principal consulta con el paciente cómo interactuar de manera

efectiva con todos los demás miembros de la unidad de tratamiento y la comunidad profesional. (A la inversa, otros terapeutas consultan con el paciente sobre cómo interactuar con su terapeuta principal).

Hacia objetivos a lo largo del tiempo.

En mi experiencia, el progreso hacia los objetivos del tratamiento se puede agrupar en fases. Aunque las etapas de la terapia se presentan aquí en orden cronológico con fines heurísticos, la terapia generalmente se desarrolla de manera circular. Por lo tanto, aunque la orientación del paciente a la terapia y el enfoque en las expectativas de la terapia normalmente ocurren durante las primeras sesiones, es probable que estos problemas sean importantes durante toda la terapia. La primera etapa de la terapia incluye el análisis de la conducta y el tratamiento de las conductas suicidas, las conductas que interfieren con la terapia, los patrones de conducta que interfieren gravemente con la calidad de vida y las deficiencias en las habilidades. Para algunos pacientes, sin embargo, los problemas en estas áreas pueden ser preocupaciones continuas durante la terapia. La segunda etapa del tratamiento, orientada a reducir el estrés postraumático, a veces requiere atención desde el inicio de la terapia; además, es poco probable que este tipo de estrés sea remediado completamente incluso al final de la terapia. La etapa final se enfoca en los objetivos de auto respeto, generalización, integración y terminación. Sin embargo, estos problemas se tratan desde el principio del tratamiento y surgen esporádicamente a lo largo de todo el tratamiento.

Etapas de Pretratamiento: Orientación y Compromiso

Una preocupación continua en la realización de tratamientos con pacientes borderline y parasuicidas es la posibilidad de que un porcentaje significativo termine la terapia prematuramente. El uso de sesiones de orientación antes del tratamiento se ha relacionado con una menor tasa de abandono en varios estudios (Parloff, Waskow y Wolfe, 1978). Así, las primeras sesiones de terapia individual se centran en los preparativos para la terapia. Los objetivos de esta etapa son dobles. Primero, el paciente y el terapeuta deben llegar a una decisión mutua e informada de trabajar juntos para ayudar al paciente a realizar los cambios que desea hacer en sí mismas y en su vida. En segundo lugar, el terapeuta intenta modificar cualquier creencia o expectativa disfuncional del paciente con respecto a la terapia que pueda influir en el proceso de la terapia y / o la decisión de finalizar la terapia prematuramente.

Con respecto al primer objetivo, el paciente debe averiguar todo lo posible sobre el estilo interpersonal, la competencia profesional, los objetivos del tratamiento y las intenciones del terapeuta con respecto a la conducción de la terapia. El terapeuta debe ayudar al paciente a tomar una decisión informada acerca de comprometerse con la terapia, y también debe obtener suficiente información sobre el paciente para decidir si puede trabajar con el paciente. Las entrevistas de diagnóstico y evaluación, más la historia clínica, deben ocurrir en este punto. Respetando las creencias y expectativas orientadas a la terapia del paciente, el terapeuta describe el programa de tratamiento, la velocidad y la magnitud del cambio que puede esperarse que ocurra dentro de él; determina y discute las creencias del paciente sobre los psicoterapeutas y la psicoterapia en general; e intenta "replantear" la psicoterapia como un proceso de aprendizaje. Los detalles sobre cómo llevar a cabo estas sesiones de orientación se proporcionan en los capítulos 9 y 14.

Etapas I: Alcanzando Capacidades Básicas

Como se señaló anteriormente, la primera fase de la terapia se centra en las conductas suicidas, las conductas que interfieren con la terapia, las conductas más importantes que interfieren con la calidad de vida y los déficits en las habilidades conductuales. Con pacientes altamente suicidas y muy disfuncionales,

puede tomarse un año o más para obtener el control de los dos primeros objetivos. El progreso en las conductas que interfieren en la calidad de vida depende, en cierta medida, de cuáles son las conductas que interfieren realmente. Para las conductas adictivas, simplemente obtener un compromiso del paciente para trabajar en estas conductas puede llevar mucho tiempo. Una vez tuve un paciente con un grave problema con la bebida que tardó más de 2 años en comprometerse a reducir su consumo excesivo de alcohol; incluso entonces se requirió una condena por conducir en estado de ebriedad, un programa de tratamiento de 2 años ordenado por el tribunal y el hecho de que la pusiera de "vacaciones" en la terapia para convencerla de que se comprometiera. (La estrategia de "vacaciones de la terapia" se discute en el Capítulo 10).

En general, al final del primer año de terapia, los pacientes también deben tener al menos un conocimiento práctico y competente de las principales habilidades conductuales enseñadas en DBT. Aunque la aplicación de estas habilidades a varios problemas específicos es un enfoque continuo de la terapia, la gran cantidad de tiempo dedicado a la adquisición de habilidades durante la primera etapa generalmente no se requiere en las fases posteriores de la terapia, excepto en los casos en que el terapeuta primario no ayude al paciente a integrar las habilidades que está aprendiendo. Una vez más, mi experiencia es que, si el terapeuta primario no valora las habilidades y no ayuda al paciente a integrarlo en su vida diaria, el paciente a menudo olvidará lo que ha aprendido.

Etapas 2: Reducir el estrés postraumático

La segunda fase de la terapia, que comienza solo cuando las conductas objetivo anteriores están bajo control, implica trabajar directamente en el estrés postraumático. Algunos pueden cuestionar el estado del estrés postraumático como un objetivo de la segunda etapa. Aquellos que creen que el TLP es un caso especial de trastorno de estrés postraumático pueden sugerir que la resolución del trauma temprano, especialmente el abuso sexual, debe ser la prioridad del tratamiento; una vez que se resuelva, todos los demás problemas serán manejables. Aunque siento cierta simpatía por este punto de vista, creo que los estragos resultantes en la vida del paciente y el riesgo de suicidio son tales que el tratamiento del estrés postraumático debe ser cuidadosamente cronometrado.

Mi experiencia con pacientes cuyos terapeutas comenzaron la terapia con un enfoque de "descubrimiento", donde las sesiones de la terapia empezaron discutiendo el trauma infantil, muchos de estos pacientes simplemente no pudieron manejar la reexposición a los eventos traumáticos. En cambio, se volvieron extremadamente suicidas, participaron en actos parasuicidas casi letales o se mutilaron compulsivamente, y / o tuvieron que ser admitidos y readmitidos en unidades psiquiátricas para hospitalización. Por lo tanto, la DBT no se enfoca en el estrés traumático hasta que un paciente tiene las capacidades y los apoyos necesarios (tanto dentro de la terapia como en el entorno fuera de la terapia) para resolver el trauma con éxito. El progreso satisfactorio de los objetivos de la primera etapa prepara al paciente para el trabajo en experiencias traumáticas. En términos psicodinámicos, el paciente debe tener la fuerza del ego necesaria para hacer la terapia.

Esto no significa, por supuesto, que el trauma anterior se ignore durante la primera etapa de la terapia si el paciente lo menciona. Sin embargo, la forma en que se responde depende de su relación con otras conductas objetivo. Si el efecto secundario del trauma (recuerdos, flashbacks, autculpa, respuestas emocionales a las señales asociadas al trauma, etc.) se relaciona con conductas suicidas posteriores, entonces se las atiende tal como lo haría cualquier otro precipitante de la conducta suicida. Es decir, su asociación con la conducta suicida se convierte en el foco del tratamiento. En cualquier caso, las secuelas dolorosas de trauma se tratan como problemas a resolver (es decir, conductas que interfieren en la calidad

de vida) cuando surgen en la terapia. Como parte del tratamiento, el terapeuta también se enfocará en el desarrollo de las habilidades de tolerancia al estrés y las habilidades de atención plena (ver el Capítulo 5), las cuales son necesarias para tratar el estrés postraumático. El terapeuta adopta un enfoque del aquí y ahora para manejar los patrones conductuales y emocionales disfuncionales. Si bien la conexión entre la conducta actual y los eventos traumáticos anteriores, incluidos los de la infancia, puede explorarse y notarse, el enfoque del tratamiento es claramente analizar la relación entre los pensamientos, sentimientos y conductas actuales, y aceptar y/o cambiar los patrones actuales. Lo que el terapeuta no hace durante la primera etapa de la terapia es reenfocar las actividades principales de la terapia para abordar el trauma anterior. De nuevo, la regla aquí es que tal trauma no se trata antes de que el paciente pueda hacer frente a las consecuencias de la exposición.

Debido a su posición intermedia en las tres etapas, la reducción de las reacciones al estrés postraumático a menudo se inicia, se detiene y se reinicia. Para muchos pacientes, esta resolución será una tarea para toda la vida con muchos inicios y abandonos. Algunos pacientes pueden entrar listos para la etapa 2, ósea no participar activamente en conductas suicidas, trabajan en terapia, tienen la estabilidad y los recursos adecuados. Por el contrario, algunos pacientes que parecen estar listos para trabajar en los objetivos de la Etapa 2 pueden no estar listos. Su competencia aparente puede engañar tanto al terapeuta como al paciente. A veces, un terapeuta ni siquiera sospechará que un paciente cumple con los criterios para TLP hasta que los intentos de resolver traumas anteriores precipiten reacciones extremas típicas de la Etapa 1. Esto es especialmente probable cuando el terapeuta no ha realizado una evaluación clínica completa al inicio de la terapia. Como mencioné anteriormente, los individuos borderline a veces funcionan bastante bien cuando están en relaciones de apoyo (con poco o ningún estrés interpersonal). Aunque un paciente a menudo puede estar "llorando en el interior", y es posible que el terapeuta no vea la angustia del paciente hasta que esté expuesta una vez más a las señales asociadas con el trauma.

La etapa 2 en DBT, requiere la exposición a las señales relacionadas con el trauma. (Vea el Capítulo 11 para una discusión detallada de las técnicas de exposición). Simplemente no hay otra manera de trabajar en las respuestas al estrés de tales señales. Para algunos pacientes, la tasa de exposición puede ser extremadamente gradual; para otros, la Etapa 2 puede ir bastante rápido. La duración del tiempo y el ritmo de la terapia en la Etapa 2 dependerán de la gravedad del trauma y de los recursos sociales y conductuales del paciente para enfrentar el proceso de la terapia. A veces, al terapeuta y al paciente les puede resultar útil tomarse un descanso de la terapia por un tiempo. Por ejemplo, uno de mis pacientes tardó varios años en superar la Etapa 1 de la terapia. Cuando finalmente estuvo lista para enfocarse en el abuso sexual severo que había recibido entre los 9 y 13 años, estaba planeando un viaje fuera del país en 8 semanas y estaría fuera 8 meses. El temor de la paciente de estar en medio de una crisis cuando me fui fue tan grande que inhibió su capacidad para trabajar duro en los objetivos de la Etapa 2. Acordamos tener reuniones mensuales hasta que me fui y esperar hasta que regresé de mi viaje para comenzar la terapia de la Etapa 2. La paciente permaneció en su continuo proceso de terapia de grupo. Otro paciente abandonó la terapia después de completar la mayor parte de la Etapa 1. Durante el tiempo de vacaciones, ella ingresó y completó un programa de abuso de sustancias de 1 año. Luego volvió a la terapia conmigo para trabajar en la resolución de relaciones traumáticas dentro de su familia de origen.

Es extremadamente importante que el terapeuta no confunda una respuesta adecuada al estrés postraumático (una finalización exitosa de la Etapa 1 de la terapia) para una conclusión satisfactoria de la terapia. Si bien ahora existe la estabilidad para construir una vida que vale la pena vivir, los patrones del estrés postraumático en sí mismos (consulte el Capítulo 5 para una revisión detallada) son una fuente de considerable dolor y sufrimiento emocional. Aunque algunos individuos pueden tolerar largos períodos

de la vida con mucho dolor y sufrimiento, otros finalmente regresarán a las conductas de la Etapa 1 como una forma de aliviar el dolor o de obtener más ayuda. Por lo tanto, las ganancias de la Etapa 1 pueden perderse si la Etapa 2 no se negocia con éxito.

Etapas 3: Aumentar la autoestima y alcanzar metas individuales

La fase final de la terapia es desarrollar la capacidad de confiar en uno mismo; para validar las propias opiniones, emociones y acciones; y, en general, respetarse independientemente del terapeuta. El trabajo sobre los objetivos individuales del paciente también se produce en gran medida durante esta etapa. Es de suma importancia que las habilidades que el paciente aprende en la terapia se generalicen a situaciones no terapéuticas. El curso normal de los eventos en la terapia con un paciente límite es que inicialmente el paciente tendrá grandes dificultades para confiar en el terapeuta, dificultades en pedirle ayuda y en lograr un equilibrio óptimo entre independencia y dependencia. Muy a menudo, durante los primeros meses de terapia, el paciente tendrá problemas para confiar en el terapeuta, no llamará al terapeuta incluso cuando sea apropiado hacerlo, y vacilará entre la dependencia extrema del terapeuta para resolver sus problemas y una actitud independiente de "no necesito nada ni nadie". La exploración de estos patrones a menudo indicará que los mismos patrones interpersonales también están ocurriendo con otras personas de su entorno. Por lo tanto, la capacidad de confiar, de pedir ayuda adecuadamente y de depender y ser independiente de otra persona será a menudo el foco del tratamiento. A medida que la paciente comienza a desarrollar confianza en el terapeuta, generalmente comenzará a ser más honesta sobre su necesidad de ayuda. Durante las etapas iniciales de la terapia, se pone un gran énfasis en reforzar al paciente por pedir ayuda al terapeuta cuando el paciente tiene problemas para enfrentar una situación particular. Sin embargo, si esta solicitud de ayuda no se transfiere a otras personas del entorno del paciente, y si no se enseña a la paciente a prestarse asistencia a sí misma o calmarse, la finalización de la terapia será extremadamente traumática. La transición de la confianza en el terapeuta a la confianza en uno mismo y en los demás debe comenzar casi de inmediato. Una vez más, hay un énfasis dialéctico en poder confiar en otras personas mientras aprenden a ser autosuficientes. Por lo tanto, el objetivo es poder confiar en uno mismo y permanecer firme dentro de las redes interpersonales recíprocas.

Al igual que en las etapas 1 y 2, los pacientes a veces pueden tomar un descanso de la terapia antes o durante la etapa 3. A veces, los pacientes pueden ingresar a otras terapias o trabajar con otros terapeutas durante los intervalos. No hay razón para no alentar esto en DBT.

Mejorar la autoestima también requiere la reducción del odio y la vergüenza. En mi experiencia, los patrones residuales de vergüenza sobre uno mismo y el pasado suelen aparecer durante la Etapa 3 de la terapia. En particular, es posible que la persona necesite descubrir cómo interpretará su propia historia y cómo la presentará a los demás. Especialmente si hay cicatrices visibles, el paciente debe decidir cómo responder a las preguntas sobre su pasado. A veces, la reaparición de la vergüenza intensa o los temores de terminar la terapia puede ser tal que precipite un retorno de las conductas de la Etapa 1 o las reacciones de estrés de la Etapa 2. Por lo general, estas recaídas son breves. Es particularmente importante que el terapeuta no avergüence al paciente ni patologice excesivamente el regreso de los patrones conductuales inadaptados. La situación es muy parecida a la de un fumador que dejó de fumar hace 5 años y se vuelve a exponer a una señal fuertemente asociada con fumar. Si no ha habido suficientes experiencias de aprendizaje con esa señal, el exfumador puede experimentar una necesidad intensa y no expresada de fumar. En DBT, uno podría sugerir que se necesita un poco de nuevo aprendizaje, en lugar de decir el individuo ha retrocedido.

Establecimiento de prioridades dentro de las clases de objetivos en terapia individual ambulatoria

Como se señaló anteriormente, el psicoterapeuta individual ambulatorio en DBT es el terapeuta principal y, por lo tanto, es responsable de organizar el tratamiento para lograr todos los objetivos primarios del tratamiento. Sin embargo, la selección de las conductas en que se enfocaran dentro de las clases de objetivos, a veces puede ser un desafío para el terapeuta primario. Las jerarquías de conductas dentro de las clases se describen en la Tabla 6.2 y se explican a continuación.

TABLA 6.2. Jerarquías de conductas objetivo dentro de las clases objetivo en terapia individual ambulatoria

Conductas suicidas:

1. Conductas de crisis suicidas.
2. Actos parasuicidas.
3. Urgencias suicidas intrusivas, imágenes y comunicaciones.
4. Ideación suicida, expectativas, respuestas emocionales.

Conductas que interfieren con la terapia:

1. Conductas interferentes del paciente o del terapeuta que puedan destruir la terapia
2. Conductas de interferencia inmediata del paciente o terapeuta.
3. Conductas interferentes de pacientes o terapeutas relacionados funcionalmente con conductas suicidas.
4. Conductas que interfieren con la terapia del paciente similares a las conductas problemáticas fuera de la terapia
5. Falta de progreso en la terapia.

Conductas que interfieren en la calidad de vida:

1. Conductas que provocan crisis inmediatas.
2. Conductas fáciles de cambiar (sobre difíciles de cambiar)
3. Conductas relacionadas con los objetivos de orden superior y con los objetivos de vida del paciente.

Aumentar las habilidades conductuales.

1. Habilidades actualmente enseñadas en entrenamiento de habilidades.
2. Habilidades relacionadas funcionalmente con objetivos de orden superior.
3. Habilidades aún no aprendidas

Disminuyendo las conductas suicidas

La primera tarea del terapeuta individual es evaluar, realizar seguimiento y enfocar el tratamiento en la reducción de las conductas suicidas (consulte el Capítulo 5 para una discusión completa). Sin embargo, la respuesta particular en DBT sobre las conductas de crisis suicidas depende de la probabilidad evaluada del suicidio; la función de la conducta; la evaluación de las capacidades del paciente para cambiar a una resolución de problemas más adaptativa; y, lo más importante, qué conductas el terapeuta está dispuesto

a reforzar. Aunque las conductas de crisis suicidas nunca se ignoran, esto no significa que la respuesta adecuada sea siempre "salvar" al paciente para DBT.

Cuando se producen actos parasuicidas, siempre se discuten en la próxima sesión de psicoterapia individual. La realización de un análisis detallado de la conducta y el posterior análisis de la solución después de cada caso de parasuicidio es un aspecto crucial de la DBT (consulte el Capítulo 9 para obtener una descripción de estas estrategias). La única cosa que tendría prioridad es la conducta de crisis suicida que ocurre durante la sesión. En mi experiencia en la consulta con terapeutas que tratan pacientes suicidas y / o borderline, esta negativa a permitir que se produzca una conducta parasuicida sin supervisión diferencia DBT de muchos otros enfoques de tratamiento de pacientes borderline.

Los pensamientos muy intensos o intrusivos y comunicaciones suicidas se abordan directamente en las sesiones de terapia individual posteriores a su aparición. Sin embargo, a diferencia de las conductas de las crisis suicidas y los actos parasuicidas, la ideación suicida habitual no siempre se aborda directamente cuando ocurre. Hacer eso descartaría la atención a cualquier otra conducta para muchos pacientes límite. En su mayor parte, el supuesto en DBT es que la ideación suicida en curso es un resultado de vidas de baja calidad; por lo tanto, el tratamiento consiste en una atención enfocada a mejorar la calidad de vida (ver más abajo).

Disminuyendo las conductas que interfieren con la terapia

La segunda tarea en el tratamiento individual es lidiar con cualquier conducta que interfiera con el proceso de terapia. Estas conductas se consideran las segundas en importancia. Se viola con la terapia, por ejemplo, cuando se falta 4 semanas consecutivas de terapia programada y por supuesto, otros problemas que amenazan la continuación que tengan prioridad. Lo siguiente en importancia, en este orden:

1. Conductas del paciente o del terapeuta que interfieren con el proceso inmediato de tratamiento (por ejemplo, el paciente no asiste a las sesiones de terapia, permanece mudo en las sesiones o participa en conductas que son tan adversos para el terapeuta que, si no se detienen, resultarán en la terminación de la terapia por parte del terapeuta; el terapeuta hace demandas irrazonables o demasiado rígidas que el paciente no puede cumplir).
2. Conductas del paciente o del terapeuta que están relacionados funcionalmente con conductas de crisis suicidas o actos parasuicidios (p. Ej., El terapeuta está ejerciendo demasiada fuerza, está yendo demasiado rápido o insensiblemente en temas que abruman al paciente y con frecuencia precipitan una crisis suicida; la retractación por parte del paciente del acuerdo para trabajar en la reducción de las conductas suicidas; los temores del paciente de llamar o confiar en el terapeuta antes y después de las conductas parasuicidas; la amenaza de suicidio que causa miedo en el terapeuta y que no reaccione de manera exagerada, y / o la reacción exagerada del terapeuta que refuerza aún más las conductas suicidas).
3. Conductas de los pacientes que reflejan conductas problemáticas fuera de la oficina del terapeuta (observaciones hostiles y exigentes al terapeuta, que simulan las interacciones con familiares cercanos; evitar temas difíciles y problemas similares para evitar la resolución de problemas fuera de la terapia).

Estas conductas problemáticas, ya sean planteadas por el paciente u observadas por el terapeuta, se tratan directamente cuando ocurren. Estas no son ignoradas. Si un paciente participa en múltiples conductas que interfieren con la terapia, el terapeuta puede seleccionar uno o dos para comentar e ignorar

los otros hasta que se haga un progreso en los seleccionados. Uno de los errores más comunes, pero no obstante dañinos, que los terapeutas cometen con pacientes borderline es tolerar las conductas que interfieren con la terapia hasta que es demasiado tarde. Lo que sucede a menudo es que un paciente se involucra en conductas que frustran tanto al terapeuta como a la terapia; el terapeuta no dice nada al respecto directamente; y luego, de repente, el terapeuta golpea su muro de tolerancia, se quema y termina la terapia de manera unilateral. Por lo general, esto se hace de manera que parece que el paciente tiene la culpa o el terapeuta no tuvo otra opción. El paciente se sorprende y le pide una oportunidad para reparar la relación, pero es retirada. Con algunos de nuestros pacientes, esto ha sucedido repetidamente; ¡No es de extrañar que para cuando nos lleguen tengan poca confianza!

La falta de progreso como una conducta que interfiere con la terapia también debe mencionarse aquí. Claramente, si un paciente no está progresando en la terapia, este debe ser un objetivo principal de las interacciones terapéuticas. Si el progreso aún no ocurre, la terapia debe terminarse al final del período contratado. Esa falta de progreso conducirá a la terminación de la terapia y menudo es una nueva contingencia para el paciente. De hecho, el temor central de una paciente borderline es que, si progresa, la terapia terminará. Aclarar este cambio en las contingencias es un tema importante en la orientación inicial de la terapia.

Las preguntas centrales aquí en el tratamiento del paciente límite son estas: ¿Cuánto tiempo debe continuar la terapia sin un progreso perceptible hacia las metas?; la cantidad de regresión conductual que debe esperarse, especialmente cuando el paciente recibe un programa de extinción; ¿Y cómo se debe medir el progreso? Las respuestas a estas preguntas estarán íntimamente ligadas a las teorías del terapeuta sobre el tratamiento, el funcionamiento conductual en general y el TLP en particular. Los pacientes límites, en relación con muchos otros pacientes, a menudo progresan muy lentamente. Por ejemplo, un estudio descubrió que una mejora significativa podría requerir más de 10 años para lograrlo (McGlashen, 1983), a pesar del hecho de que casi la mitad de los pacientes estaban en terapia en el momento del seguimiento. A los 5 años después del diagnóstico, los pacientes borderline suelen permanecer disfuncionales en muchas áreas (Pope et al., 1983). El terapeuta debe equilibrar la tolerancia del progreso lento en la terapia con una apertura a la posibilidad de que la terapia que él o ella está ofreciendo sea simplemente ineficaz.

Desafortunadamente, un paciente a menudo tolera conductas ineficaces o iatrogénicas por parte del terapeuta durante demasiado tiempo. Hemos tenido varios pacientes que se mantuvieron en terapias ineficaces y mostraron un deterioro gradual pero notable de la conducta con el tiempo. Algunos se quedaron con terapeutas por más de 10 a 12 años, y todavía participaban con frecuencia en actos de parasuicida y entraban y salían de los hospitales mensualmente cuando ingresaban a nuestro programa. Otros toleraban a los terapeutas que practicaban conductas sexuales inapropiadas; usaron a los pacientes como terapeutas sustitutos para ellos mismos; se negaron a respetar el conocimiento de los pacientes sobre sí mismos o a modificar el tratamiento de cualquier manera para adaptarse mejor a los pacientes; o interactuaron a la defensiva y "culparon a las víctimas", socavando aún más el sentido de competencia y valor de los pacientes. Estas conductas, si ocurrieran, son un foco principal del tratamiento DBT. Como es de esperar, el tratamiento del terapeuta por parte del grupo supervisor de consulta de DBT a menudo es crucial aquí.

Disminuir las conductas que interfieren en la calidad de vida

El tercer conjunto de objetivos del tratamiento son las conductas inadaptadas que son lo suficientemente graves como para poner en peligro cualquier posibilidad de que el paciente tenga una vida de calidad razonable. No es raro que los pacientes tengan más de una conducta que interfiera con la calidad de vida;

varios pacientes en mi clínica tienen tales problemas en cinco o seis áreas. Las pautas para elegir en cuál de estas conductas trabajar en una sesión de terapia son las siguientes. Primero, las conductas que son inmediatas toman prioridad. Es decir, si el paciente no tiene dinero para comida o vivienda, centrarse en temas financieros tiene prioridad sobre el abuso de sustancias (a menos que, tal vez, el paciente haya pasado toda la semana en desintoxicación). Segundo, los problemas fáciles deben resolverse antes que los problemas difíciles. Esta estrategia está destinada principalmente a aumentar la probabilidad de refuerzo en la resolución de problemas en el paciente. La idea es que, si el paciente adquiere algo de experiencia en la resolución de problemas, será más probable que trabaje activamente para resolver problemas más grandes.

La idea es que, si el paciente adquiere algo de experiencia en la resolución de problemas, será más probable que trabaje activamente para resolver problemas más grandes. En términos generales, el orden de importancia para trabajar en estos tipos de conducta de interferencia (de alta a baja prioridad) es abordar aquellos relacionados funcionalmente con (1) Conductas de crisis suicidas y actos parasuicidas; (2) conductas que interfieren con la terapia; (3) ideación suicida y un sentido de "miseria"; (4) mantenimiento de las ganancias del tratamiento; y (5) otras metas de vida del paciente. Por ejemplo, si el abuso del alcohol es un precursor confiable del parasuicidio, trabajar sobre el abuso de sustancias debe tener prioridad sobre la incapacidad para completar un semestre de la escuela, que puede estar relacionado funcionalmente solo con la ideación del suicidio. Si vivir en la calle está relacionado causalmente con la falta de sesiones de terapia, la búsqueda de una vivienda debe tener prioridad sobre la obtención de un trabajo, lo que puede estar relacionado funcionalmente solo con el mantenimiento de los beneficios del tratamiento. Y así. Una vez más, los principios de conformación determinan el ritmo.

Aumentar las habilidades conductuales

Enseñar habilidades conductuales (atención plena, regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia a la angustia), por un lado, está entrelazado con el éxito en el logro de los primeros tres objetivos, y por otro lado constituye un cuarto objetivo de tratamiento independiente por derecho propio. Si el paciente y el terapeuta tienen éxito en reducir las conductas suicidas, las conductas que interfieren con la terapia y las conductas que interfieren con la calidad de vida, estas conductas deben reemplazarse con algo. Ese "algo", en DBT, consiste en las habilidades conductuales descritas brevemente en el Capítulo 5 y en detalle en el manual complementario de este volumen. El terapeuta debe retirar las conductas disfuncionales del paciente y enseñarle nuevas conductas. En cualquier caso, una cantidad sustancial de energía debe centrarse en el fortalecimiento y la generalización de las habilidades conductuales, de modo que el paciente pueda usar esas habilidades en contextos que previamente provocaron respuestas inadecuadas.

Las incesantes crisis y su dependencia con el estado de ánimo en las pacientes Borderline, así como las intensas reacciones negativas al enfocar las sesiones en las habilidades de enseñanza, pueden hacer muy difícil estructurar la enseñanza de nuevas habilidades conductuales en psicoterapia individual. Estos problemas no pueden ser evitados por completo; de una forma u otra, la enseñanza debe ser cumplida. En mi clínica, todos los pacientes nuevos en psicoterapia individual también participan en un año de entrenamiento de grupo. En esta situación, el terapeuta individual durante el primer año se enfoca principalmente en la aplicación de las habilidades que el paciente está aprendiendo en lugar de la adquisición de nuevas habilidades per se. El objetivo de la terapia individual es integrar estas habilidades en la vida diaria del paciente y aumentar la frecuencia de su uso.

Esta ausencia de un enfoque de adquisición de habilidades en la terapia individual en nuestro programa no es una regla difícil y rápida. Si un paciente necesita una habilidad que aún no se ha cubierto en la parte del entrenamiento de habilidades, entonces el terapeuta individual enseña la habilidad "antes de tiempo", por así decirlo. Además, si el paciente pierde varias sesiones del entrenamiento de habilidades, y los instructores de habilidades (como suele ser el caso) no imparten enseñanza correctiva, el terapeuta individual puede optar por enseñar las habilidades perdidas en la terapia individual. Hacer esto dependerá de las opiniones del terapeuta y del paciente sobre el valor funcional de las habilidades en relación con otros problemas específicos.

En algunas situaciones, el entrenamiento independiente de habilidades puede no ser posible o incluso preferible. El seguro de un paciente puede no pagar por ello; un programa de entrenamiento de habilidades grupales puede no estar funcionando en este momento; los programas de entrenamiento de habilidades disponibles pueden ser inapropiados para el paciente; o el terapeuta puede estar aislado en un entorno en el que no se valora ni se apoya la capacitación independiente. Con pacientes límite que funcionan bien (es decir, aquellos que ingresan a la terapia y ya han pasado la Etapa 1), o aquellos ansiosos por aprender nuevas habilidades y capaces de enfocar la atención en hacerlo, es posible que haya poca necesidad de capacitación de habilidades por separado. Cuando este es el caso, el terapeuta individual puede combinar el entrenamiento de habilidades en la psicoterapia individual. Una vez que se ha logrado un progreso sustancial en el logro de los primeros tres objetivos, el terapeuta debe evaluar si el paciente tiene suficientes habilidades conductuales para hacer frente a la segunda etapa de la terapia, en la que se tratan las respuestas de estrés postraumático residual. La clave a recordar es que el tratamiento para el estrés postraumático es casi siempre traumático en sí mismo, como se señaló anteriormente. La terapia no debe continuar hasta que el terapeuta esté razonablemente seguro de que el paciente tiene al menos las habilidades rudimentarias necesarias para enfrentar ese trauma. Por lo tanto, si la enseñanza de nuevas habilidades conductuales ha sido incidental a otros aspectos de la terapia individual hasta el momento, es posible que el terapeuta en este punto deba programar un período de enfoque intensivo en la adquisición y fortalecimiento de habilidades antes de continuar. En cierto sentido, el terapeuta está llenando los "agujeros de aprendizaje" antes de dar el siguiente paso.

El terapeuta también debe estar alerta ante la reaparición de problemas de la primera etapa (conductas suicidas, que interfieren con la terapia y que interfieren con la calidad de vida) en las etapas posteriores de la terapia. Cuando esto sucede, el enfoque en los problemas de la etapa posterior se suspende momentáneamente y los objetivos de orden superior se vuelven a leer. El tratamiento del estrés postraumático generalmente desaparecerá en la última fase de la terapia, donde el objetivo principal es la remediación de cualquier problema residual con la autoestima.

Reducir el estrés postraumático

El trabajo principal sobre la reducción del estrés postraumático se realiza en la terapia individual, aunque se alienta a algunos a unirse a grupos auxiliares para víctimas de abuso sexual o físico o similares. Durante la segunda etapa del tratamiento, la DBT se centra en el abuso sexual, físico y emocional, y en la negligencia. Esta fase también es el momento de centrarse en cualquier otra experiencia de la primera infancia, como las pérdidas, los "desajustes" u otros traumas relacionados con las respuestas actuales al estrés. Por lo tanto, la segunda fase de la terapia individual generalmente comienza con el "descubrimiento", el procesamiento cognitivo y emocional y la resolución de los eventos patógenos de la infancia. El tratamiento individual usualmente involucra un gran énfasis en la exposición y las estrategias de modificación cognitiva, enfocadas en cambiar las respuestas emocionales de los pacientes a los

estímulos relacionados con el trauma y las reinterpretaciones cognitivas del trauma y las respuestas posteriores del paciente al trauma.

Los cuatro objetivos dentro de esta área objetivo (aceptar los hechos traumáticos reduciendo la estigmatización, la auto-invalidación y la auto-culpa, reduciendo la negación y los patrones de respuesta intrusiva al estrés; y la reducción del pensamiento dicotómico sobre la situación traumática) se han discutido en el Capítulo 5. En el caso ordinario, estos objetivos se trabajan simultáneamente, con un enfoque de sesión dictada por los problemas que surgen durante la exposición a señales traumáticas.

Aumentar la autoestima y alcanzar metas individuales.

Durante la etapa final de la terapia individual, se apunta al amor propio. Dado que las mayores amenazas al respeto de sí mismo del individuo borderline a menudo se originan en el entorno social, el tratamiento en esta etapa se enfoca principalmente en las conductas de auto respeto a medida que ocurren (o no ocurren) en la relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta. La atención a tales conductas requiere un enfoque muy cercano por parte del terapeuta en las interacciones de momento a momento entre el terapeuta y el paciente, así como en las respuestas verbales, emocionales y conductuales manifiestas del paciente. La generalización de los patrones conductuales recién adquiridos en el mundo cotidiano se dirige simultáneamente. El tratamiento en este punto se parece mucho a la psicodinámica y a la terapia centrada en el cliente, aunque las interpretaciones de la conducta ofrecido pueden diferir sustancialmente entre ellos. Se puede encontrar un ajuste aún más estrecho entre la DBT en la Etapa 3 y la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991).

La etapa 3 también es el momento para trabajar en cualquier otro problema residual de la vida del paciente que pueda necesitar asistencia. En este punto, los objetivos se alcanzan en gran medida como los de cualquier terapia. Las preferencias del paciente y las habilidades del terapeuta son las más importantes.

Por ejemplo, he tenido pacientes que trabajan para hacer más amigos, resolver problemas en el trabajo, tomar decisiones sobre su carrera o hacer cambios a lo largo de su vida y aprender a lidiar con el dolor físico crónico. El trabajo del auto-respeto se puede entrelazar dentro de la estructura de trabajo de otros temas.

Uso de los objetivos prioritarios para organizar sesiones

La forma en que se usa una sesión de terapia individual está determinada por las conductas del paciente durante la semana a la sesión y / o durante la sesión en sí. Dos tipos de conducta son relevantes. El primero consiste en las conductas negativas o problemáticas de la paciente, por ejemplo, cometer actos parasuicidas, telefonear demasiado al terapeuta, gastar el dinero del alquiler en ropa, tener flashbacks de abuso sexual infantil o invalidar su propio punto de vista durante la sesión.

El segundo consiste en conductas positivas que indican el progreso del paciente con respecto a una conducta específica, por ejemplo, resistir los fuertes deseos de participar en conductas parasuicidas, llegar a una sesión a tiempo después de haber llegado tarde muchas veces, superar los temores y solicitar un empleo, utilizar conductas hábiles para confrontar a un miembro de la familia, o mantener una opinión frente a la desaprobación. El tiempo de tratamiento está orientado a las conductas actuales; la estructura de la sesión es algo circular, ya que la focalización de los objetivos gira en el tiempo.

La prioridad de una interacción terapéutica determinada está dirigida por la lista jerárquica (consulte la Tabla 6.1). Si se producen conductas parasuicidas o un progreso sustancial en tales conductas

durante una semana en particular, la atención a ellas prevalece sobre la atención a las conductas que interfieren con la terapia. A su vez, un enfoque en las conductas que interfieren con la terapia (tanto los problemas como el progreso) tiene prioridad sobre las conductas que interfieren en la calidad de vida, y así sucesivamente. Aunque a menudo se puede desarrollar más de una conducta objetivo en una sesión de terapia, si el tiempo es corto o el problema es complejo, el objetivo de prioridad más alta siempre tiene prioridad, incluso si esto implica eliminar algún otro problema que el paciente o el terapeuta quieran abordar en una sesión. Por lo tanto, los objetivos del tratamiento y su orden de precedencia determinan en gran medida lo que se habla en las sesiones de terapia. La cantidad de tiempo dedicado a un objetivo en particular, que puede ir desde un simple comentario resaltante por parte del terapeuta hasta una sesión completa dedicada a un análisis exhaustivo, depende de lo válido de la conducta (positiva o negativa) y si se refuerza o no hablar de la conducta. Naturalmente, la idea es reforzar las conductas positivas y retener el refuerzo siguiendo las conductas negativas.

Con respecto a cada objetivo, la tarea clave en la resolución de problemas es obtener (a veces, repetidamente) el compromiso del paciente de trabajar en la conducta objetivo. Cada estrategia de tratamiento en DBT funciona mejor con la cooperación del paciente. Por lo tanto, si el terapeuta está trabajando en un objetivo de conducta sin el compromiso activo del paciente de trabajar en el mismo objetivo, es poco probable que haya un progreso. En mi experiencia, obtener al menos el compromiso inicial rara vez es difícil para las conductas suicidas. Los efectos negativos a largo plazo de la conducta parasuicida y el suicidio son generalmente obvios para los pacientes, y es difícil resistirse con credibilidad al compromiso de reducir tal conducta objetivo. En cualquier caso, mis colegas y yo simplemente no aceptamos pacientes en tratamiento si no están de acuerdo en que el objetivo de la terapia es reducir las conductas suicidas. (Hasta la fecha, solo uno ha sido rechazado por este motivo). Por lo tanto, la retracción del compromiso para trabajar hacia esta meta en un punto posterior se consideraría una conducta que interfiere con la terapia; como tal, sería la segunda en importancia solo para el riesgo de suicidio inminente.

Cualquier conducta que surja que interfiera con la terapia debe ser tratada. El razonamiento que se le da al paciente aquí es que, si se permite que tales conductas continúen, el paciente, el terapeuta o ambos acumularán resentimiento o se extinguirán, y el compromiso de mantener la relación terapéutica disminuirá. Dado que el trabajo terapéutico es el pegamento que une la relación, cualquier conducta que interfiera con ese trabajo interfiere con la relación. Los pacientes límite a menudo han sido dados de baja unilateralmente por uno o más regímenes de terapia. Por lo tanto, el objetivo a desarrollar es mantener una relación de trabajo con su (s) terapeuta (s) y suele ser una idea atractiva, al menos al comienzo de la terapia.

El trabajo en un problema específico implicará una serie de estrategias de tratamiento coordinadas, que se describen en detalle en el resto de este libro. Como mínimo, el terapeuta comenta la aparición del problema conductual o del progreso detectable. Dado que los factores determinantes de los problemas y el progreso varían con el tiempo y el contexto situacional, cada vez que surge un problema en la conducta objetivo o un progreso sustancial, generalmente se realiza un análisis de la conducta. Para una conducta negativa, el terapeuta analiza, a menudo con un detalle insoportable (desde el punto de vista del paciente), lo que condujo a la respuesta problemática. Para una conducta positiva, el terapeuta analiza exactamente cómo se evitó la conducta problemática. Al comienzo de la terapia, la realización de tales análisis puede abarcar sesiones enteras, y poco más. Sin embargo, a medida que la terapia avanza, el tiempo necesario para estos análisis se acorta, y el terapeuta puede pasar a los análisis de solución, que son análisis de cómo el paciente podría haber prevenido (o previno) la conducta problemática. Dichos análisis pueden llevar al

empleo de cualquier número de otras estrategias de tratamiento para remediar problemas funcionalmente relacionados con la conducta del problema específico. Describo cómo trabajar en una conducta objetivo con mucho más detalle cuando discuto las estrategias de tratamiento individuales. Una estrategia completa, la estrategia de focalización, que es una subcategoría de las estrategias estructurales, se refiere a la asignación del tiempo de tratamiento y la atención a diversos objetivos (consulte el Capítulo 14).

Resistencia de los pacientes y los terapeutas al discutir las conductas objetivo

La importancia en DBT de enfocar el tiempo y la atención directamente en las conductas objetivo de acuerdo con la lista jerárquica no se puede exagerar. Es una característica definitoria de la DBT. Sin embargo, desde mi experiencia en la enseñanza y la supervisión de DBT, este aspecto del tratamiento es una de las partes más difíciles para muchos terapeutas. Por lo general, ni un paciente ni un terapeuta quieren enfocar la terapia en objetivos de alta prioridad, por muy buenas razones. La discusión de los temas de alta prioridad a menudo conduce a resultados aversivos tanto para el paciente como para el terapeuta. El terapeuta que trabaja solo, sin apoyo, es muy probable que se desvíe hacia un patrón de apaciguamiento y ataque alternativamente en relación con el tema de abordar estos temas. Cuando este patrón continúa, es probable que la terapia se vuelva tan aversiva que una o ambas partes terminen la relación. Mantener al terapeuta individual enfocado en las conductas de alta prioridad en un enfoque de validación y resolución de problemas es tarea del equipo de consulta de DBT.

Resistencia del paciente

Los pacientes generalmente no quieren discutir sus propias conductas disfuncionales de una manera en que se puedan resolver los problemas. Por ejemplo, nunca he conocido a un paciente al que le guste hablar sobre los actos parasuicidas previos durante las sesiones de terapia individual. Un paciente puede querer discutir el problema que "causó" la conducta o tener conversaciones sinceras sobre sus sentimientos sobre la conducta o los eventos que lo rodean. Sin embargo, en raras ocasiones, la paciente desea discutir en detalle momento a momento, segundo por segundo, los eventos ambientales y conductuales que conducen a un acto parasuicida y luego, generar una lista de conductas que podría sustituir para tal acto la próxima vez. Algunos pacientes no solo no quieren hablar de conductas suicidas; tampoco quieren hablar de nada asociado a ello. A menudo, estos son pacientes con fobia emocional temen hablar de los problemas que los exponga a un efecto negativo abrumador.

Los pacientes límites pueden resistir estas discusiones por cualquier otro motivo. Una vez que se ha producido la conducta parasuicida, los pacientes a menudo "pasan" a nuevos problemas, por así decirlo. Centrar una discusión en la conducta pasada no aborda los problemas actuales que tal vez quieran discutir en una sesión de terapia. A veces, los pacientes borderline se sienten demasiado avergonzados de su conducta parasuicida para soportar discutirlo. O bien, el enfoque analítico de la conducta en DBT puede hacer que los pacientes sientan que su sufrimiento emocional está siendo invalidado. La idea de que otras conductas son posibles se puede interpretar como culpa y crítica, lo que lleva a sentimientos de ansiedad extrema, pánico o enojo hacia el terapeuta. Sin embargo, el punto a recordar aquí es que se requiere una discusión cada vez que se produce una conducta parasuicida entre las sesiones. El incumplimiento de este requisito de tratamiento es una conducta que interfiere con la terapia (al menos cuando la terapia es DBT) y, por lo tanto, debería ser el siguiente tema discutido en la sesión de terapia.

Los pacientes límites tampoco suelen hablar sobre las conductas que interfieren con la terapia, al menos no cuando sus conductas son las que interfieren. Las razones de esta renuencia son a menudo similares a las razones expuestas anteriormente sobre evitar las discusiones sobre las conductas

parasuicidas. Si las conductas que interfieren con la calidad de vida no son temas deseables para discutirlos desde el punto de vista del paciente y esto depende en gran medida de si el paciente está de acuerdo que es un patrón conductual es problemático. Puede esperarse que se resista a tales discusiones. En tales puntos, es importante que el terapeuta esté abierto a la posibilidad de que haya evaluado mal los efectos reales de la conducta en la vida del paciente. Si la conducta no interfiere seriamente con las posibilidades del paciente de construir una vida de alta calidad, entonces la conducta no debe ser pasado por alto en la lista de objetivos. Si bien hay lugar para un verdadero desacuerdo entre el paciente y el terapeuta, a menudo la mejor dirección que puede tomar el terapeuta en tal situación es encontrar la síntesis entre ambos puntos de vista.

Los pacientes también pueden no querer discutir conductas positivas. A veces tienen problemas más apremiantes que discutir; en estos casos, para reforzar la conducta positiva, la preferencia de los pacientes probablemente debería tener prioridad. En otras ocasiones, los pacientes pueden temer que, si se nota el éxito, se esperará más. O los pacientes pueden sentirse incómodos con los elogios porque sienten que no lo merecen. Para muchos, el progreso amenaza la pérdida de la terapia y de la relación terapéutica. Cada uno de estos últimos casos se ve como una conducta que interfiere con la terapia, y por lo tanto debe ser el segundo en prioridad. Como se discutió en el Capítulo 10, controlar el enfoque de las discusiones terapéuticas es una estrategia poderosa para el manejo de contingencias.

Resistencia del terapeuta

Algunos terapeutas encuentran difícil controlar el enfoque de las sesiones, en cualquier caso. Esto es especialmente cierto cuando los terapeutas han sido entrenados en tipos de terapias no directivas. Algunos pacientes pueden hacer que dicho control sea difícil para cualquier terapeuta. Estos pacientes pueden retirarse y negarse a hablar en más de una sesión, responden continuamente a preguntas con "No sé" o "No importa", amenazan con suicidarse, volverse extremadamente agitados o emocionales, o reaccionar en cualquier número de otras formas que los terapeutas encuentran castigadoras. (Todas estas respuestas son ejemplos de conductas que interfieren con la terapia).

Algunos terapeutas no quieren escuchar acerca de las conductas disfuncionales de sus pacientes. Dichos informes pueden amenazar su sentido de competencia o control como terapeutas, o recordarles los problemas de conducta de ellos o de personas cercanas a ellos. Un terapeuta que supervisé me dijo que no le gustaba que nadie escuchara acerca de las conductas "extrañas". Otros terapeutas temen que los pacientes se vuelvan más suicidas si los obligan a hablar sobre temas que no quieren discutir, especialmente sobre la conducta suicida. Todavía otros sienten que los pacientes están sufriendo mucho; ¿Por qué empeorarlo al forzar el tema de discusión? Estas reacciones de los terapeutas se consideran en la DBT como conductas que interfieren con la terapia: Pueden hacer que los pacientes se sientan mejor a corto plazo, pero el cambio a largo plazo requiere que las conductas problemáticas de alta prioridad de los pacientes se traten directamente.

Curiosamente, muchos terapeutas también son reacios a hablar con los pacientes acerca de las conductas que interfieren con la terapia. En mi experiencia de supervisión, muchos terapeutas postergan la discusión con los pacientes de tales conductas hasta que se queman y es demasiado tarde. Los problemas se plantean en la supervisión. En general, estos terapeutas parecen creer que las respuestas "no terapéuticas" (por ejemplo, sentimientos de ira, agotamiento, renuencia a continuar el tratamiento) a los pacientes son indicaciones de sus propias insuficiencias. Por el contrario, la DBT aborda tales respuestas como indicaciones de que hay problemas en la relación terapéutica, es decir, se están produciendo conductas que interfieren con la terapia. Con muy pocas excepciones, tales problemas se discuten con los

pacientes de una manera directa y de resolución de problemas. Se dice más sobre este tema en los capítulos 9 y 15. Al igual que los pacientes, los terapeutas a menudo tampoco quieren discutir o trabajar en sus propias conductas de interferencia con la terapia. De hecho, algunos terapeutas son muy expertos en convertir las quejas de los pacientes sobre su propia conducta en discusiones sobre: demandas excesivas, sensibilidad excesiva o cosas similares de parte del paciente.

Objetivos de la terapia individual y las tarjetas de diario

¿Cómo llega un terapeuta a conocer las conductas parasuicidas y otras conductas que se producen entre las sesiones? Ciertamente, el terapeuta puede preguntar. Esto es algo simple de hacer cuando las conductas negativas de alta prioridad ocurren con frecuencia o las conductas positivas ocurren con poca frecuencia. Por ejemplo, si una persona ingresa a la terapia cortándose diariamente y desea ayuda para detenerlo, es fácil para el terapeuta preguntar sobre la automutilación al comienzo de cada sesión. Sin embargo, según mi experiencia, al terapeuta le resulta cada vez más difícil preguntar sobre este tipo de conducta después de que no haya ocurrido durante varias semanas o meses. Del mismo modo, si el consumo de drogas o alcohol no es un problema en este momento, el terapeuta puede sentirse incómodo o tonto al preguntar todas las semanas sobre eso. Si el enfoque es un mayor uso de las habilidades conductuales, pero el paciente está aplicando diligentemente esas habilidades semana tras semana, puede ser difícil solicitar un informe del progreso cada semana. Pero, según mi experiencia., es muy poco probable que los problemas con las drogas y el alcohol se notifiquen de forma espontánea. La conducta parasuicida puede o no reportarse, dependiendo de si la función del acto es la comunicación con el terapeuta. Y una vez que la paciente se olvida de trabajar en la aplicación de habilidades conductuales, es poco probable que le informe al terapeuta ese problema.

La solución más fácil a estas dificultades es hacer que el paciente llene una tarjeta diariamente cada semana para obtener información diaria sobre las conductas relevantes. La parte frontal de una tarjeta de diario de DBT se muestra en la Figura 6.1. Como puede verse, se obtiene información sobre el tipo y la cantidad de alcohol ingerido cada día; tipos y cantidades de medicamentos recetados, cuanto tomo, como las obtuvo; el grado de ideación suicida, el grado de miseria, el grado de urgencia para cometer actos parasuicidas y ocurrencia de tales actos. También se obtiene una calificación por la cantidad de práctica de habilidades conductuales cada día. La tarjeta se puede usar para una variedad de propósitos, pero un propósito importante es obtener información sobre las conductas específicos que se han producido durante la semana anterior. Si la tarjeta indica que se ha producido un acto parasuicida, se anota y se discute. Si se indica una ideación suicida muy alta, se evalúa para determinar si el paciente tiene un alto riesgo de suicidio. Si aparece un patrón de consumo excesivo de alcohol o drogas, se discute (como una conducta que interfiere en la calidad de vida). La falta de toma de medicamentos recetados puede ser una conducta que interfiere con la terapia. Si la tarjeta no se trae o no se llena de manera adecuada, esto constituye una conducta que interfiere con la terapia y, por supuesto, se discute como tal. Finalmente, hay columnas en blanco para registrar cualquier otra conducta que el paciente y el terapeuta puedan decidir. Generalmente, al menos al comienzo de la terapia, estas columnas se usan para registrar otras conductas que interfieren en la calidad de vida. Por ejemplo, he tenido pacientes que registraron horas por día en el trabajo, horas por día fantaseando, episodios bulímicos, cantidad de ejercicio, cantidad de impulsos para evitar situaciones a las que se resisten y cantidad de experiencias disociativas.

Los pacientes llenan las tarjetas del diario durante al menos las dos primeras etapas de la terapia. A medida que se resuelven los problemas de los actos parasuicidas y el abuso de sustancias, los pacientes generalmente se resisten a continuar llenando las tarjetas. Sin embargo, dado que existe una alta probabilidad de que estas conductas regresen durante el trabajo en situaciones de estrés postraumático, las

tarjetas de diario no deben detenerse hasta la tercera fase. En ese punto, la continuación es una cuestión de negociación entre el paciente y el terapeuta. Esto no quiere decir que una buena cantidad de negociación no tenga lugar durante el final de la primera fase y durante la segunda fase de la terapia. A medida que los pacientes aprenden más habilidades de afirmación, se puede esperar que usen estas habilidades en la terapia con mayor frecuencia. Las tarjetas de diario proporcionan un vehículo casi perfecto para esta práctica. Tengo un paciente que, en principio, se niega a llenar tarjetas de diario cuando estoy fuera de la ciudad. Ella piensa que, si estoy de vacaciones, también se le debe permitir ir de vacaciones. Esto me parece razonable.

TARJETA DIARIA

Nombres y Apellidos:	Fecha de inicio:
-----------------------------	-------------------------

FECHA	ALCOHOL		MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE		MEDICAMENTOS PRESCRITOS		DROGAS ILICITAS		IDEACION SUICIDA (0-5)	SUFRIMIENTO TRISTEZA (0-5)	AUTOLESIONES						USO DE HABILIDADES (0-7) *
	Nº	ESPECIFICAR	Nº	ESPECIFICAR	Nº	ESPECIFICAR	Nº	ESPECIFICAR			DESEO (0-5)	ACCCION (SI o NO)					
Lunes																	
Martes																	
Miércoles																	
Jueves																	
Viernes																	
Sábado																	
Domingo																	

0 = No lo pensé o no lo use.	3 = Lo intente, pero no pude usarlos.	6 = No lo intenté, los usé, no ayudó
1 = Lo pensé, no lo utilice, no quería.	4 = Lo intente, pude hacerlo pero no lo hice.	7 = No lo intenté, los usé, ayudó
2 = Lo pensé, no lo utilice, si quería.	5 = Lo intente, pude usarlo, ayudo.	

Grupos de apoyo para los procesos: Jerarquía de objetivos

A diferencia de la capacitación en habilidades, donde se presta poca atención directa a los problemas del proceso, la terapia de los grupos de apoyo para los procesos en DBT utiliza las conductas que ocurren durante las reuniones de grupo, como vehículo para el cambio. Por lo tanto, los objetivos principales son las conductas en sesión que ejemplifican de alguna manera los problemas que cada paciente tiene fuera de las reuniones de grupo. Esta comparabilidad es crucial para que la terapia sea efectiva. Enseñar a los pacientes a comportarse como buenos miembros del grupo cuando esas mismas conductas no son funcionales en su vida cotidiana les hace un mal servicio. Debido a que la agenda en los grupos de proceso está mucho menos controlada por los terapeutas de grupo que en cualquier otro modo de DBT, la jerarquía de objetivos se respeta de manera menos rígida. Sin embargo, al orientar a los pacientes haciendo comentarios y preguntas durante la sesión, los terapeutas pueden tener cierta influencia en el enfoque terapéutico y en qué conductas se refuerzan.

La jerarquía de los objetivos del grupo de procesos se describe en la Tabla 6.4. La clase objetivo más importante es la de las conductas que interfieren con la terapia (por ejemplo, no asistir a las sesiones, llegar tarde, faltar por razones sin importancia, no mantener acuerdos, violar las reglas del grupo, retirarse, atacar a otros, etc.). En los grupos individuales de entrenamiento de habilidades y DBT, los terapeutas son los principales responsables de abordar estos problemas. En el grupo de proceso, las conductas que interfieren con la terapia de los miembros del grupo o interfiere con los terapeutas de grupo, son una oportunidad para que los pacientes trabajen el uso y fortalecimiento del segundo y más importante de los objetivos de las habilidades interpersonales, que es la resolución de situaciones de conflicto. La tercera clase objetivo incluye cualquier otro patrón de conducta exhibido en interacciones grupales que, interfiera (conductas a disminuir) o mejore (conductas a aumentar) la calidad de vida de un paciente en particular. Dos puntos deben ser atendidos. Primero, se enfoque en las conductas que aparecen dentro de la sesión de terapia, no en eventos o conductas externas. Segundo, las conductas inhibidas o reforzados, castigadas o extinguidas son específicas o particulares para cada paciente. Es decir, no todos los objetivos tienen necesariamente la misma importancia para cada paciente.

TABLA 6.5. La jerarquía de objetivos primarios para llamadas telefónicas

Llamadas al terapeuta individual:

1. Disminuir las conductas de crisis suicidas.
2. Incrementar la generalización de las habilidades conductuales.
3. Disminución de la sensación de conflicto, alienación y distancia del terapeuta.

Llamadas al entrenador de habilidades u otros terapeutas:

1. Disminuir las conductas que pueden destruir la terapia

Llamadas telefónicas: Jerarquía de objetivos

Los objetivos de las conversaciones telefónicas con un paciente dependen de si se realiza una llamada al terapeuta principal o a un entrenador de habilidades o a un terapeuta auxiliar. La jerarquía de objetivos se describe en la Tabla 6.5.

Llamadas al terapeuta primario

Las llamadas telefónicas entre sesiones al terapeuta primario se recomiendan en DBT. (Un terapeuta que está preocupado por recibir demasiadas llamadas, debe recordar que la llamada de un paciente con demasiada frecuencia se considera una conducta que interfiere con la terapia) Para comprender la jerarquía del objetivo de las llamadas telefónicas, el terapeuta principal debe recordar las tres razones por las cuales DBT favorece las llamadas telefónicas. Primero, para la persona que tiene dificultades en pedir ayuda directamente, y en lugar de eso, intenta suicidarse como un "grito de ayuda" o, de lo contrario, sufre consecuencias adversas como resultado de su dificultad, el mero hecho de llamar por teléfono es la práctica para cambiar esta conducta disfuncional. Ofrece al terapeuta una vía para intervenir y detener la conducta suicida.

En segundo lugar, un paciente a menudo necesita ayuda para generalizar las habilidades conductuales de DBT a su vida diaria. En una llamada telefónica se puede obtener el entrenamiento necesario para una generalización exitosa. En DBT, el terapeuta principal es muy parecido a un entrenador de baloncesto de la escuela secundaria. Las sesiones de psicoterapia individual son como las sesiones de práctica diarias después de la escuela donde se enseñan los fundamentos y se presta atención a desarrollar las habilidades básicas para el juego. Las llamadas telefónicas, en contraste, son como la interacción del entrenador con los miembros del equipo durante un juego competitivo real. El entrenador ayuda a los miembros del equipo a recordar y aplicar lo que han aprendido durante las sesiones de práctica semanales. En los deportes, es inconcebible que un entrenador se rehúse a ir a los juegos y ayudar a los miembros del equipo. Ningún entrenador sugeriría que esto no es parte del trabajo, que ayudar a los jugadores durante los juegos los hace dependientes, o que pedir consejo durante el juego es un ataque hostil al entrenador.

En tercer lugar, cuando surgen conflictos o crisis interpersonales en una relación íntima, no parece razonable que la persona con dificultades tenga que esperar un tiempo arbitrario, establecido por la otra persona, para resolver las crisis. Las llamadas telefónicas en estos casos ofrecen la oportunidad de aumentar el vínculo interpersonal entre el paciente y el terapeuta, pero también ofrecen la oportunidad de igualar la distribución de poder en la terapia. Como lo dirían otras perspectivas terapéuticas, tales llamadas "empoderan" al paciente.

Estas tres razones para las llamadas telefónicas dictan los objetivos de dichas llamadas. Por orden de importancia, estos son los siguientes: (1) disminuir las conductas de crisis suicidas; (2) aumentar la aplicación de habilidades a la vida cotidiana; y (3) resolver crisis interpersonales, alienación o un sentido de distancia entre el paciente y el terapeuta. Al igual que en otras interacciones con un paciente límite, a veces puede ser extremadamente difícil para el terapeuta mantener una sesión telefónica en curso. Con respecto a las conductas de crisis suicidas, el enfoque principal es evaluar el riesgo y usar un enfoque de resolución

de problemas para identificar conductas alternativas. En general, tal resolución de problemas conducirá a una discusión sobre cómo el paciente puede aplicar las habilidades conductuales de DBT a la situación actual. O, si el problema es la relación con el terapeuta, puede surgir una discusión de esto. Sin embargo, mantener al paciente vivo en una crisis generalmente tiene prioridad sobre otros objetivos.

Con respecto a la generalización de habilidades, el comentario modal del terapeuta de DBT en una llamada telefónica es "¿Qué habilidades podrías usar en este caso?" Por lo tanto, el terapeuta mantiene incansablemente el enfoque en cómo el paciente puede usar sus habilidades para enfrentar el problema actual hasta que tenga otra sesión. Al menos al comienzo del tratamiento, el objetivo principal es lograr que el paciente utilice las habilidades de tolerancia a la angustia (incluida la supervivencia en crisis). Analizar la crisis actual y generar soluciones es un foco de las sesiones de terapia, pero no de las sesiones telefónicas; resolver el problema o la crisis definitivamente no es el objetivo de las sesiones telefónicas. Es crucial que el terapeuta recuerde y atienda este punto, ya que la resolución del problema suele ser el objetivo principal del paciente durante la llamada telefónica.

Un paciente límite a menudo se siente enojado, alienado o distante de su terapeuta; las sesiones de terapia frecuentemente provocan estos sentimientos. Sin embargo, este tipo de paciente también suele tener reacciones retardadas a las interacciones con el terapeuta. Por lo tanto, las emociones de enojo, tristeza, alienación u otra angustia pueden no ocurrir hasta algún tiempo después de una interacción. Llamar al terapeuta es apropiado en esta situación. El objetivo de estas llamadas, desde el punto de vista DBT, es una disminución en el sentido de alienación o distancia del terapeuta por parte del paciente. La dificultad para el terapeuta es ayudar al paciente con este problema, mientras no refuerza las conductas disfuncionales al mismo tiempo. Discuto este tema con mucho mayor detalle en el Capítulo 15. Al comienzo de la terapia, las interacciones telefónicas no solo pueden ser frecuentes, sino que también pueden durar bastante tiempo. Las estrategias terapéuticas de observar los límites, discutidas en el Capítulo 10, pueden ser especialmente críticas aquí sino el terapeuta se quema. A medida que la terapia avanza y aumenta la confianza en la relación, tanto la frecuencia como la duración de las llamadas deberían disminuir.

Llamadas a formadores de habilidades y otros terapeutas

Si bien el capacitador de habilidades parece ser la persona lógica para pedir ayuda en la aplicación de habilidades conductuales, en DBT, la capacitación de habilidades se realiza en grupos, y el paciente debe llamar al terapeuta individual para la aplicación. En general, el terapeuta individual tendrá una mejor apreciación de las capacidades y limitaciones actuales del paciente y, por lo tanto, estará en una mejor posición para requerir y reforzar "una mejora notable". En otras configuraciones, esta limitación en las llamadas telefónicas y en los contactos auxiliares puede no ser necesaria. Por ejemplo, si se usa un modelo de entrenamiento de habilidades individual, puede tener sentido que el paciente pueda llamar al entrenador de habilidades para que le ayude a aplicar habilidades conductuales específicas fuera de las sesiones de tratamiento. Si se usa el tratamiento de medio ambiente, como es típico en los entornos de tratamiento de día y de hospitalización, las consultas de ayuda para la generalización de habilidades lo pueden dirigir el personal del entorno. En estos casos, el segundo objetivo es la aplicación de habilidades a la vida cotidiana.

En mi programa, el único propósito de una llamada desde el punto de vista del capacitador de habilidades es mantener al paciente en entrenamiento de habilidades, es decir, disminuir cualquier conducta que amenace la continuación de la terapia. Obviamente, mantener al paciente vivo es útil para lograr este objetivo. Una posición similar es adoptada por otros terapeutas en el programa DBT, incluida el director del programa. El único enfoque apropiado es sobre aquellos problemas que amenazan la continuación del paciente en el programa. Todos los demás problemas son manejados por el terapeuta individual.

Si un paciente llama al entrenador de habilidades o a cualquier otro terapeuta, incluido el director del programa o la unidad, para obtener ayuda en una crisis o para aplicar habilidades a una situación, ese terapeuta la remitirá a su terapeuta individual y ayudará al paciente con habilidades de tolerancia a la angustia hasta que su terapeuta esté disponible. Si el paciente está en peligro inmediato de suicidio, el terapeuta hace lo necesario para garantizar la seguridad del paciente y luego le entrega los problemas al terapeuta individual. Se proporciona una discusión más detallada de estos puntos en el manual de capacitación sobre habilidades que se acompaña.

Comportamientos objetivos y enfoque de sesión:

¿Quién está en control?

Cuando el paciente no quiere hablar sobre conductas objetivo de alta prioridad, el terapeuta se enfrenta a controlar el enfoque de la terapia en contra de los deseos del paciente. DBT requiere que el terapeuta se adhiera resueltamente a la jerarquía en el tipo particular de sesión que se lleva a cabo. Aunque a veces ese enfoque puede crear una lucha de poder que desvía la atención a otros problemas apremiantes, este no es el caso. El terapeuta debe recordar y atender una serie de puntos. Lo más importante es que el terapeuta debe creer en atender directamente las conductas de alta prioridad. Es decir, el terapeuta debe creer en el valor de aplicar enfoques de resolución de problemas a tales conductas. Claramente, el paciente no cree en este enfoque, y con frecuencia castiga la persistencia y refuerza el pasar a otros temas. Si el terapeuta tampoco cree en enfrentar las conductas problemáticas directamente, es muy difícil resistir la presión del paciente para atender otros temas. La solución aquí es que el terapeuta mantenga un enfoque decidido en la ganancia a largo plazo en lugar de la paz a corto plazo durante la sesión (es decir, el terapeuta practica las estrategias de supervivencia en crisis que fueron enseñadas al paciente en el módulo de capacitación de habilidades de tolerancia a la angustia).

Si bien las conductas de alta prioridad no tienen que ser los primeros temas tratados durante una sesión, no se pueden ignorar. Si el terapeuta acepta discutir algo más que estas conductas, él o ella puede, sin saberlo, reforzar las conductas de evitación; al insistir en discutir las conductas de alta prioridad, el terapeuta está extinguiendo las conductas de evitación. En ocasiones, un paciente responderá a la insistencia del terapeuta retirándose, negándose a hablar, atacando al terapeuta o la terapia, u otras conductas que puedan describirse libremente como "lanzar una rabieta conductual." Si estas conductas funcionan, es decir, si el terapeuta está disuadido de discutir las conductas de alta prioridad con estas respuestas del paciente, el terapeuta recompensa el estilo de conductas resistentes a menudo disfuncionales del paciente. Es muy parecido a tratar de ayudar a una persona perdida en una tormenta de nieve que tiene hipotermia y quiere recostarse y dormir. Un buen amigo hará lo

que sea necesario para mantener en movimiento a la víctima de hipotermia. (Esta metáfora puede ser útil para obtener la cooperación del paciente reacio).

Tal como lo analizo con más detalle en el Capítulo 10, la clave aquí es la combinación de no romper y desapegar con una calma igualmente inquebrantable. La calma, en este caso, puede consistir en orientar al paciente a la importancia de discutir las conductas de alta prioridad, recordarle a la paciente su compromiso de trabajar en las conductas, comprometiendo tanto el tiempo como la cantidad de tiempo dedicado a temas no deseados y validando sus dificultades con tal enfoque. El no desapego inquebrantable significa continuar con los análisis de conducta y solución, tomar cada respuesta del paciente al pie de la letra y mantenerse en el camino, pero todo mientras responde con calidez y atención. En mi experiencia, una vez que un paciente aprende las reglas y sabe que, sin excepción, el terapeuta no evitará comportamientos de alta prioridad en la terapia, sucede una de dos cosas: O el paciente progresa lo suficiente en las conductas que no es necesario discutir, o coopera con las pautas terapéuticas.

Modificación de jerarquías de destino en otras configuraciones

No hay una razón a priori por la que los objetivos o divisiones particulares de los objetivos descritos anteriormente deben ser invariantes. Las jerarquías descritas aquí han funcionado bien en un entorno de tratamiento ambulatorio; sin embargo, en otros entornos de tratamiento, se pueden indicar modificaciones en las divisiones de objetivos y ordenamientos de importancia. Cualquier programa que desarrolle planes de tratamiento con objetivos de conducta específicos es compatible con un enfoque DBT. Sin embargo, en muchos entornos, los objetivos del tratamiento serán necesariamente mucho más limitados que en el programa completo de DBT, aunque la reducción del riesgo de suicidio y la reducción de las conductas destructivas de la terapia deben ser objetivos primarios en cualquier entorno.

Responsabilidad en la disminución de las conductas suicidas

En mi opinión, el terapeuta principal siempre debe dar prioridad a la reducción de las conductas suicidas, incluido el acto parasuicida. Es decir, este objetivo no puede ser minimizado o ignorado por el terapeuta principal. En una unidad aguda, la persona cuya responsabilidad principal es ayudar al paciente a disminuir las conductas suicidas puede ser la persona de contacto o cualquier otra persona que esté razonablemente familiarizada con el paciente. Debido a la naturaleza a corto plazo de una unidad aguda, la persona designada puede ser quien cumpla un rol particular en lugar de un individuo específico. Por ejemplo, la persona de contacto principal puede cambiar todos los días, o puede permanecer igual todos los días, pero cambiar con cada turno. Si el terapeuta ambulatorio de la persona también es su terapeuta asistente en la unidad de pacientes hospitalizados, ese terapeuta es la persona ideal. En el tratamiento diurno, la persona designada puede ser el administrador de casos. El punto aquí es que si la conducta suicida ocurre o hay una amenaza mientras la persona recibe tratamiento en el entorno, las estrategias de tratamiento DBT se enfocan directamente en la conducta que debe ser vista por alguien. Tal conducta no debe ser ignorado.

En mi clínica, el psicoterapeuta individual es la única persona que se dirige directamente a reducir las conductas suicidas. Todos los demás miembros del equipo de tratamiento hacen lo mínimo necesario para mantener vivo al paciente. Además, pueden

utilizar las crisis suicidas o actos parasuicidas como oportunidades para ayudar al paciente con la implementación de habilidades (por ejemplo, tolerancia al estrés en lugar de actividad parasuicida hasta que pueda ver a su contacto individual). De lo contrario, todos los miembros del equipo de tratamiento envían al paciente al psicoterapeuta individual para un trabajo extenso sobre la conducta suicida, incluido el manejo de crisis.

Otros que utilizan DBT han desarrollado diferentes sistemas. Por ejemplo, todos los terapeutas del medio ambiente (enfermeras, técnicos de salud mental, etc.) pueden responder a la conducta suicida o parasuicida con la aplicación inmediata de estrategias de resolución de problemas. Si las reuniones de la comunidad con el personal y el paciente forman parte del tratamiento, toda la unidad puede tener como objetivo los episodios de actos parasuicidas. La revisión de los análisis de conducta y solución (ver Capítulo 9) de cualquier actividad parasuicida esa semana, por ejemplo, puede ser parte de la agenda semanal. En las sesiones de grupo de proceso que siguen la conducta parasuicida, todo el grupo puede ayudar en dichos análisis. Incluso si los objetivos se mantienen completamente como lo describí anteriormente para pacientes ambulatorias con DBT, quién es responsable de cuáles objetivos variarán según la ubicación y la configuración del tratamiento. En principio, no hay nada en la DBT que prohíba estos cambios si cada segmento del equipo de tratamiento tiene una comprensión clara y específica de sus objetivos, sus límites y sus reglas. El principio más relevante aquí, como se discute en los Capítulos 10 y 15, es aplicar estrategias de cambio que no refuercen simultáneamente las conductas que la terapia pretende reducir.

Responsabilidad de otros objetivos

Dependiendo de la configuración y la duración del tratamiento disponible, los objetivos del tratamiento pueden ser una combinación de objetivos generales para todos los pacientes en el entorno (por ejemplo, el aumento de las habilidades enseñadas en grupos en los que todos participan) y los objetivos individualizados desarrollados para cada paciente. Por ejemplo, cada paciente puede tener su propio conjunto de conductas que interfieren con la calidad de vida. En mi experiencia, una conducta importante que interfiere con la calidad de vida que puede ser útil para el tratamiento en unidades de pacientes hospitalizados agudos es la pasividad activa con respecto a encontrar viviendas asequibles o hacer frente a otras situaciones de crisis. Debido a que las conductas suicidas pueden repetirse como resultado de los intentos iniciales para tratar el estrés postraumático debido al abuso sexual, especialmente cuando la estrategia de tratamiento implica la exposición a señales de estrés, una unidad de paciente hospitalizado suele ser un entorno ideal para al menos gran parte del trabajo inicial en este objetivo. Por supuesto, un entorno estructurado de abuso de sustancias tendrá como objetivo principal la disminución del abuso de sustancias. Muchos entornos distintos de la terapia ambulatoria también se dirigen a algunas variaciones de las habilidades conductuales enseñadas en DBT. No es inusual, por ejemplo, tener clases y grupos de habilidades para la vida para enseñar asertividad, habilidades cognitivas para reducir la depresión, el manejo de la ira, etc.

Especificación de objetivos para otros modos de tratamiento

Como he dicho, los modos DBT en mi clínica incluyen psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades grupales, terapia grupal de procesos de apoyo, llamadas telefónicas y consultas de casos con terapeutas. En algunos entornos, sin embargo, otros

modos de tratamiento pueden ser muy importantes. Por ejemplo, en las unidades de tratamiento ambulatorio y de día, hay un modo de tratamiento en el medio. Las reuniones de la comunidad paciente-personal constituyen otro modo. La consejería vocacional, el "bienestar" o las clases de ejercicios, las clases de la escuela secundaria y otros pueden ser modos importantes de tratamiento en algunos entornos. En entornos comunitarios de salud mental, la administración de casos, el alcance de la crisis y la administración de la sala de emergencias suelen ser modos importantes. La idea esencial aquí es que, independientemente del modo de tratamiento que se proporcione, es imperativo enumerar claramente y poner en orden los objetivos de cada modo. Esto no significa que no pueda haber superposición entre los modos. Por ejemplo, tanto el alcance de la crisis como el manejo de la sala de emergencias pueden apuntar a reducir las conductas de crisis suicida inmediatas y, en segundo lugar, la generalización de habilidades.

En una unidad hospitalaria a largo plazo, dirigida por Charles Swenson en Cornell Medical Center / New York Hospital en White Plains, los grupos de capacitación en habilidades DBT son una parte regular de la terapia. Además, se ha designado un consultor de habilidades de la unidad (un nuevo modo de tratamiento). Este consultor tiene horarios de atención diarios y los pacientes pueden acudir a él con preguntas y problemas relacionados con la aplicación de sus nuevas habilidades en la vida diaria en el hospital. Por lo tanto, la generalización de las habilidades conductuales es el objetivo principal para el consultor, en lugar de ser el objetivo del psicoterapeuta individual. Este enfoque puede ser particularmente útil cuando los psicoterapeutas individuales no proporcionan DBT por sí mismos.

Sin embargo, DBT se está aplicando cada vez más y se configura según el entorno. El éxito de la aplicación en un entorno de este tipo está estrechamente relacionado con la capacidad de la unidad para pensar claramente sobre los objetivos conductuales del entorno y para organizar estrategias de tratamiento DBT para abordar estos objetivos. La lista jerárquica de objetivos para las interacciones del entorno podría ser la siguiente: (1) prevención del acto parasuicidio y el suicidio; (2) conductas de desintegración que interfieren con la unidad y la cohesión; (3) aumentar la generalización de las habilidades conductuales DBT a las interacciones en la unidad; y (4) disminuir las conductas que interfieren en la calidad de vida y aumentar las conductas que mejoran la calidad de vida a medida que estas conductas ocurren en la unidad.

Los límites de una unidad de pacientes hospitalizados con respecto a las conductas suicidas y que interfieren con la terapia pueden ser muy diferentes de los de un psicoterapeuta individual. El control absoluto de su conducta puede ser más importante, aunque solo sea porque la sociedad espera que la conducta se controle en ese entorno. Por lo tanto, los miembros del personal del entorno pueden desarrollar reglas y contingencias para la conducta que difiera con las establecidas por los psicoterapeutas individuales. Estas reglas pueden reflejar la necesidad del personal del entorno para orientar el bienestar de toda la unidad, así como el de cada paciente individual. Es más que probable que se necesite un conjunto más preciso y específico por el contexto, de conductas que interfieran con la terapia para ayudar a los miembros del personal a identificar con precisión cuándo están ocurriendo estas conductas (ya sea por parte del personal o de los pacientes). En un entorno hospitalario a largo plazo, el entorno puede tener la responsabilidad principal de aumentar la generalización de habilidades. En tal entorno, un paciente puede llamar más apropiadamente al personal del

entorno que a su psicoterapeuta individual. Al igual que en la terapia grupal de procesos de apoyo, el valor de este enfoque depende en gran medida de la similitud entre las conductas que funcionan en la unidad y las conductas que funcionan en el mundo exterior. Enseñar a un paciente a ser un buen paciente no es en sí mismo un objetivo muy útil para el individuo límite. De hecho, en mi experiencia, muchas personas límite hacen este papel muy bien.

En el medio ambiente y en otros entornos institucionales, habrá al menos un líder organizativo y, a veces, muchos más. En tales entornos, los objetivos de tratamiento de estos individuos deben especificarse. Por lo general, serán responsables de la observación de los límites de la unidad o de la organización por parte de los pacientes y los terapeutas. También son generalmente responsables de las conductas de los terapeutas; por lo tanto, se dirigen a la entrega de DBT por los terapeutas.

Conflictos con respecto a las responsabilidades de los objetivos

Como he discutido en el Capítulo 4, el modo DBT para el terapeuta es la reunión semanal de consulta / supervisión de casos. En mi experiencia, si esto es bien atendido y si todo el equipo de tratamiento acepta el espíritu de DBT y su marco dialéctico, surge un pequeño conflicto acerca de las responsabilidades específicas. La clave de esta cooperación es la claridad sobre qué objetivos de tratamiento son específicos en cada modo de tratamiento, así como la claridad sobre la jerarquía de los objetivos en cada modo de tratamiento. Por ejemplo, en el DBT estándar que se entrega en mi clínica, los capacitadores de habilidades deben entender claramente que la disminución de las conductas suicidas de alto riesgo y actos parasuicidas no es su objetivo prioritario; más bien, es la del terapeuta principal. Por lo tanto, cuando tal conducta es una amenaza, un capacitador de habilidades llama al paciente o lo remite a su terapeuta principal, en lugar de elaborar un trabajo en daños o enviar al paciente al hospital. Un segundo componente de la cooperación, como analizo en el Capítulo 13, es la filosofía de DBT de que los miembros del equipo no tienen que estar de acuerdo, decir lo mismo a los pacientes o ser particularmente coherentes con los pacientes. Por lo tanto, si dos miembros del equipo se enfocan en enseñar habilidades interpersonales y enseñan conductas opuestas, es responsabilidad del paciente (con la ayuda del terapeuta principal, si es necesario), determinar qué aprender y qué descartar. Un tercer aspecto de mantener al equipo en la pista es el respeto mutuo entre los miembros del equipo. Las estrategias dialécticas y de resolución de problemas se aplican cuando surgen conflictos. Sin embargo, la actitud defensiva y las actitudes críticas pueden descarrilar rápidamente tales esfuerzos.

En contraste, el uso de los pacientes del tratamiento auxiliar está plagado de posibilidades de conflicto. Un psicólogo consultado para un trabajo conductual de un problema específico, por ejemplo, la desensibilización del miedo a volar, puede ampliar el tratamiento para atacar los temores generales y los problemas de pasividad y evitación. Un farmacéutico puede decidir que se requiere otro modo de tratamiento para la depresión o la ideación suicida (por ejemplo, hospitalización), sin remitir a la paciente a su terapeuta principal. Un miembro del personal del hospital para pacientes hospitalizados puede desarrollar un plan de tratamiento completamente diferente y enviar al paciente a un nuevo terapeuta ambulatorio. Aunque DBT busca controlar las prioridades de tratamiento del equipo de DBT, no tiene una agenda necesaria para influir directamente en las prioridades de tratamiento de los terapeutas auxiliares. Aquí se utiliza el enfoque de consulta con el paciente,

que pone la carga de influencia sobre el paciente. Discuto esto mucho más extensamente en el Capítulo 13.

Comentarios concluyentes

La estructura de la terapia en DBT requiere dos cosas: una etapa de comprensión clara de la terapia en la que se encuentra un paciente y una comprensión clara de los objetivos específicos con este paciente específico y de cómo esos objetivos se relacionan con el cuadro de tratamiento total. Incluso cuando usted es el único terapeuta de un paciente, debe comprender sus objetivos y aclararlos durante cada interacción con el paciente. Una vez que haya alcanzado esta claridad, debe seguir las pautas de tratamiento. Este es el aspecto del tratamiento que ha demostrado ser el más difícil para muchos terapeutas. Probablemente sea imposible seguir las pautas de tratamiento en este capítulo a menos que crea firmemente en ellas. Una vez que usted cree en ellos, debe adoptar una postura protectora hacia el paciente y no estar dispuesto a permitir el dolor y la disfunción continuos. Como dijo uno de mis alumnos acerca de hacer DBT, debes ser "calurosamente despiadado" en tu determinación de ayudar al cambio del paciente. También ayuda (si tiene una mentalidad empírica) recordar los datos empíricos sobre la eficacia del tratamiento.

7

Estrategias Dialécticas

Marsha Linehan

Las estrategias de tratamiento DBT son actividades coordinadas, tácticas y procedimientos que el terapeuta emplea para alcanzar los objetivos del tratamiento descriptos en los Capítulos 5 y 6. Las estrategias también definen cuál es el rol y el foco del terapeuta y pueden referirse a respuestas coordinadas que el terapeuta debería dar a un problema en particular presentado por un paciente. El termino “estrategia” en DBT significa lo mismo que los términos “procedimientos”, “protocolos”, y “técnicas” en otros tratamientos. Prefiero el termino “estrategia” porque implica tanto un plan de acción como la sutileza utilizada para llevar adelante dicho plan. Aunque cada conjunto de estrategias tiene un número de componentes, no todos ellos se requieren en cada ocasión. Es más importante aplicar la intención de un conjunto de estrategias que ceñirse rígidamente a las guías que se presentan a continuación. En esta sección del libro, defino y resumo las estrategias principales en DBT.

Las estrategias básicas de tratamiento en DBT son descritas en la Figura 7.1. Ellas son agrupadas en cuatro categorías principales: (1) Estrategias Dialécticas, (2) Estrategias Centrales, (3) Estrategias de Estilo y (4) Estrategias de gestión (En los últimos dos capítulos de este libro se desarrollan Estrategias específicas que integran varias combinaciones posibles de estas cuatro categorías). Las estrategias Dialécticas son generales y atraviesan todo el tratamiento. Las estrategias centrales consisten en las estrategias de resolución de problemas y de validación; como las etiqueta “central” indica, son el corazón del tratamiento junto con las estrategias dialécticas. Las estrategias de estilo especifican los estilos interpersonales y de comunicación compatibles con la terapia. Las estrategias de gestión se refieren a cómo el terapeuta interactúa y responde a la red social en la que el paciente se encuentra inmerso. Algunas estrategias se utilizaran más seguido que otras con pacientes específicos, y es posible que una o más estrategias sólo se utilicen raramente. No todas las estrategias serán necesarias ni apropiadas para una determinada sesión, y la combinación pertinente puede cambiar a través del tiempo.

Las estrategias descritas en este y en los siguientes capítulos sin duda tienen muchas cosas en común con una variedad de enfoques terapéuticos actuales. Ya que los que desarrollan modelos de terapia aprenden a hacer terapia de sus pacientes – qué es lo que funciona y lo que no funciona- debe haber muchas superposiciones entre varios enfoques que trabajan con tipos de pacientes y problemas similares. Aunque la explicación sobre cómo y por qué un enfoque en particular funciona con pacientes borderline puede diferir

entre diferentes orientaciones teóricas, las conductas del terapeuta que son realmente efectivas posiblemente sean mucho menos variables. Al escribir el borrador de este texto leí todos los manuales de tratamientos que pude encontrar, tanto conductuales como no conductuales. También leí libros que le dicen a los terapeutas cómo deben comportarse en la terapia. Mi intención era ver cómo otros describían las conductas específicas de sus tratamientos. Toda vez que encontré un componente o una estrategia que era igual o similar a alguna que yo utilizaba en DBT, traté de utilizar un lenguaje similar para describirla. Por lo que, en algún sentido, buena parte de este manual fue “robado” de manuales anteriores. Cuando doy Workshops en DBT, una respuesta muy común de los terapeutas, más allá de su orientación teórica, es que les estoy diciendo lo que ellos ya hacen con los pacientes borderline. Es por eso que sospecho que muchos terapeutas encontraran parte de su propias conductas terapéuticas descritas en este libro.

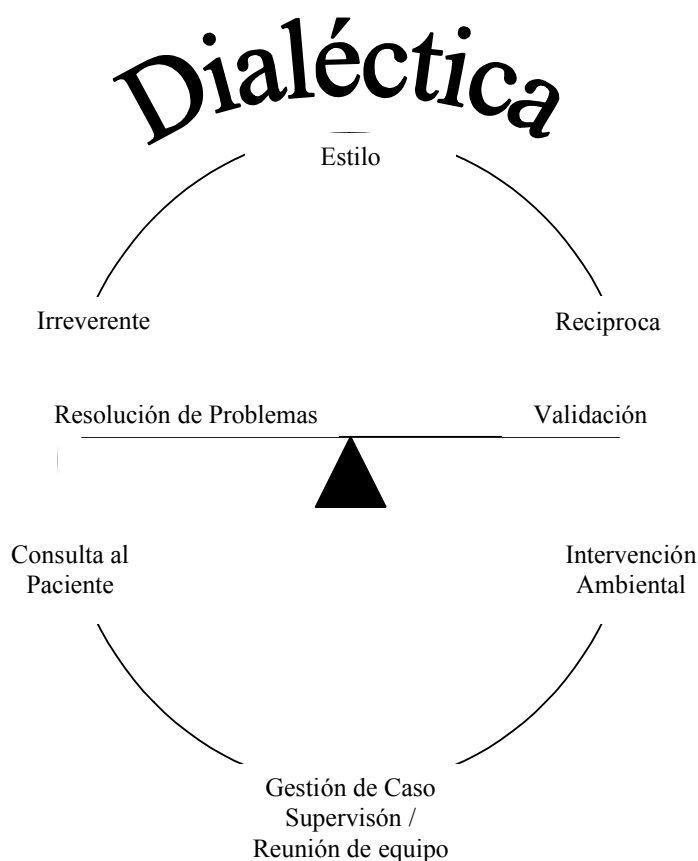


Figura 7.1. Estrategias de Tratamiento en DBT

Definiendo las Estrategias Dialécticas

Las estrategias dialécticas atraviesan todos los aspectos del tratamiento en DBT. Estas estrategias surgen de una posición filosófica dialéctica (Desarrollada de manera más extensa en el capítulo 2) que ve la realidad como un proceso holístico en estado de constante transformación y cambio. Las estrategias dialécticas subrayan la tensión creativa generada por emociones contradictorias y patrones de pensamientos, valores y estrategias conductuales opuestas, tanto dentro de la persona como en el sistema creado por la persona y su entorno. Como hice notar repetidas veces a través del libro, la principal dialéctica terapéutica es el cambio en un contexto de aceptación de la realidad como es. El terapeuta facilita el cambio al responder estratégicamente para optimizar las tensiones dialécticas que surgen dentro de la interacción terapéutica, y al resaltar cada lado de la dialéctica que surgen en la interacción terapéutica y en la vida cotidiana. El objetivo es lograr reconciliaciones y soluciones sucesivas en niveles más viables y funcionales. El adherir de manera rígida a un polo de la dialéctica contribuye al estancamiento, incrementa la tensión, e inhibe la reconciliación y la síntesis.

El foco dialéctico del terapeuta incluye dos niveles de conductas terapéuticas. Aunque pueden ocurrir simultáneamente, son muy diferentes en su aplicación y su punto de vista. Primero, el terapeuta está alerta a la tensión dialéctica y al balance dentro de la relación terapéutica en sí misma. Desde esta perspectiva, el foco está puesto en la interacción terapéutica y a los movimientos dentro de la interacción. El terapeuta le presta atención a la dialéctica en la relación al combinar estrategias de validación y cambio y al moverse adelante y atrás dentro de la actual dialéctica durante cada interacción, de tal manera que logre mantener una relación colaborativa de trabajo con el paciente.

Segundo, el terapeuta enseña y modela patrones de conducta dialécticos. Desde esta perspectiva, el foco está puesto en el paciente, independientemente de la interacción con el terapeuta. Las estrategias en este caso incluyen el enseñar directamente al paciente; cuestionarlo para lograr que se abra a nuevas posibilidades conductuales; ofrecer nuevas maneras de pensar y de comportarse; y, aun más importante, modelar conductas dialécticas. El mensaje transmitido al paciente es que la verdad nunca es absoluta ni relativa, sino que más bien evoluciona y es construida a través del tiempo. Esto significa que no es posible en un momento determinado lograr abarcar toda la verdad de cualquier estado de la cuestión. Cualquier extremo de la dialéctica, por definición, no es el lugar para estar. Ninguna posición rígida es posible, y el proceso y el cambio son inevitables. Enseñar patrones de pensamiento dialéctico es esencialmente una aplicación de los procedimientos de modificación cognitiva (ver Capítulo 11), con el foco puesto en reemplazar los pensamientos y presupuestos no dialécticos por dialécticos. Prestar atención a la dialéctica dentro de la relación terapéutica tanto como enseñar patrones de conductas dialécticos es esencial en cada interacción con el paciente; así como en las reuniones de equipo y las supervisiones.

BALANCEAR LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO: DIALÉCTICA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La principal estrategia dialéctica es el equilibrio de estrategias específicas y de posiciones terapéuticas durante la interacción con el paciente. La atención constante de balancear

aceptación con cambio, flexibilidad con estabilidad, nutrición con desafío, y el focalizarse en las capacidades sin perder de vista las limitaciones y los déficits es la esencia de esta estrategia. El objetivo es exponer los opuestos, tanto en la terapia como en la vida del paciente, y proveer condiciones para la síntesis. La idea clave que guía la conducta del terapeuta es que en cualquier momento, una posición opuesta o complementaria puede sostenerse.

Por lo que el cambio puede ser facilitado enfatizando la aceptación, y la aceptación enfatizando el cambio. El énfasis puesto en los opuestos algunas veces ocurre a través del tiempo, a través de toda la relación terapéutica más que de manera simultánea o en cada parte de la interacción. La sabiduría de este enfoque con pacientes borderline fue señalada hace tiempo por Sherman (1961), que comentó que “de cualquier lado en el que el terapeuta se sitúe el paciente se sentirá compelido a escapar” (p. 55). Por lo que cualquier adhesión rígida a cualquier polo de la dialéctica lleva a incrementar la tensión entre el terapeuta y el paciente, y generalmente a incrementar la polarización más que a la síntesis y el crecimiento. Por lo que el crecimiento y la síntesis requieren prestar atención al equilibrio. El terapeuta debe buscar por lo que queda afuera tanto en la conducta actual del paciente como en la del terapeuta y en las maneras en que ordenan la realidad, y entonces debe asistir al paciente (mientras se mantiene a sí mismo abierto) a crear nuevos órdenes que abarquen e incluyan lo que anteriormente era excluido.

Mantener una posición dialéctica en la interacción terapéutica tiene un número de características esenciales. Primero, la velocidad es esencial. La idea es mantener al paciente ligeramente fuera de equilibrio de tal forma que no pueda encontrar un punto de sostén para mantener su rigidez conductual, emocional o cognitiva. Un movimiento de pies rápido y ligero es necesario aquí. Segundo, el terapeuta debe estar despierto, observando y sintiendo cada movimiento del paciente. La idea es “ir con la corriente”, respondiendo con sólo suficiente movimiento cada vez que el paciente se mueve. El terapeuta tiene que estar alerta para saber si él y el paciente realmente están balanceados en los extremos opuestos de un subibaja colocado sobre un alambre tendido sobre el gran cañón. Tercero, un enfoque dialéctico requiere que el terapeuta se mueva con seguridad, fuerza y compromiso total. Movimientos tibios, tentativos con pacientes borderline tendrán resultados tibios y tentativos. Sheldon Kopp (1971) señaló algo similar cuando describió al terapeuta dotado y carismático de la siguiente manera:

La cualidad central... es que semejante hombre (sic) confía en sí mismo. No es tanto que responda de maneras que están fuera del alcance de otros hombres (sic) (u otros terapeutas). Mas bien parece que no se preocupa sobre cómo lo está haciendo. No espera no tener temor, ni certeza o perfección, él se permite ser sólo lo que es en el momento. (p. 7)

La dialéctica en el contexto de la relación puede compararse con baile de salón. El terapeuta debe responder sólo a donde el paciente está. La idea es mover al paciente ligeramente fuera de su equilibrio pero con una mano firme que lo guíe, de tal forma que pueda relajarse y dejar que la música lo lleve. Sin embargo el paciente es muchas veces como un bailarín girando sin control. El terapeuta debe moverse rápidamente y contraponer una fuerza que impida que el paciente salga de la pista. “Bailar” con el paciente muchas veces requiere que el terapeuta se mueva rápidamente de una estrategia a la otra, alternando aceptación con cambio, control con dejar hacer, confrontación con sostén, el palo con la zanahoria, el lado duro con el blando, y así en rápida sucesión.

Retomando la imagen del subibaja la idea es que el terapeuta y el paciente se muevan juntos hacia el medio de tal forma que ambos puedan subir a una plataforma más alta y a un nuevo subibaja. Aunque la tendencia natural cuando uno o el otro se mueven hacia atrás en el subibaja es retomar el equilibrio moviéndose uno mismo hacia atrás, si ambos continúan moviéndose hacia atrás, ambos caerán y la terapia estará descarrilada o destruida. Una tensión dialéctica típica en el tratamiento de los pacientes borderline es entre el “no puedo soportarlo” o “no puedo hacerlo” del paciente y el “sí, vos podés” del terapeuta. Entonces cuando el paciente se mueve ligeramente hacia atrás la tarea del terapeuta es moverse hacia el centro, esperando que el paciente también se mueva hacia el medio: “Puedo darme cuenta de que es terriblemente difícil. Quizás no lo puedas hacer sola, pero yo voy a ayudarte. Yo creo en vos”.

Tal estrategia con pacientes suicidas es riesgosa, y de este riesgo viene la noción de que DBT es como el juego de la “gallina” jugado por el terapeuta y el paciente. Por ejemplo, un paciente de mi clínica odiaba los grupos de habilidades y quería dejarlos, pero no quería dejar su terapia individual. Su terapeuta sin embargo le dijo que no quería romper el acuerdo original. El paciente dejó la sesión y llamo a su terapeuta diciendo que estaba en la estación y que iba a tomar un micro a un lugar lejano, bajarse y matarse. Si el terapeuta iba a la estación de tren a detener al paciente, o inmediatamente cambiaba las reglas de la terapia, hubiera sido como saltar al lado del paciente del subibaja. Si el terapeuta le hubiera dicho al paciente que era un “manipulador” y se hubiera negado a hablar con él, hubiera sido lo mismo que moverse atrás en el subibaja en un intento de recobrar el equilibrio. El problema con esa estrategia sin embargo es que el paciente puede moverse a su vez hacia atrás. En cambio, el terapeuta se mueve levemente hacia el medio expresando su fe en el paciente, validando su sufrimiento, y alentándolo a encontrar en ella misma las fuerzas para salir del micro (si todavía está en él), volver, y trabajar con el terapeuta en encontrar una manera de resolver el problema. El terapeuta espera que el paciente vuelva.

En el ejemplo presentado mas arriba si el terapeuta salta sobre el paciente al otro lado del subibaja sería un ejemplo de movimiento paradójico. Usado de manera habilidosa, tales movimientos pueden inducir que al cliente saltar rápidamente hacia el otro lado para ganar equilibrio nuevamente. El terapeuta puede decir algo por el estilo “Puedo ver que la vida es intolerable para vos. No podés cuidarte a vos mismo. Quizás la terapia es demasiado difícil para este momento de tu vida. ¿Pensas que yo debería tomar decisiones por vos durante este tiempo? ¿Quizás debería mandar a la ambulancia o a la policía para que te rescaten? ¿Quizás este es no es el mejor programa para vos? ¿Querés que exploremos la posibilidad de tomarnos un tiempo? O de manera más irreverente “Quizás estar en la cama por seis meses no sea tan mala idea”.

Todas las estrategias DBT están desarrolladas para resaltar su carácter dialéctico. Como se muestra en la Figura 7.1. las estrategias pueden ser categorizadas por enfatizar principalmente el cambio o la aceptación. Muchos impasses en el tratamiento resultan del fracaso del terapeuta en mantener las estrategias de tratamiento balanceadas (cambio y aceptación) con su contraparte. La categorización es artificial ya que de muchas maneras las estrategias comprenden tanto aceptación como cambio. Por lo tanto la mejor estrategia es aquella que contiene tanto aceptación como cambio, como la que utilicé con un paciente que me habían derivado. Cuando me lo derivaron sus opciones eran o entrar en tratamiento conmigo o un tratamiento compulsivo en el hospital estatal (nuevamente). El paciente se involucraba en conductas suicidas repetidamente y había agotado todos los recursos terapéuticos del área de Seattle. Su conducta parecía fuera de control. Su clínico intentaba

que ingresara en el tratamiento compulsivo; las enfermeras querían que ingresara a mi programa. En nuestra primera entrevista le dije que ella era el tipo de persona perfecta para nuestro programa y que yo aceptaba tenerla como paciente (una estrategia de aceptación), pero sólo si ella acordaba trabajar conmigo en cambiar sus conductas suicidas (una estrategia de cambio). Ella era libre para elegir si quería trabajar conmigo (dejar ir), pero yo también era libre de elegir trabajar con ella o no (control). Diferentes aspectos de la aceptación y el cambio se desarrollan luego en mayor detalle.

ENSEÑAR PATRONES DE CONDUCTA DIALÉCTICA

A través de toda la terapia se pone énfasis en el razonamiento dialéctico, tanto de parte del terapeuta como en la forma de pensar que se le enseña a los pacientes. El razonamiento dialéctico requiere que el individuo asuma un rol activo, y abandone el razonamiento lógico y el análisis intelectual como única ruta hacia la verdad, y adoptar un conocimiento experiencial. Los significados son generados y nuevas relaciones se encuentran al oponer cualquier término o preposición con su opuesto o con una alternativa. El principal mensaje a ser comunicado al paciente es que con respecto a cualquier tema, es posible hacer afirmaciones opuestas. El terapeuta dialéctico ayuda al paciente a alcanzar la síntesis de las oposiciones más que focalizarse en verificar cada uno de los lados de argumentos opuestos. El terapeuta ayuda al paciente a moverse de “esto o aquello” a “esto y aquello”. Por lo que muchas afirmaciones deben ser acompañadas por su opuesto inherente para que el terapeuta modele la ambigüedad e inconsistencia que contienen. La clave aquí no es invalidar la primera idea o polaridad al aseverar la segunda. La posición es “Sí pero también...” más que “Sí, pero no, estaba equivocado”.

Una posición similar es adoptada con respecto a las respuestas conductuales y emocionales. Hay dos ideas importantes aquí. La primera es que las posibilidades para el cambio personal y social no surgen desde un lugar externo o trascendente al sistema, sino que yacen dentro de las contradicciones de cada contexto social específico (Sipe, 1986). La persona y el ambiente se desafían y se limitan uno al otro recíprocamente. El cambio, tanto en la persona y en su contexto social involucran el refinamiento y la transformación de capacidades actuales iluminados por esos desafíos y limitaciones (Mahoney, 1991).

La segunda idea es que los extremos y los patrones de conducta rígidos son señales de que la dialéctica no se ha alcanzado. Esto es, el camino del medio, similar al propuesto por el budismo, es apoyado y modelado: “Lo importante al seguir el camino de la iluminación es evitar ser capturado y quedar enredado en cualquier extremo, esto es, siempre seguir el camino medio” (Kyokai). Este punto vale tanto para el paciente como para el terapeuta por igual. Por lo que el terapeuta no debe ser flexible de una manera rígida o evitar los extremos a toda costa. Como Robert Aitken, un maestro Zen, dijo “debemos incluso estar desapegados de nuestro desapego” (Aitken, 1987 p. 40).

La dialéctica, desde el punto de vista de la conducta, puede ser más claramente vista en el tratamiento de los objetivos sostenidos por DBT. Las habilidades conductuales DBT son un buen ejemplo de esto. La regulación emocional es balanceada con mindfulness, donde el énfasis está puesto en observar, describir y participar, en vez de regular la emoción o cualquier otra experiencia. Incluso al enseñar control emocional, tanto la distracción y el manejo de la atención por un lado y el experimentar con atención y dejar ir el control por el otro, son apoyados. La efectividad interpersonal se focaliza en cambiar las

situaciones problemáticas; por contraste, la tolerancia al malestar enfatiza el aceptar las situaciones problemáticas.

ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS ESPECÍFICAS

Técnicas específicas que apuntan a la relación terapeuta paciente y a patrones de conducta dialéctica son descritas debajo y son resumidas en la parte de abajo de la tabla 7.1. Aunque creo que cada una de estas estrategias puede ser descrita en términos conductuales específicos no intenté traducir los términos dialécticos a términos conductuales en todos los casos. Estó seria, me parece, violar el espíritu de la dialéctica que estoy intentando comunicar.

Tabla 7.1. Checklist de Estrategias Dialécticas

- T **BALANCEA** las estrategias de tratamiento dentro de la sesión.
 - T alterna entre estrategias de aceptación y de cambio de tal manera que una relación colaborativa de trabajo se mantiene en la sesión.
 - T balancea el nutrir al paciente con demandar que el paciente se ayude a él mismo.
 - T balancea la persistencia y la estabilidad con la flexibilidad.
 - T balancea el foco en las capacidades con el foco en las limitaciones y los deficits.
 - T se mueve con velocidad, manteniendo a P ligeramente fuera de equilibrio.
 - T está “despierto”, respondiendo a los movimientos de P.
 - T toma una posición bondadosa.
- T **MODELA** pensamientos y acciones dialécticas.
 - T busca por aquello que no está incluido en el punto de vista de P y en el propio.
 - T da una descripción del cambio como proceso.
 - T cuestiona la permanencia y la intransigencia de las condiciones que rodean el problema.
 - T hace afirmaciones que sintetizan e incluyen ambos extremos del continuo.
 - T hace afirmaciones que resaltan la importancia de la interrelación para determinar la identidad.
 - T defiende el camino del medio.
- T resalta las contradicciones **PARADOJALES** en
 - La conducta de P.
 - El proceso terapéutico.
 - La realidad en general.
- T dice **METÁFORAS**, cuenta parábolas e historias.
- T juega a ser el **ABOGADO DEL DIABLO**.
- T utiliza el **EXTENDING** al amplificar la seriedad o las implicaciones de la comunicación de P.
- T ayuda a activar la “**MENTE SABIA**”.
- T hace **LIMONADA** de los limones.
- T permite el **CAMBIO NATURAL** en la terapia.
- T **EVALUA DIALÉCTICAMENTE**, examina tanto al individuo como a su contexto en un sentido amplio, para entender a P.

Nota. En esta checklist y en las de los capítulos que siguen T se refiere al terapeuta y P al paciente

1. ENTRANDO EN LA PARADOJA

Allen Frances (1988) una vez dijo que la primera y más importante tarea en la psicoterapia con pacientes borderline es captar su atención. “Entrar en la paradoja” es una manera poderosa de hacerlo. Funciona, en parte, porque la paradoja contiene en si misma sorpresa; como en el humor, aparece inesperadamente. Cuando nos enfrentamos a una paradoja uno debe ponerse de pie y despertarse. Entrar en la paradoja es una estrategia como lo es la

práctica del koan para los estudiantes Zen. Los Koan son dilemas o historias enigmáticas que se les dan a los estudiantes para que resuelvan, incluso cuando parece no haber una respuesta lógica; ellos fuerzan al estudiante a ir más allá de su comprensión intelectual y se dirigen al conocimiento experiencial. Saber que sabor tiene el azúcar leyendo sobre las cualidades de su sabor en un libro es muy diferente de saber su sabor de la experiencia directa del azúcar sobre la lengua. La solución del Koan no es lógica o intelectual. Es una experiencia.

En esta estrategia terapéutica, el terapeuta resalta las contradicciones paradójicas en la conducta del paciente, en el proceso terapéutico y en la realidad en general. Los intentos del paciente para explicar racionalmente la paradoja encuentran el silencio, otra pregunta, una historia u otra paradoja diferente que puede arrojar algo más de luz (pero no demasiada) sobre el enigma a ser resuelto. Suler (1989) sugiere que un koan “se convierte en un acertijo desesperante sobre temas personales, incluyendo los conflictos personales que llevaron al estudiante al Zen. Es un acertijo para la propia vida” (p. 223). La paradoja terapéutica bien construida y resaltada se vuelve para el paciente un acertijo para su propia vida. Innumerables dilemas que toman las cualidades de la vida y la muerte surgen en la terapia con pacientes borderline. Por ejemplo, el terapeuta puede decir, “Si no me importaras trataría de salvarte”. El paciente dice “Como es posible que te importe sino me ayudás cuando estoy así de desesperada”. La síntesis final es que “Ya estas salvada”. Sin embargo, otros insight tienen que ver con el hecho de que en realidad el terapeuta no puede salvar al paciente. Tratar de hacerlo convertiría la terapia en una pseudoayuda más que en una verdadera ayuda que el paciente necesita. E incluso cuando el terapeuta pudiera salvar al paciente en el momento actual, expresa mucho más cuidado y paciencia si lo ayuda a salvarse a si mismo que si lo rescata.

Otro ejemplo tiene que ver con el dilema típico de los pacientes borderline sobre como decidir quién tiene razón y quién está equivocado cada vez que un desacuerdo o que surge una confrontación. La idea de que la respuesta es ambos (o ninguno) es difícil de comprender para el paciente. Muchas veces, la relación terapéutica es la primera en la que el paciente está en la que, durante una confrontación, la otra persona dice que “Yo tengo razón y vos tenés razón”. En particular, y este es un punto crucial, el terapeuta en DBT valida el punto del paciente, pero al mismo tiempo no renuncia o cambia su propia conducta. Por ejemplo, en la estrategia de observar límites (ver Capítulo 10), el terapeuta valida la necesidad del paciente (“Si, sería mejor para vos que yo no me fuera de vacaciones esta semana”) mientras que continúa con su plan de salir de vacaciones. El paciente es descrito como un “buen chico” (“Necesitás lo que decís que necesitás”), pero también lo es el terapeuta (“Y yo todavía tengo razón para no dártelo e irme de vacaciones”).

La esencia de la estrategia de entrar en la paradoja, sin embargo, es la negación del terapeuta a dar explicaciones racionales o intelectuales para lograr que el paciente salga del aprieto. Como Suler (1989) señaló “las grietas abiertas por el doble vínculo de las propias contradicciones y la reformulación de la propia crisis sólo ocurre si, en palabras Zen, uno “suelta el sostén”... dejando que las cosas sucedan a su manera” (p. 223). Algunas paradojas inherentes a la psicoterapia y a la vida de los pacientes borderline pueden llevar años para lograr resolverse.

Al entrar en la paradoja, el terapeuta continuamente subraya al paciente que las cosas pueden ser al mismo tiempo verdaderas y falsas, que las respuesta puede ser tanto sí como no. El terapeuta no se ve arrastrado por el deseo del paciente de tomar uno de los

polos argumentales como absolutamente verdaderos excluyendo la verdad del punto de vista opuesto. Tampoco el terapeuta sostiene incondicionalmente el otro lado del argumento. El terapeuta continúa manteniendo que ambos lados pueden ser ciertos y que una pregunta a cualquier tema puede tener como respuesta tanto sí como no. Como hice notar antes, “Esto y aquello” se ofrece como alternativa a “esto o aquello”. El terapeuta necesita no estar muy preocupado en aclarar la confusión del paciente sobre este punto; la confusión se aclarará cuando el paciente se sienta más comfortable con el enfoque dialéctico. Para volver a la metáfora del subibaja, cuando el paciente se sienta en el extremo de un lado del subibaja, el terapeuta se sienta en el otro lado para producir equilibrio y simultáneamente focaliza la atención en la unidad del subibaja.

Una paradoja central en DBT, y en todas las terapias, es que toda conducta es “buena”, y sin embargo el paciente está en terapia para cambiar sus “malas” conductas. DBT subraya la validación de la respuesta del paciente, pero sólo para contrarrestar la invalidación a la que el paciente ha sido expuesto. La validación es una necesidad estratégica. Tanto como el paciente (o el terapeuta) esté atrapado en la invalidación o en la validación, no podrán ver que tal dicotomía es en sí misma artificial. Las conductas no son ni válidas ni inválidas, ni buenas ni malas. Una vez que el equilibrio se logra, tanto el terapeuta como el paciente deben moverse a una posición de no validación ni invalidación. Las respuestas simplemente son. Ellas surgen como consecuencia de causas y condiciones que son tanto pasadas como inmediatas, internas y externas a la persona. A su vez las respuestas tienen consecuencias, que pueden ser deseadas o no serlo.

La paradoja del cambio y la aceptación atraviesa toda la terapia. Al entrar en la paradoja el terapeuta resalta y amplifica la incongruencia aparente que incluso la incapacidad para aceptar debe ser aceptada. (Como cuando le decimos a nuestros pacientes, “no juzgues cuando juzgas”). El paciente es alentado a aceptarse a sí mismo tal como es en el momento. Pero, por supuesto, si lo hace, estará cambiando sustancialmente, la negación a aprender a aceptar supone la no aceptación del estatus quo. Se le dice al paciente que es perfecto tal como es, ni bueno ni malo, completamente comprensible, y aun así debe cambiar sus patrones de conducta. De esta forma el terapeuta enfrenta al paciente con el surgimiento natural de las tensiones dialécticas de tal forma que no tenga otra opción que moverse de los extremos. Patrick Hawk, un maestro Zen y un Cristiano Contemplativo, sugiere que “Los Koans son temas a ser clarificados en la relación con el maestro... Este acto de hacer claro se llama comprensión” (Comunicación personal, 1992). En DBT, como en el Zen, se arriba a la clarificación y a la realización a través de la relación entre el paciente/estudiante y el terapeuta/maestro. En particular, el terapeuta debe entrar en las múltiples paradojas que el paciente encuentra al tratar de resolver los dilemas dialécticos de la vulnerabilidad extrema versus la invalidación de esa vulnerabilidad, las crisis implacables versus el bloquear e inhibir los componentes emocionales de las crisis; y la pasividad para la resolución de los problemas y los estados emocionales dolorosos versus la independencia, la invulnerabilidad y la competencia aparente.

Un número de tensiones dialécticas surgen naturalmente en el curso de la relación psicoterapéutica. El paciente tiene la libertad de elegir su propia conducta pero no puede seguir en terapia si no elige reducir sus conductas suicidas. Se le enseña al paciente a ser más autónomo aumentando su capacidad de pedirle a los otros ayuda. El paciente tiene derecho a matarse pero si convence al terapeuta que el suicidio es| inminente, puede ser encerrado. Se le paga al terapeuta por cuidar al paciente, pero las dudas que el paciente tenga sobre lo genuino de la preocupación del terapeuta es interpretado como formas en las

que sus problemas aparecen en la relación terapéutica. Y si el paciente deja de pagar la terapia termina. El terapeuta es al mismo tiempo apegado y desapegado, modela autonomía e independencia, mientras que alienta al paciente hacia la dependencia y el apego. El paciente no es responsable por ser de la manera en que es pero es responsable por aquello en lo que se convertirá.

Se alienta al paciente a que controle sus intentos de control excesivos. El terapeuta utiliza técnicas de control para incrementar la libertad del paciente. Confrontar y atravesar estas paradojas fuerza al paciente a abandonar los patrones de pensamiento, conducta y emoción rígidos y hace surgir patrones más espontáneos y flexibles. Entrar en la paradoja de una manera genuina, dentro de la relación terapéutica y de la reunión de equipo, fuerza al terapeuta a abandonar las posiciones teóricas rígidas y las reglas, las regulaciones y patrones de acción terapéuticos inflexibles.

2. USO DE LA METÁFORA

Usar metáforas y contar historias es un arte destacado por muchos psicoterapeutas, siendo el más notable Milton Erickson, que era famoso por las historias que contaba (Rosen, 1982). El uso de la metáfora en la forma de analogías simples, anécdotas, parábolas, mitos o historias es extremadamente importante en DBT. Las metáforas son un medio alternativo para enseñar pensamiento dialectico y para abrir posibilidades a nuevas conductas. Alientan tanto al paciente como al terapeuta a buscar y crear nuevos significados y puntos de referencia para los eventos. Aquellas metáforas de las que se pueden extraer significados múltiples son generalmente las más efectivas para alentar un punto de vista diferente de la realidad.

Como muchos otros han señalado (Barker, 1985; Deikman, 1982; Kopp, 1971) el uso de la metáfora es una estrategia valiosa para la psicoterapia por un número de razones. Las historias son generalmente más interesantes y más fáciles de recordar que las lecciones o las instrucciones directas. Aquellas personas que tienen dificultades para prestar atención cuando se les presentan información o instrucciones directas pueden tener más facilidad para concentrarse si se les cuenta una historia. Las historias también permiten que el individuo las utilice a su manera, para sus propios propósitos. Por lo que la sensación de ser controlado por el terapeuta o por el maestro disminuyen, y el paciente puede permanecer más sereno y abierto a nuevas maneras de pensar o de comportarse; haciendo menos probable que deje de escuchar inmediatamente o se sienta apabullado. Puede tomar de la historia lo que puede utilizar, en ese momento o después. Finalmente, las metáforas, cuando están bien construidas, pueden ser menos amenazantes para el individuo. El terapeuta puede dejar claro su punto indirectamente, de una forma que suaviza el impacto.

El uso de las metáforas puede ser especialmente útil cuando el terapeuta quiere comunicar los efectos negativos de la conducta del cliente en las demás personas de una forma que normalice sus respuestas al mismo tiempo que no critica directamente al paciente. También pueden ser útiles para hablar sobre las propias respuestas (especialmente cuando la motivación para seguir trabajando disminuye), o para decirle al paciente qué es lo que puede esperar del terapeuta. Las metáforas también pueden redefinir, reencuadrar, y sugerir soluciones a los problemas; ayudan al paciente a reconocer aspectos de su propia conducta o de sus reacciones a las situaciones, y le dan esperanzas (Baker, 1985). Generalmente, la idea es tomar algo que el paciente entienda, como una persona escalando

una montaña, y compararlo, haciendo una analogía, con algo que el paciente no entiende, como el proceso terapéutico.

A través de los años mis colegas y yo hemos desarrollado un gran número de metáforas para discutir sobre las conductas suicidas, las conductas que atentan con la terapia, la aceptación, la voluntad, la terapia, y la vida en general. Las conductas que atentan con la terapia fueron comparadas con un escalador negándose a usar botas de nieve, o sentándose sobre una roca mirando el paisaje cuando se acerca una tormenta; una mula que se niega a ir para atrás o para adelante mientras sube el gran Cañon (no es una metáfora que me haya hecho ganar puntos con los pacientes!); y con un cocinero que tira sal sobre la tarta de cerezas mientras el otro cocinero esta afuera de la habitación. La conducta pasiva y la evitación emocional (y por contraste lo que el paciente tiene que hacer) fue comparado con acurrucarse en el rincón de una habitación en llamas cuando la única salida esta atravesando el fuego (la persona tiene que cubrirse con sábanas mojadas y arrojarle a través de la habitación) y con estar en una saliente de una montaña de hielo donde la única salida es seguir avanzando (la persona tiene que moverse despacio por el borde y no mirar hacia abajo). Las conductas suicidas fueron comparadas con un escalador que salta al vacío, muchas veces cuando todavía esta atado al guía (que tiene que arrear al escalador de vuelta hacia arriba) y a veces después de haber cortado la soga; a pedir el divorcio a una pareja no deseada; y a las conductas adictivas como el tomar o drogarse. Aprender tolerancia al malestar es aprender a ser una sábana tendida en la tierra al final del día, dejando que las hojas caigan sobre ella sin luchar ni intentar alejarlas. Aprender aceptación es como un jardinero que aprende a amar a la maleza que aparece en su jardín año tras año, no importa lo que el jardinero haga para que desaparezca. Tratar de ser lo que los demás quieren que el paciente sea es como un tulipán queriendo ser una rosa sólo porque fue plantado en un jardín de rosas. La buena disposición es como jugar a las cartas (el objetivo es jugar cada mano lo mejor posible, no controlar qué cartas nos reparten), o como pegarle a una pelota de baseball o de tenis que es arrojada por una máquina (la persona no puede detener la máquina ni hacer que las bolas salgan más lento, así que lo único que puede hacer es golpearlas lo mejor que pueda y focalizarse en la siguiente pelota).

Utilizamos metáforas más extensas para describir la terapia y el proceso de crecer y cambiar. Aquí describo una. La terapia, para los pacientes, es como salir del infierno por una escalera de aluminio caliente sin guantes ni zapatos. Soltarse o dejarse caer es una conducta que atenta contra la terapia de parte del paciente. Sostener una antorcha bajo los pies del paciente para lograr que el paciente suba más rápido es una conducta problema del terapeuta. El problema es que generalmente el fondo del infierno esta más caliente que la escalera, por lo que después de un tiempo el paciente se levanta y vuelve a la escalera para intentar subirla nuevamente. Otra metáfora extendida para la terapia es que es como aprender cómo nadar bajo todas las condiciones climáticas. El paciente es el nadador; el terapeuta el entrenador, que está sentado en un bote al lado del paciente, dando indicaciones y alentando. La tensión muchas veces ocurre cuando el nadador quiere subir al bote para que el entrenador lo lleve a la playa y el entrenador quiere que siga en el agua. Si el entrenador lleva al nadador a la playa, nunca aprenderá a nadar, pero si el nadador se ahoga tampoco aprenderá. Colgarse del bote y negarse a nadar, o nadar bajo el agua para asustar al entrenador y hacer que se zambulla para salvarlo, son ejemplos de conductas que atentan contra la terapia del paciente. Negarse a extender un remo cuando el nadador se hunde o llevar al nadador a la playa cada vez que se nubla, son ejemplos de conductas que atentan contra la terapia de parte del terapeuta.

Los pacientes muchas veces se sienten incomprendidos cada vez que el terapeuta los empuja a hacer cambios para mejorar sus vidas. “Si me entendieras no me pedirías que hiciera algo que no puedo hacer”!, o, dicho de otra forma, “Si tomaras mi sufrimiento seriamente, no me pedirías que haga algo que me va a hacer sentir todavía peor de lo que me siento” es un mensaje muy común que transmiten los pacientes borderline a sus terapeutas. Este mensaje y el problema que crea para el terapeuta es tan común en el tratamiento de los pacientes BPD que Lorna Benjamín (in press) describe el patrón interpersonal como la puesta de una escena de “Mi sufrimiento es tu obligación”. En esta situación las historias pueden ser particularmente útiles para validar tanto el dolor emocional del paciente y sensación de desesperanza y el intento del terapeuta de moverlo de su lugar. Mi historia favorita es una variación de una historia que ya conté en otro lugar en este libro. Una mujer sin zapatos esta sobre un colchón de brasas encendidas. La cama de brasas es muy profunda y muy amplia. La mujer paralizada llama a una amiga para que arroje un balde de agua fría para apagar los carbones. Entonces la amiga muy angustiada e intentando que la mujer salga de su sufrimiento lo antes posible le grita “Corré”. Y si eso no funciona la amiga salta sobre las brasas y comienza a empujar a la mujer hacia el pasto del costado. ¿Entiende la amiga el dolor de la mujer? ¿Si ella realmente la entendiera habría vertido el balde de agua fría en vez de gritarle y empujarla?

Una historia similar y las mismas preguntas pueden realizarse con la metáfora de la habitación en llamas, mencionada brevemente más arriba. La mujer está tan asustada que quiere mantenerse en el rincón de la habitación. ¿Una amiga que realmente la entendiera se quedaría con ella en el fondo de la habitación muriendo con ella? ¿O una verdadera amiga la empujaría a pesar de sus reproches, sacándolas de la habitación? En una leve variación les pido a los pacientes que se imaginen que estamos las dos en balsa en el medio del océano después de un naufragio que sucedió varios días atrás. Sus brazos están muy lastimados y le generan mucho sufrimiento. Día tras día me pide que le dé drogas para el dolor o algo que le quite el sufrimiento. Les pido que se imaginen que el botiquín se hundió en el mar. ¿Si no encuentro y no le doy drogas eso significa que no entiendo o que no tomo seriamente su dolor? ¿Y si me quedan sólo tres cápsulas y le digo tome una sola por día así durarán más tiempo? ¿O cree la paciente que si yo tengo muchas píldoras y no quiero darle ninguna- quizás porque pienso que es una adicta a las drogas? Discusiones honestas sobre ese tipo de historias pueden muchas veces clarificar impasses terapéuticos difíciles.

Estas analogías, o cualquier otra que al terapeuta se le ocurran pueden contarse de manera resumida o más extensa según la situación (como demostré). En algunos casos estuve casi toda una sesión dentro de una historia metafórica tejida alternativamente por el paciente y por mí. Enseñar historias y metáforas es parte de todas las tradiciones espirituales (Vedanta, Budismo, Zen, Hasidica, Cristiana y Sufi), así como en la filosofía, la literatura y las historias para chicos. (Ver el apéndice para otras fuentes).

3. EL ABOGADO DEL DIABLO

En la estrategia del “abogado del diablo” desarrollada por Marvin Goldfried (Goldfried, Linehan, & Smith, 1978) el terapeuta presenta una afirmación extrema, y le pregunta al paciente si cree en esa afirmación, y entonces juega el rol del abogado del diablo para generar contraargumentos de parte del paciente para refutarla. El terapeuta presenta una tesis y genera una antítesis de parte del paciente; en el proceso de argumentación, arriban a una síntesis. La posición extrema tomada por el terapeuta tiene que relacionarse con una

creencia disfuncional que el paciente expresó o una regla que el paciente parece estar siguiendo. Es de mayor utilidad para contrarrestar patrones de oposición nuevos. La técnica es similar al uso de la paradoja, en la que el terapeuta sostiene el extremo maladaptativo de un continuo y fuerza al paciente a adoptar el extremo adaptativo.

La técnica del abogado del diablo se utiliza siempre en las primeras sesiones para generar un compromiso fuerte hacia el cambio de parte del paciente. El terapeuta argumenta en contra del cambio y el compromiso hacia la terapia, porque el cambio es doloroso y difícil; de manera ideal, esto lleva al paciente a tomar la posición opuesta a favor del cambio y el compromiso. Este uso de la estrategia se discute más adelante en el Capítulo 9.

El enfoque utilizado en la terapia cognitiva es otro ejemplo de la estrategia del abogado del diablo. Por ejemplo, la tesis es una creencia irracional del tipo que propone Ellis (1962) como “Todos tienen que amarme, y si una persona no lo hace, eso significa soy poco valioso”, o “Si ofendo a alguien por cualquier razón, es un catástrofe moral”. El terapeuta argumenta a favor de la creencia irracional, pidiéndole al paciente que cuestione aquello con lo que no está de acuerdo. Por ejemplo, el terapeuta puede sostener la segunda creencia presentada más arriba y decir que incluso si un extraño se ofende por una actividad legítima del paciente (como manejar dentro del límite de velocidad en la autopista), o si alguien se ofende por una distorsión, o si alguien se ofende por mi negación a tener una conducta ilegal o inmoral (como ser infiel), el paciente debe cambiar su conducta para alcanzar lo que se espera o es aprobado. Cualquier cosa que el paciente sugiera puede ser discutida contraponiendo una versión exagerada de su posición usual hasta que la naturaleza distorsionada de la creencia se vuelva evidente.

Un número de cuidados son necesarios para llevar adelante esta técnica. Primero, el terapeuta debe estar atento a las creencias generalizadoras y a las reglas distorsionadas del paciente. Segundo el terapeuta debe realizar la técnica con una expresión facial directa y con un estilo expresivo casi naif. Tercero, un tipo de respuesta muy lógica pero poco convencional a cada respuesta del paciente puede ser útil. Cuarto, la posición del terapeuta debe ser lo suficientemente razonable para parecer “real” pero lo suficientemente extrema para permitir que el paciente contraargumente. Una posición que simultáneamente valida el apego del paciente a la idea mientras al mismo tiempo invalida la sabiduría de la idea es la ideal. Una cierta liviandad y la capacidad de modificar un argumento inadvertidamente son también necesarias. Finalmente el terapeuta debe saber cuándo mantenerse mortalmente serio y cuándo volverse más suave y argumentar con una pizca de humor.

4. EXTENDING

“Extending” es que el terapeuta tome al paciente más seriamente de lo que el paciente se toma a sí mismo. Cuando el paciente está diciendo algo por su efecto, o expresando una emoción extrema para lograr generar cambios menores en el ambiente, el terapeuta toma la comunicación literalmente. Esta estrategia es el equivalente emocional de la estrategia del abogado del diablo.

Por ejemplo el paciente puede hacer una afirmación extrema sobre los efectos o las consecuencias de un evento en su vida (“Si no me das una sesión extra voy a matarme”). El terapeuta primero toma la afirmación de los efectos o consecuencias literalmente, y responde con seriedad a las consecuencias (“voy a matarme”), independientemente de la relación con el evento o el problema identificado por el paciente (“obtener una sesión

extra”). El terapeuta puede decir “Tenemos que hacer algo inmediatamente si te sentís tan mal ¿Querés que te internemos? Quizás es lo que necesitás. ¿Cómo querés que discutamos sobre un tema tan banal como una sesión cuando tu vida está en peligro? Esta amenaza a tu vida debe ser atendida antes. ¿Cómo estas pensando matarte?” El aspecto de la comunicación que el terapeuta esta tomando seriamente no es el aspecto que el paciente quiere que sea tomado seriamente. El paciente quiere que el problema sea tomado seriamente, y efectivamente amplifica su seriedad. El terapeuta toma las consecuencias extremas seriamente y la amplifica incluso más al negarse a focalizarse en otra cosa hasta que se hayan resuelto.

Bien usada, esta estrategia tiene el efecto de hacer que el paciente vea que está exagerando las consecuencias. Cuando esto sucede (“Ok, quizás estoy exagerando. No tengo ganas de matarme”), es crucial que el terapeuta cambie y se tome el problema con toda seriedad. El paciente debe ser reforzado por reducir las consecuencias emocionales del problema. Mal utilizada la estrategia puede encubrir el fracaso del terapeuta para ocuparse de problemas legítimos del paciente. Esta técnica funciona mejor cuando el paciente no espera que el terapeuta lo tome seriamente, o cuando escalar una crisis o un conjunto de consecuencias emocionales se mantiene por su efecto instrumental en el ambiente. Puede ser particularmente efectivo cuando el terapeuta se siente manipulado. Tiene la ventaja de ocuparse tanto de la conducta del paciente y, al mismo tiempo, del afecto y el deseo de atacar del terapeuta, en una sola respuesta. Hecho efectivamente es muy satisfactorio.

El termino “extending” para describir esta técnica fue tomado prestado del aikido, un arte de autodefensa japonés. Un practicante de aikido practica el Extending cuando permite que el movimiento de su atacante alcance todo su desarrollo natural, y entonces extiende el punto final un poco más allá de lo que lo haría naturalmente; esto deja al oponente fuera de equilibrio y vulnerable para un cambio de dirección. El extending está siempre precedido por el “blending” que en el aikido significa aceptar o juntarse a la energía del oponente en la dirección en que esta yendo (Saposnek, 1980). Por ejemplo, el paciente puede decirle al terapeuta “Si no actúas diferente, esta terapia no va a ayudarme” (desafío). El terapeuta dice “Si la terapia no te esta ayudando (blending) tenemos que hacer algo al respecto (ir hacia la conclusión natural de la respuesta) ¿Quieres dejar la terapia? ¿Quizás tengamos que buscar otro terapeuta? Esto es muy serio (extending)”. Cada una de las características detalladas más arriba con respecto al abogado del diablo (tomar las consecuencias claramente extremas, ser naif, usar respuestas poco convencionales pero muy lógicas, dar una respuesta lo suficientemente razonable para parecer “real” pero lo suficientemente extrema para permitirle al paciente ver que está siendo extremo, ser liviano, y ser capaz de modificar de manera encubierta la posición del terapeuta) son igualmente importantes aquí.

5. ACTIVAR LA “MENTE SABIA”

En DBT se les enseña a los pacientes el concepto de que existen tres estado principales de la mente “la mente racional”, “la mente emocional” y la “mente sabia”. Una persona esta en “mente racional” cuando se aproxima al conocimiento de una manera intelectual, está pensando de manera racional y lógica, presta atención a los hechos, planifica sus conductas, focaliza su atención, y es “frio” en su aproximación a los problemas. La persona está en su “mente emocional” cuando sus pensamientos y sus conductas están controladas principalmente por su estado emocional. En la “mente emocional”, las cogniciones son

“calientes”; el pensamiento lógico y racional es difícil, y la energía de la conducta es congruente con el estado emocional.

La “mente sabia” es la integración de la “mente emocional” y la “mente racional”; y es más que ellas. La “mente sabia” agrega el conocimiento intuitivo a la experiencia emocional y al análisis lógico. Hay muchas definiciones de intuición. Deikman (1982) sugiere que es el conocimiento que no está mediado por la razón y que va más allá de lo que se percibe por los sentidos. Tiene la cualidad de la experiencia directa, la cognición inmediata, y la capacidad de atrapar el sentido, el significado o la verdad de los eventos sin apoyarse en el análisis intelectual. El conocimiento intuitivo está guiado por “sentimientos de coherencia profunda” (Polanyi, 1958). Aunque la experiencia y la razón juegan un papel, la cualidad de la experiencia intuitiva es única. La “mente sabia” se basa en la cooperación total de todas las vías de conocimiento: la observación, el análisis lógico, la sensación kinésica y la experiencia sensoria, el aprendizaje conductual, y la intuición.

Los pacientes borderline tienen que aprender como acceder a su “mente sabia”. En efecto tienen que dejar ir al procesamiento emocional y al análisis lógico y al conjunto de ideas y reacciones extremas; tienen que tranquilizarse lo suficiente como para permitir que surja un conocimiento sabio sin que sea complicado ni interrumpido por otros modos de conocimiento más voluntarios (la mente racional) o más sobredeterminados (la mente emocional). La primera tarea para algunos pacientes (si no lo es para todos) es convencerlos de que tienen esta capacidad. Un paciente borderline puede cuestionar la misma idea de tener algún tipo de sabiduría. Primero, el terapeuta debe insistir que todos los humanos tienen una “mente sabia”. Segundo, muchas veces ayuda, dar un número de ejemplos de situaciones durante las que el paciente ha experimentado la “mente sabia”. Muchas personas la experimentan inmediatamente después de una gran crisis o de un periodo de caos. Es la calma que sigue a la tormenta. Es la experiencia de haber llegado al corazón del problema, ver o saber algo directo y claramente. A veces se experimenta como lograr ver todo el cuadro en vez de sólo ver las partes; otras veces puede ser la experiencia de “sentir” que se alcanzó la elección correcta a un dilema, cuando el sentimiento viene de adentro más que del estado emocional actual. Tercero, puede ser útil hacer ejercicios donde pueda experimentar la calma interior que rodea a la “mente sabia”. Generalmente les digo a los pacientes que sigan su respiración (que le presten atención a cómo entra y cómo sale el aire) y después de un tiempo les pido que traten de que su foco atencional se dirija a su centro físico, el lugar que queda al final de la inhalación. Ese punto central es la “mente sabia”. Casi todos los pacientes son capaces de sentir ese punto.

Cuando después les pido a los pacientes que vayan a su “mente sabia”, lo instruyo para que alcancen este estado y para que respondan desde ese centro de calma. Puede comparárselo con ir al fondo de un pozo de agua. El agua en el fondo del pozo, e incluso todo el océano que está bajo la tierra, es la “mente sabia”. Pero en el camino hacia abajo muchas veces hay puertas que impiden el progreso. A veces las puertas están construidas con tal inteligencia que la persona realmente cree que no hay agua al final del pozo. Una puerta puede parecer el final del pozo. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a darse cuenta de cómo abrir cada puerta. Quizás esté cerrada y sea necesaria una llave. Quizás tenga clavos y sea necesario un martillo, o esté pegada y sea necesario un cincel. Pero con perseverancia y diligencia el océano de sabiduría puede ser alcanzado.

Los pacientes borderline pueden tener dificultades para distinguir entre la “mente sabia” y la “mente emocional”. Ambas tienen la cualidad de “sentir” algo; ambas se apoyan en un tipo de conocimiento que es diferente al análisis y al razonamiento. Para volver a

nuestra historia, si hubo una tormenta fuerte, puede haber agua en el fondo sobre una puerta. Si la puerta se mantiene cerrada la piscina de agua puede ser confundida con el océano del fondo del pozo. Puede ser fácil tanto para el paciente como para el terapeuta confundirse. El agua de lluvia puede verse como el agua del océano. La intensidad de las emociones puede generar experiencias de certeza que imitan la calma certeza y la estabilidad de la sabiduría. No hay una solución simple sobre este punto. Si una emoción intensa es obvia, la sospecha de que la conclusión se basa en la “mente emocional” más que en la “mente sabia” es probablemente correcta. Generalmente el tiempo es el mejor aliado para dirimir el problema.

Los pacientes borderline hacen comentarios que representan sus estados emocionales (“Me siento gorda o no querible”, “No quiero vivir sin él”, “Tengo miedo de fracasar”) como si el estado emocional diera información sobre la realidad empírica (“soy gorda o no querible”, “No puedo vivir sin él”, “Voy a fracasar”). Cuando esto ocurre es efectivo preguntarle al paciente lo siguiente “No me interesa como te sentís. No me interesa qué es lo que pensas o creés. Me interesa aquello que sabés que es cierto (en tu “mente sabia”). ¿Qué es lo que sabes que es verdad? ¿Qué es verdad?” La tensión dialéctica es entre lo que el paciente siente que es verdad y lo que piensa que es verdad; la síntesis es lo que sabe que es verdad. El rechazo del terapeuta a entretenerse con la “mente emocional” o la “mente racional” es un ejemplo de una estrategia de control al servicio de dejar ir.

Activar la “Mente sabia” puede terminar fácilmente en un abuso por parte del terapeuta; especialmente cuando el terapeuta confunde la “mente sabia” con lo que el terapeuta cree sobre el tema: “Si estoy de acuerdo con vos entonces estás funcionando en Mente sabia”. Esto puede ser particularmente difícil cuando el terapeuta confía en la sabiduría de su conocimiento o sus opiniones. ¿Cómo puede la “mente sabia” de una persona estar en conflicto con la de otra? Esta es una paradoja interesante. El valor de la humildad del terapeuta no puede menospreciarse. En DBT una de las funciones principales de las reuniones de equipo y de las supervisiones es brindar un equilibrio a la arrogancia que fácilmente puede acompañar una posición tan poderosa como la del terapeuta.

6. HACER LIMONADA DE LOS LIMONES

“Hacer limonada de los limones” requiere que el terapeuta tome algo que aparentemente es problemático y lo convierta en una ventaja. La idea es similar a la noción de la terapia psicodinámica de utilizar la resistencia del paciente: Cuanto peor se porte el paciente en terapia, mejor es. Si un problema no surge en la relación terapéutica ¿Cómo puede ser útil el terapeuta? Los problemas de la vida diaria son posibilidades para practicar las habilidades. Efectivamente desde el punto de vista de la práctica de habilidades, no tener problemas sería un desastre, ya que no habría oportunidad para practicar. El sufrimiento, cuando se lo acepta, aumenta la empatía, y aquellos que sufren pueden mejorar y ayudar a otros. Una variación de esta estrategia es aquella que sostiene que en la mayor debilidad del paciente reside su mayor fortaleza (ej. Su persistencia en “resistir” el cambio es aquello que lo mantendrá en el camino hasta que el cambio se haya producido).

La idea de que uno puede hacer limonada de los limones no debe ser confundido con un refrán invalidante, oído muchas veces por los pacientes borderline, de que los limones de su vida son en realidad limonada y que ellos no son capaces de percibirlo. Uno de los problemas con esta estrategia es que el paciente puede sentir que el terapeuta no está tomando sus problemas seriamente. El truco es no sobresimplificar cuán difícil puede ser

encontrar tales características positivas; en verdad, puede ser como buscar una aguja en un pajar. Por lo que esta estrategia no puede ser utilizada de una manera arrogante. Su efectividad descansa en la relación terapéutica donde el paciente sabe que el terapeuta tiene gran compasión por su sufrimiento. En este contexto, sin embargo, la estrategia puede ser utilizada de una manera ligera y con un poco de humor. Cuando doy un grupo de habilidades, por ejemplo, los pacientes se dan cuenta rápidamente que yo me voy a alegrar incluso de la peor crisis por ser una oportunidad para practicar o aprender una habilidad. La incongruencia de mi respuesta (“Oh, que maravilloso!”) al malestar del paciente (“fui despedido”) fuerza al paciente a detenerse y tomar en cuenta la nueva información (ej. Esta es una oportunidad para practicar efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar, depende en que modulo nos encontremos). El terapeuta requiere la habilidad de encontrar un resquicio de esperanza sin negar que las nubes aun son negras.

7. PERMITIENDO EL CAMBIO NATURAL

La dialéctica asume que la naturaleza de la realidad es el proceso, el desarrollo y el cambio. Por lo que introducir una estabilidad y una consistencia arbitraria en terapia podría tener un carácter no dialéctico. En contraste a muchos otros enfoques terapéuticos, DBT no evita introducir el cambio y la inestabilidad en la terapia, ni el énfasis está puesto en mantener un ambiente terapéutico consistente. Los espacios físicos pueden cambiar de tiempo en tiempo, los horarios de sesiones pueden cambiar; las reglas pueden cambiar; y los diferentes terapeutas que interactúan con el paciente pueden decir diferentes cosas. Se permite que el cambio, el desarrollo, y la inconsistencia inherente a cualquier ambiente se produzcan naturalmente. Las palabras claves aquí son “permitir” y “naturalmente”. Permitir el cambio no es lo mismo que introducir el cambio por el cambio en si mismo; eso seria un cambio arbitrario. Los cambios naturales son aquellos que evolucionan de las condiciones actuales más que aquellos que son impuestos desde afuera.

La estabilidad y la consistencia es más confortable para los pacientes borderline, muchos tienen grandes dificultades con los cambios. La noción aquí es que la exposición al cambio, en una atmósfera segura, puede ser terapéutica. La evitación del cambio dentro de la relación terapéutica ofrece pocas oportunidades para que el paciente pueda sentirse cómodo con el cambio, la ambigüedad, lo impredecible, y la inconsistencia. (Efectivamente la oportunidad para afrontar efectivamente los cambios es hacer “limonada” de los “limones” de experimentar de manera ocasional inconsistencias en las conductas del terapeuta). Una relación predecible y estable artificial también limita la generalización del aprendizaje dentro de la relación a ambientes más naturales, donde la ambigüedad y un cierto nivel de incertidumbre muchas veces es la regla.

¿Esto significa que no hay consistencia en DBT? No. Pero la consistencia que existe es como el agua inmóvil que está bajo las olas del océano que vienen y van. Son más reales que aparentes. Técnicamente la única consistencia que se precisa es que el progreso conductual sea reforzado y el estatus quo disfuncional así como las recaídas no sean reforzados. El terapeuta debe estar consistentemente del lado del paciente, deseando cambiar la terapia para el bienestar del paciente. Efectivamente es esta consistencia en el cuidado que hace que la relación sea suficientemente segura para que la exposición al cambio sea beneficiosa.

8. EVALUACIÓN DIALÉCTICA

Mucho de lo que sucede en una psicoterapia puede pensarse como una evaluación. El terapeuta y el paciente tratan de establecer qué es exactamente lo que influencia qué; qué factores están causando que la persona actúe, sienta y piense como lo hace; qué es lo que va mal o bien en la vida del paciente y en la terapia; y qué es lo que está sucediendo en ese mismo momento. Dondé es que el terapeuta guía al paciente para buscar las respuestas depende de línea teórica del terapeuta. La psicología americana y la psiquiatría en general, y la mayoría de los enfoques sobre BPD en particular, han localizado la fuente del desorden dentro del individuo más que en el contexto social o físico que rodea a la persona. Aunque las teorías psicológicas típicamente le otorgan importancia a los eventos ambientales tempranos en el desarrollo de los problemas de los pacientes borderline, la mayoría de las teorías le prestan poca atención al rol del ambiente actual en la génesis y el mantenimiento de los problemas del individuo. Desórdenes biológicos, esquemas cognitivos, relaciones de objeto inadecuadas, y déficits de habilidades, sin embargo, han recibido mucha atención. Los individuos borderline son notables por la aceptación que tienen de la premisa de que los problemas son el resultado de sus déficits o desórdenes. Efectivamente muchos se ven a sí mismos con defectos fatales que no tienen posibilidad de ser cambiados.

Recuerden, sin embargo, que un punto de vista dialéctico es holístico, un punto de vista sistémico. Los patrones de influencia son recíprocos y en desarrollo. La identidad es relacional. La evaluación dialéctica requiere que el terapeuta, junto con el paciente, busquen constantemente qué es lo que se pierde en las explicaciones personales o individuales de las conductas actuales y los eventos. La pregunta que siempre debe hacerse es ¿Qué es lo que estamos dejando afuera? La evaluación no se detiene en el ambiente inmediato, o en la historia familiar o en las experiencias de aprendizaje de los otros (aunque no son ignoradas); también examina las influencias sociales, políticas y económicas en la conducta del paciente actual. Robert Sipe (1986, pp. 74-75) citando a Trent Schroyer (1972, pp. 30-31) describe un punto de vista similar:

“La conciencia dialéctica... es aquella que “restaura las partes perdidas a la autoformulación histórica, la actualización de la verdad a la falsa apariencia” de tal forma que podemos “ver a través de los sistemas de control y autoridad social innecesarios”. Al ver nuestro mundo social y psicológico como realmente es podemos ver posibilidades reales de transformación... En tanto las partes perdidas son restauradas, nuevos insight sobre el cambio psicosocial potencial emergen que previamente no podían ser concebidos”.

En el trabajo con mujeres en particular, la evaluación dialéctica dirige la atención hacia el rol de las instituciones culturales sexistas y las expectativas de rol en los problemas individuales. Efectivamente el doble vínculo frecuente de las expectativas de rol sexual, de clase social, religiosas, regionales, y raciales puestas sobre la conducta del individuo son vistas dialécticamente como importantes influencias en la conducta del individuo, incluyendo las conductas que los individuos borderline encuentran problemáticas. Se sostiene la posibilidad de que el BPD sea un desorden tanto individual como ambiental.

Los pacientes borderline muchas veces dicen que sienten que “no encajan”; que se sientan alienados o desconectados de la cultura en la que viven. Su conducta claramente sugiere que tienen grandes dificultades en adaptarse al mundo social en el que viven. La solución tradicional a este problema es tratar que el individuo cambie para poder encajar

mejor o aceptar mejor su destino. El contexto social en el que la persona se encuentra, sin embargo, es presentado como natural (“como las cosas son”) e inamovible. La idea de que debe haber un defecto fatal en la fábrica social –en las relaciones humanas y sociales de la sociedad en la que la persona se encuentra sumergida- muchas veces no es considerada. La ilusión está tan extendida que el individuo no puede elegir si creer o no en que él tiene un defecto fatal o es inadecuado. La evaluación dialéctica requiere un análisis del contexto social mayor y de su interrelación con el contexto personal más restringido. El zapato se pone en el otro pie, para decirlo así, y los cambios que la persona puede hacer en el ambiente son explorados. Las evaluaciones dialécticas están dirigidas a introducir la idea de que otra cultura – una cultura donde el individuo borderline puede encajar- es posible.

Estos mismos puntos también se aplican en el análisis de la influencia de la estructura de la terapia en el bienestar del paciente borderline. A través de los años, reglas y regulaciones sobre cómo la terapia debe progresar se han desarrollado. A veces parece que estar reglas y regulaciones son también naturales, que son las únicas que podrían existir. Tal posición lleva a cierta rigidez de las conductas terapéuticas. De manera implícita se sostiene nuevamente que si el paciente no mejora hay algo malo en el paciente más que en la terapia. Se le enseña al paciente a encajar en la terapia; en general no pensamos en hacer encajar la terapia en el paciente. La evaluación dialéctica requiere estar abierto a examinar la naturaleza opresiva o iatrogénica de alguna de las reglas y estilos terapéuticos cuando se trabaja con pacientes borderline. Tal análisis expande las posibilidades de la terapia, y quizás permita el desarrollo de procedimientos y relaciones terapéuticas que maximicen los beneficios tanto para el paciente como para el terapeuta.

Comentarios Finales

Las estrategias dialécticas propuestas aquí pueden fácilmente confundirse con un truco o con jugar un juego (un juego bastante sofisticado). Y, si no se tiene cuidado, honestidad y compromiso con lo que realmente se dice y se hace, es lo que puede suceder. Una actitud dialéctica requiere que el terapeuta sostenga ambos lados de cada polaridad, que crea que no tiene la absoluta verdad, y que busque aquello que falta en las maneras de construir y responder al mundo tanto del paciente como del terapeuta. Se necesita cierta humildad, una posición contraria a la de colocarse en un lugar superior que es donde uno se coloca cuando utiliza trucos. Por supuesto eso no impide que uno juegue, en el sentido de divertirse con el paciente. Pero esos juegos deben ser mutuos y gentiles para ser efectivos.

Cada estrategia descrita en este capítulo puede ser mal utilizada o aplicada falseando su espíritu. Un aspecto de la paradoja es que las afirmaciones parecen no tener sentido, sin embargo no toda afirmación sin sentido es una paradoja. Las metáforas y las historias pueden utilizarse para evitar contestar una pregunta directamente o para distraer la atención, para llenar el tiempo, o para lucirse. La historia puede ser fascinante pero no tener nada que ver con el problema que se está tratando. La estrategia del abogado del diablo es más útil cuando el terapeuta selecciona una posición para argumentar que tiene mérito y que valida la tenacidad con que el paciente sostiene una regla o creencia disfuncional. La estrategia está mal usada cuando el terapeuta humilla al paciente o lo hace aparecer como tonto o estúpido. El extending puede volverse fácilmente hostil y sarcástico, especialmente cuando el terapeuta se siente manipulado por las amenazas y las respuestas extremas del paciente. Activar la “mente sabia” tiene un gran potencial para validar la sabiduría inherente del paciente, pero puede ser fácilmente utilizada para validar la sensación de

sabiduría del propio terapeuta a expensas de la del paciente. De manera similar es fácil olvidar que hacer limonada de los limones requiere cierta cantidad de azúcar. Cuando el terapeuta fracasa en reconocer que el paciente no tiene acceso a al azúcar por si mismo, el resultado puede dejar un sabor amargo y disminuir la fe y la confianza del paciente en su terapeuta. Las estrategias de cambio natural pueden servir para cubrir inconsistencias arbitrarias, fracasos para mantener el compromiso, fallas en el plan terapéutico, y cambios en el humor. Finalmente si la evaluación dialéctica no es puesta a prueba rigurosamente y evaluada, puede crear y justificar sus propias ilusiones. Tradiciones que resistieron la prueba del tiempo y reglas del encuentro terapéutico pueden ser violadas sin conciencia, a veces con terribles consecuencias para el paciente o para el terapeuta. El bebe efectivamente puede ser arrojado a la calle junto con el agua del baño.

1. En alguna u otra medida todos los enfoques terapéuticos resaltan los mismos principios dialécticos discutidos aquí. Las terapias psicodinamicas, por ejemplo, le prestan atención a la tensión y a los conflictos dentro de la persona. Los enfoques conductuales le prestan atención a la relación holística entre la persona y su ambiente. La aproximación cognitiva se focaliza en observar y aceptar la realidad tal como es en el momento para ayudar al paciente a cambiar. Por lo que verdaderamente el énfasis de DBT en la dialéctica no es nada nuevo.

2. En este y en los siguientes capítulos los subtítulos en letras mayusculas llaman la atención sobre las estrategias de tratamiento en particular.

8

Estrategias Centrales Parte I Validación

Marsha Linehan

Como hice notar al principio del capítulo 7, la validación y las estrategias de resolución de problemas son el centro de DBT; todas las otras estrategias se construyen alrededor de ellas. Las estrategias de validación son las más obvias y directas estrategias de aceptación de DBT. La validación le comunica al paciente de una manera no ambigua que sus conductas tienen sentido y son entendibles en el contexto actual. El terapeuta incita al paciente a tratar de entender sus acciones, emociones, pensamientos y reglas implícitas. Las estrategias de resolución de problemas, por contraste, son las estrategias de cambio más obvias y directas en DBT. En las estrategias de resolución de problemas el terapeuta incita al paciente a analizar su propia conducta, comprometerse para el cambio, y tomar pasos activos para cambiar su conducta.

Como discutí en el Capítulo 4 las conductas maladaptativas son muchas veces soluciones a problemas que el paciente quiere resolver o quitarse de encima. Sin embargo, desde el punto de vista del terapeuta, esas mismas conductas son el problema a resolver. Simplificando las cosas las estrategias de validación resaltan la sabiduría del punto de vista del paciente, y las estrategias de resolución de problemas resaltan la sabiduría del terapeuta. Esta afirmación es simplificadora porque a veces las perspectivas cambian: El paciente ve su propia conducta como problemática y como algo que debe cambiarse mientras el terapeuta se focaliza en la aceptación del paciente y de su conducta tal como son. Tanto la validación como la resolución de problemas son utilizadas en cada interacción con el paciente. Muchos impasses terapéuticos son el resultado de una falta de balance entre una estrategia y otra.

Un paciente borderline se presenta clínicamente como un individuo con un malestar extremo. Ellas ruegan, y algunas veces demandan, que el terapeuta haga algo para cambiar el estado de las cosas – que las ayude a sentirse mejor, a dejar de hacer cosas destructivas, a vivir su vida de una manera más satisfactoria. Es muy tentador dado el alto nivel de malestar y las dificultades de cambiar el mundo que la rodea que el foco de la energía de la terapia se centre en cambiar al paciente. Depende de la orientación del terapeuta, el

tratamiento se focalizara en cómo los pensamientos irracionales del paciente, los supuestos, o los esquemas contribuyen a las emociones disfuncionales negativas; en cómo las conductas interpersonales inapropiadas o sus motivos contribuyen a los problemas interpersonales; cómo una biología anormal interfiere con la funcionalidad / adaptación; cómo la reactividad emocional y su intensidad contribuye a los problemas; etc. La terapia generalmente consiste en aplicar tecnologías de cambio, con el foco puesto en cambiar la conducta del paciente, su personalidad o sus patrones biológicos.

En muchos sentidos este foco resume el ambiente invalidante, en el cual el paciente era el problema y el paciente era el que tenía que cambiar. Cuando promueve el cambio el terapeuta, aprueba los peores temores del paciente: el paciente efectivamente no puede confiar en sus reacciones emocionales, sus interpretaciones cognitivas y sus respuestas conductuales. La desconfianza y la invalidación a la propia respuesta a los eventos, tanto si es autogenerada o si proviene de los otros, es extremadamente aversiva. Dependiendo de las circunstancias la invalidación puede generar miedo, enojo, vergüenza, o una combinación de las tres. Lo que significa que el foco en sí de la terapia basada en el cambio puede ser aversiva, ya que necesariamente el foco contribuye y genera autoinvalidación. No es sorprendente entonces que los pacientes muchas veces eviten o se resistan a la terapia.

Desafortunadamente, una aproximación terapéutica basada en la aceptación incondicional y la validación de las conductas del paciente, encuentra igualmente problema y, paradójicamente, también puede ser invalidante. Si el terapeuta alienta al paciente a aceptarse y validarse a sí mismo, puede parecer que el terapeuta no toma el problema del paciente seriamente. En las terapias basadas en la aceptación, la desesperación de un individuo borderline puede darse por descontada, ya que se ofrece poca esperanza de cambio. La experiencia personal del paciente, de que su vida es inaceptable e intolerable es de esa forma invalidada.

Para resolver este impase DBT trata mantener un equilibrio entre estrategias basadas en la aceptación y estrategias basadas en el cambio. El foco principal del tratamiento es tanto enseñarle al paciente a validarse a sí mismo como a cambiar. La terapia se esfuerza en ayudar al paciente a entender que sus respuestas pueden ser ambas cosas: apropiadas y válidas y, al mismo tiempo, disfuncionales y necesarias de ser cambiadas (Ver Watts, 1990, para un punto de vista similar). Este punto de equilibrio, sin embargo, cambia constantemente; como resultado, el terapeuta debe ser capaz de moverse y reaccionar con rapidez y flexibilidad en la terapia. El reconocimiento de la necesidad de flexibilidad y de síntesis o de balance entre polos opuestos complementarios es la razón de por qué la dialéctica es pensada como el fundamento de la terapia.

Definiendo Validación

La esencia de la validación es que: El terapeuta le comunica al paciente que sus respuestas tienen sentido y que son entendibles dentro de su vida actual, contexto o situación. El terapeuta acepta activamente al paciente y le comunica esa aceptación. El terapeuta toma las respuestas del paciente seriamente y no las desatiende ni trivializa. Las estrategias de validación requieren que el terapeuta busque, reconozca y refleje al paciente la validez inherente de su respuesta a los eventos. Con un niño rebelde los padres deben esforzarse por prestarle atención mientras se comporta bien para lograr reforzar su conducta; de manera similar, el terapeuta tiene que descubrir la validez dentro de la respuesta del paciente, a veces amplificarla, y entonces reforzarla. En los primeros momentos de la

terapia individual las estrategias de validación pueden ser las estrategias principales utilizadas en la terapia.

A veces es posible entender qué es lo que significa validar entendiendo qué es lo que no significa. Señalar que una respuesta fue funcional en el pasado pero que ya no lo es en la actualidad, es más invalidante que validante. Por ejemplo, la paciente puede decir que el terapeuta siempre está enojado con ella. Si el terapeuta inmediatamente lo niega, y después señala como las experiencias del paciente en otras relaciones íntimas pueden haberla llevado a pensar que el terapeuta estaba enojado, el terapeuta está invalidando el comentario de la paciente. El terapeuta puede estar mostrando que la paciente no está loca, que en un contexto anterior su respuesta podía ser válida, pero que su respuesta no es válida en el contexto actual. Validar la historia del paciente no es lo mismo que validar la conducta actual.

De manera similar el terapeuta está invalidando la respuesta del paciente si su comentario es interpretado como una proyección de su propio enojo hacia el terapeuta. Casi cualquier respuesta *ad hominem* (o, en este caso, *ad feminam*), como ésta, invalida el contenido del punto de vista del paciente. Aunque alguno de esos argumentos podrían tener también validez ellos no validan el comentario del paciente, y no es probable que sean experimentados como validantes. Una respuesta validante sería que el terapeuta primero busque abiertamente cualquier conducta expresiva en la que él se haya podido involucrar que pueda haber comunicado enojo, y luego discutir con el paciente la emoción o la actitud que esa conducta refleja. Finalmente, validar no es simplemente hacer que el paciente se sienta bien o construir su autoestima. Si la paciente dice algo estúpido, decir que es inteligente invalida su experiencia de ser estúpida.

Hay tres pasos para validar. Los primeros dos son parte que casi todas las tradiciones de psicoterapia, el tercero, sin embargo, es esencial a DBT. Los pasos son los siguientes:

- 1) *Observar Activamente*. Primero el terapeuta obtiene la información sobre qué es lo que le sucedió al paciente o qué es lo que le está sucediendo en ese momento, escucha y observa qué es lo que el paciente está pensando, sintiendo, y haciendo. La esencia de este paso es que el terapeuta está “despierto”. El terapeuta deja ir las teorías, los prejuicios y los sesgos personales que entorpecen el camino de observar las emociones, pensamientos y conductas del paciente. En un ambiente hospitalario o en una internación el terapeuta deja ir los “chismes” sobre el paciente y las opiniones de otros profesionales sobre el paciente. El terapeuta escucha las comunicaciones directas y los actos públicos. Además el terapeuta escucha con una “tercera oreja” las emociones, pensamientos, valores y creencias no dichas; el terapeuta también observa con su “tercer ojo” para adivinar las acciones no realizadas por el paciente. Al comienzo de la terapia, el terapeuta ofrece la capacidad de “leer la mente del paciente”; esto puede ser como tomar una foto en la oscuridad con cámara infrarroja. A través del moldeamiento terapéutico el paciente progresa a través del tiempo es su capacidad de tomar el mismo tales “fotos”.
- 2) *Reflejo*. Segundo, el terapeuta refleja precisamente las emociones, pensamientos, supuestos y conductas del paciente. En este paso, una actitud no juiciosa es fundamental. El terapeuta comunica al paciente, de una manera en que el paciente pueda oír, que el terapeuta está “despierto” y escuchando. Se requiere de empatía emocional precisa; comprensión (pero no necesariamente acuerdo) de los

pensamientos, expectativas, supuestos; y reconocimiento de los patrones conductuales. A través de una conversación de ida y vuelta el terapeuta ayuda al paciente a identificar, describir, y etiquetar sus propios patrones de respuesta. Entonces el paciente tiene la oportunidad de decirle al terapeuta que esta equivocado. El terapeuta pregunta frecuentemente ¿Está bien? Al reflejar el terapeuta muchas veces dice aquello que el paciente observa pero tiene miedo de decir o admitir. Este simple acto de reflejo, especialmente cuando el terapeuta lo “dice primero” puede ser una forma poderosa de validación: Los pacientes borderline muchas veces se observan primero pero después invalidan o descartan sus propias percepciones por su falta de confianza en sí mismas.

- 3) *Validación Directa*. Tercero, el terapeuta busca y refleja la sabiduría o la validez en la respuesta del paciente, y comunica que la respuesta es comprensible. El terapeuta encuentra el estímulo en el ambiente que sostiene la conducta del paciente. Incluso cuando toda la información relevante puede no estar disponible, las emociones, los pensamientos y las acciones tienen sentido en el contexto de la experiencia actual de la persona y de su vida hasta la fecha. La conducta es adaptativa en el contexto en el que ocurre, y el terapeuta debe encontrar la sabiduría de esa adaptación. El terapeuta no está ciego a la naturaleza disfuncional de la respuesta del paciente pero efectivamente atiende a aquellos aspectos de la respuesta que pueden ser razonables o apropiados al contexto. El terapeuta busca en la respuesta del paciente su precisión inherente, aquello apropiado y razonable antes de considerar sus características más disfuncionales. Incluso si sólo una pequeña parte de la respuesta es válida, el terapeuta busca esa parte de la conducta y responde a partir de ahí. Es este tercer paso el que precisa de mayor búsqueda por parte del terapeuta y el que define a la validación más claramente. Al encontrar validez en la respuesta del paciente, el terapeuta puede honestamente ayudar al paciente en validarse a sí mismo.

La búsqueda de validez es dialéctica, el terapeuta debe buscar el grano de sabiduría y autenticidad en la respuesta del paciente que como un todo puede ser disfuncional. A veces validar la respuesta del paciente es como encontrar un pedacito de oro en un puñado de arena. El supuesto de DBT es que hay un pedacito de oro en cada puñado de arena; hay algo inherentemente válido en cada respuesta. La atención al pedacito de oro no excluye la atención a la arena. Efectivamente las estrategias de validación se equilibran con estrategias de resolución de problemas, que se focalizan en encontrar y tomar acción sobre las características del paciente que deben ser cambiadas.

Existen cuatro estrategias de validación. Las primeras tres, la validación emocional, conductual y cognitiva son muy similares una con otra. Se las distingue en este capítulo para permitir la posibilidad de desarrollar algunos aspectos que muchas veces son importantes al tratar a pacientes borderline. “Alentar” (Cheerleading) es diferente, en esta estrategia el terapeuta esta validando las capacidades inherentes del paciente – capacidades que no siempre son obvias para el paciente. Mientras que la validación emocional, conductual y cognitiva son experimentadas como validantes por el paciente; el aliento a veces no lo es. Aunque cualquiera de estas cuatro estrategias incluyen los tres pasos descritos arriba, la manera en que el terapeuta coloca estos pasos juntos puede variar.

¿Por qué Validar?

Aunque la necesidad de la validación en el tratamiento de los pacientes borderline puede ser autoevidente; especialmente a aquellos que hayan leído los siete capítulos anteriores de este libro, a los terapeutas muchas veces les resulta tan difícil mantener una posición validante que el punto no puede subrayarse excesivamente. Para resumir los señalamientos que realice anteriormente, la validación es necesaria para equilibrar las estrategias de cambio. La cantidad de validación necesaria por unidad de cambio variará entre los pacientes y a través del tiempo con el mismo paciente. Generalmente el paciente que no es asertivo, no es verbal, y tiende a retirarse cuando se lo confronta necesitara mayor tasa de validación que los pacientes combativos que aunque vulnerables y sensibles, pueden “mantener el curso” cuando se sienten atacados. Todos los pacientes, cuando el estrés ambiental (tanto dentro como fuera de la terapia) sube, precisan que la proporción validación-cambio cambie en concordancia. De manera similar cuando ciertos temas están siendo tratados la validación debe aumentar. Incluso dentro de una sesión particular la necesidad de la validación puede variar. La terapia con pacientes borderline puede parecerse a empujar a un individuo cada vez más cerca del borde de un precipicio. Cuando la espalda de la persona roza el borde se utiliza la validación para traer a la persona de vuelta a tierra firme donde el terapeuta se encuentra.

Segundo, la validación es necesaria para enseñarle al paciente a validarse a sí mismo. Como discutí en el Capítulo 2 los individuos borderline muchas veces enfrentan dos fuentes diferentes pero poderosas de información: sus propias reacciones intensas a los eventos por un lado, y por otro las respuestas discrepantes pero muchas veces de igual intensidad de los otros. Aunque DBT no asume que los pacientes borderline no distorsionen a veces los eventos la primera línea de aproximación es siempre descubrir el aspecto del evento que no esta siendo distorsionado. La distorsión de los eventos es muchas veces la consecuencia, más que la causa de la disfunción emocional. La experiencia de la desconfianza hacia uno mismo es extremadamente aversiva cuando es de larga duración y esta muy extendida. Como mínimo las personas tienen que confiar en su decisión sobre a quién deben creerle –a ellos mismos o los otros. La exageración de los eventos es muchas veces un intento de obtener validación de una perspectiva original de los eventos totalmente valida. Muchas veces señalo a los pacientes que uno de mis objetivos en la terapia es ayudarlos a aprender a confiar en sus propias respuestas.

El secreto de un uso efectivo de la validación es saber cuándo utilizarla y cuando no, y una vez que comienza cuando terminarla. Esto puede ser un problema especial cuando emociones intensas están presentes o son generadas. Para algunos pacientes, si el terapeuta lo permite, la terapia sería no mucho más que catarsis emocional. La capacidad de detener la expresión emocional e involucrarse en la resolución de problemas es importante si algún progreso va a realizarse. En particular es importante que el terapeuta no utilice estrategias de validación después de conductas disfuncionales que se mantienen por su tendencia a generar validación de parte del ambiente. (El uso de contingencias terapéuticas para modificar la conducta se desarrolla en extenso en el Capítulo 10). A veces la mejor estrategia es ignorar el estrés emocional del paciente actual y sumergirse en la resolución de problemas, arrastrando al paciente con uno, para decirlo de alguna manera. La validación puede ser un breve comentario o una digresión mientras se trabajan otros temas, o puede ser el foco de una sesión completa. Como con otras estrategias DBT el uso debe estar orientado a objetivos y tener intencionalidad. Esto es que se la debe utilizar cuando el objetivo inmediato es calmar al paciente que esta demasiado activado emocionalmente como para

hablar de cualquier otra cosa; para reparar errores terapéuticos; para desarrollar la habilidad del paciente de una observación no juiciosa y una autodescripción no peyorativa (ej. Enseñar autovalidación); para aprender sobre las experiencias actuales del paciente o las experiencias que acompañan un evento; o para proveer un contexto validante para el cambio.

ESTRATEGIAS DE VALIDACIÓN EMOCIONAL

Los pacientes borderline vacilan entre la inhibición emocional y la intensa reactividad emocional. Algunos pacientes característicos inhiben la expresión de la emoción durante las interacciones en la terapia; otros pacientes siempre parecen estar en un estado emocional de crisis; y otros parecen ir y venir de un estado a otro. Estas fases fueron descritas en el Capítulo 3 y 5. La validación emocional representa un desafío diferente según en que fase se encuentre el individuo. Con el individuo inhibido la expresión emocional es como una pequeña llama de una fogata en un día de lluvia. El terapeuta debe ser cuidadoso de no apagar la emoción con observaciones demasiado fáciles, explicaciones e interpretaciones. Enseñarle al paciente a observar su propia emoción, ser capaz de leer la emoción con mínima información, y mantenerse abierto a la posibilidad de equivocarnos en nuestra predicción son todas estrategias importantes. Con los pacientes emocionalmente reactivos, en contraste, el desafío es validar la emoción sin escalarla al mismo tiempo. Proveer oportunidades para la expresión emocional y reflejar las emociones es importante en estos casos.

Las estrategias de validación emocional contrastan con las aproximaciones que se focalizan en la sobrereactividad de las emociones o en la distorsión básica en que se generan. De manera similar es la aproximación de Greenberg y Safran (1987), que hacen una distinción entre las emociones primarias o “auténticas” y las secundarias o “aprendidas”. Las últimas son reacciones a las evaluaciones cognitivas primarias y a las respuestas emocionales; son el producto final de una cadena de emociones y pensamientos. Las emociones disfuncionales y maladaptativas, de acuerdo con Greenberg y Safran, son usualmente emociones secundarias que bloquean la experiencia y la expresión de la emoción primaria. Estos autores sugieren que “todas las emociones primarias proveen información adaptativa motivacional para el organismo” (1987, p. 176). El punto importante aquí es la sugerencia de que las respuestas disfuncionales y maladaptativas a los eventos muchas veces están conectadas o intercaladas con respuestas “auténticas” o válidas. Encontrar y amplificar estas respuestas primarias constituye la esencia de la validación emocional. La honestidad del terapeuta al aplicar estas estrategias no puede subrayarse en exceso. Si las estrategias de validación emocional son utilizadas como estrategias de cambio- esto es, si la validación se da de la boca para afuera para lograr simplemente calmar al paciente para luego hacer el “verdadero trabajo”- el terapeuta puede esperar que la terapia fracase. Esta honestidad, a su vez, depende de la creencia del terapeuta de que hay algo substancialmente válido que puede encontrarse, y que esa búsqueda es terapéuticamente útil.

Los individuos borderline comúnmente no pueden identificar las emociones que están experimentando, usualmente por que están experimentando una variedad de emociones simultáneas en rápida sucesión. En algunos casos, las reacciones emocionales secundarias (ej. Miedo, vergüenza, o enojo) a sus emociones primarias pueden ser tan intensas o extremas como para interrumpir o inhibir la emoción primaria antes de que el

paciente tenga la oportunidad de experimentar, procesar o articular la emoción. Otras veces el paciente puede experimentar una emoción simple tan intensamente y puede reportar estar perturbado pero no puede pasar de ese señalamiento a una descripción más completa de la emoción. El paciente puede reportar que en su vida diaria tiene conciencia de sus emociones sólo después de que pasaron. Un importante foco de la terapia es ayudar a los pacientes a observar y describir sus emociones actuales de una manera no juiciosa, tomando el cuidado de separar la descripción de la emoción de la descripción de los eventos que llevaron a la emoción.

Los pacientes borderline muchas veces se retraen de las emociones muy intensas, mostrando muy pocos indicadores de activación emocional. Una conducta excesivamente pasiva es a veces una indicación de que el paciente está evitando o inhibiendo todas las respuestas emocionales que de otra manera serían generadas por las condiciones actuales. A veces el escape y la evitación será incompleto y el individuo reaccionará con una parte de la respuesta emocional mientras inhibe otra. Por ejemplo, el paciente puede experimentar fenomenológicamente miedo o tristeza sin que los aspectos expresivos faciales y posturales de la emoción, o viceversa. O el paciente puede tener la tendencia de acción usualmente asociada con una emoción (ej. Gritar, salir corriendo de la sesión, o golpear al terapeuta) sin la correspondiente experiencia emocional o los cambios fisiológicos característicos. DBT no supone que los pacientes están experimentando la emoción inconscientemente, y no lo saben. El paciente que quiere golpear al terapeuta no necesariamente está enojado con él. En verdad, en este último caso el problema puede ser que el paciente no está reaccionando con enojo. Esto es, está evitando o inhibiendo el fluir de la respuesta que generalmente ocurriría.

Con el paciente que está inhibiendo la experiencia emocional y la expresión, el terapeuta debe ser muy cuidadoso de validar tanto la emoción que está siendo inhibida y las dificultades que el paciente tiene para expresarlas espontáneamente. Entender la inhibición generalmente requerirá una evaluación conductual habilidosa (descrita en detalle en el Capítulo 9). Por ejemplo el paciente puede evitar automáticamente las respuestas emocionales o inhibir su expresión como resultado de experiencias de condicionamiento clásico (Ver Capítulo 3). Las emociones secundarias, como se hizo notar más arriba, muchas veces interrumpen o interfieren la experiencia plena y/o la expresión de las emociones primarias. Finalmente muchos pacientes tienen fuertes creencias morales sobre la apropiado o no de varias emociones.

Para los pacientes que están en una crisis emocional o están expresando emociones intensas, el terapeuta tiene que tener mucho cuidado de no usar la invalidación como una técnica para amortiguar la emoción – una estrategia muy común. En mi experiencia uno de los mayores temores de los terapeutas es que si reconocen o validan las experiencias emocionales de los pacientes borderline, estarán premiando la conducta emocional y esta continuará o incluso escalará. Otras veces, los terapeutas, como sus pacientes, sienten que si validan al paciente estarían invalidándose ellos mismos. Es tentador entonces tratar de castigar al paciente para lograr una reducción de la emoción. Esto raramente funciona, e incluso cuando lo hace, el paciente regresa a la inhibición, sólo para responder de manera más intensa la próxima vez que la misma situación se presente. Una vez que el paciente se siente oído, escuchado, y tomado seriamente, sin embargo, generalmente se calma. Efectivamente si el terapeuta toma las emociones del paciente más seriamente que lo que el paciente las está tomando (la estrategia dialéctica de extending), el paciente puede

comenzar a tranquilizar al terapeuta. Estrategias específicas de validación emocional se desarrollan debajo y se resumen en la tabla 8.1.

Tabla 8.1. Checklist de Estrategias de Validación Emocional

<ul style="list-style-type: none"> - T ofrece oportunidades para la EXPRESIÓN EMOCIONAL; T empatiza y acepta las emociones de P. <ul style="list-style-type: none"> - T escucha de una manera no juiciosa y con una actitud comprensiva la expresión emocional de P. - T rodea los intentos de modular la expresión emocional o de refocalizar el tema de discusión con afirmaciones que proveen estructura mientras indica que comprende la dificultad y el malestar de P.
<ul style="list-style-type: none"> - T ayuda a P a OBSERVAR Y ETIQUETAR sus emociones; T ayuda a P a ir más despacio, dar un paso atrás, y observar los componentes de las respuestas emocionales. <ul style="list-style-type: none"> - T dirige a P para que preste atención a su experiencia fenomenológica de la emoción. - T ayuda a P a describir y a etiquetar las sensaciones corporales asociadas con las emociones. - T ayuda a P a describir y etiquetar los pensamientos, supuestos e interpretaciones de las situaciones asociadas con la emoción. - T ayuda a P a describir los deseos y anhelos asociados con las emociones. - T ayuda a describir las tendencias de acción y las urgencias asociadas con las emociones. - T ayuda a P a observar y describir las expresiones faciales y posturales que pueden estar asociadas con la emoción.
<ul style="list-style-type: none"> - T LEE LAS EMOCIONES; T expresa de una manera no juiciosa las respuestas emocionales que P sólo parcialmente esta expresando. <ul style="list-style-type: none"> - T lee a través del tiempo las emociones de P, y disminuye la lectura una vez que P progresa en la terapia. - T ofrece preguntas múltiple choice sobre que emociones puede estar sintiendo P.
<ul style="list-style-type: none"> - T COMUNICA que las emociones de P son válidas. <ul style="list-style-type: none"> - T comunica que la respuesta emocional de P (o parte de la respuesta) es razonable, sabia, o que tiene sentido en el contexto (“Por supuesto que te sentiste así”). - T señala que incluso cuando P esta sobrerreaccionando o esta reaccionando a un posible punto de vista “distorsionado” de la situación, P esta sin embargo pescando algo de su propia conducta o del contexto (ej. Hay algún estímulo que activa la emoción). - T enseña que todas las conductas (incluso las emociones) tienen una causa. - T ofrece / genera una explicación basada en el aprendizaje de las respuestas emocionales, para contrarrestar las teorías juiciosas de P.
<p style="text-align: center;"><u>Tácticas AntiDBT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - T insiste sobre la percepción de T de las emociones de P; T parece cerrado a la posibilidad de que las emociones de P sean diferentes a las que T supone. - T critica las emociones de P. - T subraya la irracionalidad o la distorsión que esta en la base de las emociones sin siquiera reconocer la “pepita de verdad”. - T responde a las emociones dolorosas como algo que hay que sacarse de encima. <ul style="list-style-type: none"> - T expresa sólo incomodidad con las emociones dolorosas de P. - T refuerza la expresión disfuncional de las emociones al detener los procedimientos de cambio para extender la validación siempre que tales expresiones suceden.

1. OFRECER OPORTUNIDAD PARA LA EXPRESIÓN EMOCIONAL

Un paciente en un estado de crisis abrumadora requiere que una parte sustancial de la sesión se dedique a la expresión y procesamiento emocional. Los esfuerzos del terapeuta para controlar la expresión emocional intensa pueden encontrar intensa resistencia, incluyendo afirmaciones de que el terapeuta no entiende al paciente. En estas circunstancias el terapeuta debe simplemente escuchar, identificar, clarificar, y validar de manera directa las emociones del paciente de una manera no juiciosa. Como dije antes, el paciente

gradualmente se calmará y estará listo para focalizarse en la resolución de problemas. Preguntas abiertas sobre las emociones en este momento probablemente no serán útiles. Generalmente, sólo prolongaran la intensidad emocional, mientras que las declaraciones que reflejen la emoción o el estado contextual pueden ayudar a que la intensidad disminuya.

Las oportunidades para la expresión emocional también son importantes para el paciente inhibido. Aquí, sin embargo, la tarea es proveer suficiente estructura para inducir la comunicación de la emoción, mientras que no se impone tanta estructura como para que el paciente se retire aún más. “Suficiente estructura” generalmente involucra preguntar sobre las reacciones emocionales y dejar suficiente silencio para que el paciente responda. La paciencia y la capacidad para tolerar el silencio son un requisito en este punto. También se precisa de la capacidad de juzgar cuándo el silencio es demasiado largo. Los silencios muy prolongados pueden inducir mayor retracción. Efectivamente después de un silencio razonable el terapeuta debe involucrarse en un parloteo solitario, entremezclando preguntas sobre qué es lo que el paciente está sintiendo y callando, hasta que el paciente comience a hablar.

2. ENSEÑANDO OBSERVACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES DE ETIQUETADO

La habilidad de observar y etiquetar las experiencias y los estados emocionales son un objetivo importante en el módulo de entrenamiento de habilidades de regulación emocional. El terapeuta debe saber estas habilidades y ayudar al paciente a integrarlas dentro de su vida diaria. El terapeuta puede necesitar también enseñar estas habilidades de manera explícita cuando no hay grupo de habilidades separado de la terapia individual o cuando esas habilidades serán enseñadas mucho después de que sean necesarias. Algunos pacientes borderline son bastante buenos observando y describiendo emociones; otros tienen habilidades mínimas, viven en una niebla emocional. Saben que están sintiendo algo pero tienen muy poca o ninguna idea de qué es lo que están sintiendo o cómo ponerlo en palabras. Con estos pacientes es útil enseñarles primero a observar y describir los componentes de la emoción, sin necesidad de tener que ponerle etiquetas en ese momento.

Hay muchas teorías de las emociones, y por lo tanto muchas teorías de los componentes de las respuestas emocionales. En DBT les enseñamos a los pacientes cómo observar y describir los eventos precipitantes (tanto internos como externos); los pensamientos y las interpretaciones asociadas con el eventos; las respuestas físicas y sensoriales asociadas con la respuesta emocional; los deseos asociados con la experiencia (ej. Querer lo mejor para la persona o querer estar cerca del que amamos); y las tendencias de acción asociadas (ej. “Tengo ganas de golpearlo”, “Mis pies quieren salir corriendo”). La información sobre la emoción que se está experimentando también puede obtenerse por las reacciones manifiestas que pueden ser expresión de la emoción, como las expresiones faciales y corporales, las palabras que se utilizan, y las acciones. Finalmente, también puede ser útil examinar los efectos posteriores de la emoción. Por ejemplo sentirse seguro y confiado cuando se está cerca de alguien indica más amor que de enojo.

A veces la información sobre el evento precipitante es todo lo que se necesita para darse cuenta de cual es la respuesta emocional. Si una persona amenaza con matar a alguien, lo más probable es que esa otra persona reaccione con miedo; la tristeza generalmente sigue a la muerte de un ser querido. Sin embargo a causa de la idiosincrasia

individual y de las experiencias de aprendizaje cultural las respuestas emocionales pueden variar en diferentes situaciones. Un factor que hace todo aun más complicado es que la mayoría de los individuos, incluyendo a los pacientes borderline, tienen dificultades para discriminar los eventos precipitantes (ej. “El me habla con un tono cortante de voz”, “Mi corazón esta latiendo”) de las interpretaciones de los eventos (ej. “El me odia”, “Estoy teniendo un ataque de pánico y quedaré humillado frente a todos). La capacidad para separar los eventos de las interpretaciones sobre los eventos es un primer paso importante en la terapia cognitiva y también lo es en DBT.

La autoobservación requiere algo más que el paciente de un paso atrás y note la presencia de sensaciones físicas, emociones, carga emocional, o pensamientos “calientes”, y tendencias de acción. A veces hacer que el paciente vaya despacio y observe su propia respuesta es la única manera que tiene el terapeuta para obtener suficiente información para poder ayudar al paciente. Aunque se espera que los terapeutas DBT “lean la emociones del paciente”, al menos en las primeras etapa de la terapia (ver más abajo), la información sobre cómo está reaccionando realmente el paciente hace las cosas mucho más fáciles. De otra manera el identificar las emociones del paciente algunas veces puede parecer como jugar a las adivinanzas. La mayoría de las personas, incluyendo a los pacientes borderline, encuentran muy difícil el observar las respuestas emocionales sin verse arrastrados por ellas. Efectivamente la observación de las emociones es también una técnica de regulación emocional. Esto significa que puede ser útil enseñar al paciente a practicar la autoobservación durante las sesiones de terapia y en las interacciones telefónicas.

Las técnicas para enseñarle al paciente a aprender a observar, describir y etiquetar las emociones incluyen el preguntar y hacer comentarios sobre los eventos precipitantes, instruir al paciente sobre cómo dar un paso atrás y observar sus respuestas cognitivas, fisiológicas y las respuestas de acción no verbales; y focalizarse en las respuestas normales de otras personas en situaciones similares. Llenar el formulario de “Observar y describir las emociones” del módulo de entrenamiento en habilidades de regulación emocional (ver el manual que acompaña este libro) puede ser muy útil. La ventaja de estos formularios es que el paciente puede utilizarlo entre sesiones para identificar sus emociones.

A veces el paciente experimenta la idea de que se puede observar la emoción como una forma de invalidación emocional. La tendencia del paciente a tomar la emoción literalmente como información sobre el evento precipitante más que como su propia respuesta a los eventos precipitantes, es la dificultad que encontramos aquí. La sugerencia de que uno puede o debe observar la emoción implica que el “problema” es la emoción, no aquello que la provoco. Para contrarrestar esto el terapeuta debe rodear el pedido de observar con comunicaciones que validen la emoción.

3. LEER LAS EMOCIONES

Leer las emociones es el equivalente emocional de leerle la mente a alguien. Un terapeuta que es bueno leyendo las emociones se puede dar cuenta de cómo el paciente se siente sabiendo qué fue lo que sucedió, o puede hacer una relación entre el evento precipitante y la emoción sin tener ninguna información sobre la emoción en sí misma. Esto casi siempre es experimentado como validante de la experiencia emocional del paciente. El mensaje comunicado es que la respuesta emocional del paciente a los eventos es normal, predecible y entendible; ¿de que otra manera podría el terapeuta saber qué es lo que el paciente esta sintiendo? Por el contrario, el hecho de que el terapeuta no pueda darse cuenta de cómo el

paciente se está sintiendo a menos que el paciente lo diga puede ser experimentado como invalidante, insensible y como una muestra de poco interés.

Muchos terapeutas no quieren o son incapaces de leer las emociones de sus pacientes, insisten en que el paciente diga qué es lo que le sucede o qué es lo que quiere. No es poco usual escuchar terapeutas que les dicen a sus pacientes “no puedo leerte la mente”, en un tono de voz que claramente implica que esperar que el terapeuta sepa como el paciente se siente sin que este lo diga es de alguna manera patológico. Los pedidos de los pacientes de que sus terapeutas hagan esto es tema en las presentaciones de pacientes en conferencias. Aunque un momento de reflexión nos alcanza para entender que el tener la capacidad de saber cómo el otro se siente sin que nos lo tenga que decir es una habilidad social esencial y esperable en las relaciones cotidianas. Si alguien muere, una persona es despedida, una casa se prende fuego, una suma de dinero importante se gana o se pierde en el trabajo o un chico gana un premio deseado, la mayoría de las personas esperarían que los otros supieran como se están sintiendo y que actuaran en concordancia. En muchos conflictos entre grupos el tema es justamente este, la queja de un grupo de que el otro es insensible y no puede entender las emociones del primer grupo a menos que todo sea dicho en detalle. Los hombres no comprenden a las mujeres, los caucásicos no pueden ver la vida desde la perspectiva de un afroamericano, los ricos malinterpretan a los pobres, y así. Demandar que los otros nos comprendan mejor, o que desarrollen la habilidad para leer nuestras emociones, no es una demanda exclusiva de los paciente borderline. En cada caso el problema es que la persona con un background cultural tiene dificultades para leer las emociones de las personas con otro background. Y éste es el estado de cosas entre muchos pacientes borderline y sus terapeutas. Tienen experiencias de vida muy diferentes, haciendo que sea muy difícil que uno se entienda con el otro. Los pacientes no tienen la cultura que hace ser terapeuta; la mayoría de los terapeutas no tienen experiencias cercanas a las que tienen los pacientes borderline.

Entre las afirmaciones emocionales más comunes e importantes hechas por los pacientes borderline y con conductas suicidas están variantes de “ya no me importa”. Tales comentarios son importantes porque reflejan el potencial de invalidación emocional que es central en la opinión que los pacientes tienen de sí mismos. El paciente puede decir que no quiere intentarlo más, o que ya no le importan cosas que antes le importaban. Cuando se toman literalmente, estos comentarios limitan aun más el trabajo entre el terapeuta y el paciente, a menos sobre el tema que se está tratando. A veces, la afirmación del paciente de que ya nada le importa refleja la creencia secreta del terapeuta (“Si le importara, lo intentaría aun más, lo haría mejor, etc”). Existe la tentación de acordar con el paciente sobre que nada le importa o sobre que no quiere mejorar. Otras veces el terapeuta experimenta la afirmación del paciente como manipulativa (“obviamente le importa; ella sólo quiere jugar conmigo o lograr algo de mí”). El terapeuta responde entonces con algún tipo de agresión velada o frialdad. Ambas respuestas pueden ser experimentadas por el paciente como invalidantes de su verdadero estado emocional. Que ya nada importe es muchas veces una respuesta de frustración y un intento de parte del paciente de evitar el ciclo de preocuparse y volver a fallar. Es útil que el terapeuta responda a esto sosteniendo que probablemente le importaría si se lo permitiera, y que el problema posiblemente tenga que ver con emociones de desesperanza más que con falta de interés. Simplemente reconocer la sensación del cliente de estar fuera de control puede ser útil para ayudar al paciente a identificar sus estrategias de evitación.

Leer las emociones requiere que el terapeuta tenga alguna familiaridad con la cultura del paciente. Saber sobre la situación del paciente o los eventos precipitantes, junto con la atención a las conductas verbales y no verbales, puede ser de ayuda para arribar a una descripción de las respuestas emocionales del paciente. La relación entre eventos y emociones es en parte universal, pero en parte aprendida. Ya que, hasta cierto punto las historias de aprendizaje del paciente y el terapeuta son similares, el terapeuta debe adoptar la lectura de emociones. En ausencia de tal similitud, la experiencia clínica (especialmente con pacientes borderline), libros, películas sobre personas como el paciente pueden ser de ayuda. Una tarea importante de la reunión de equipo es ayudar al terapeuta a hacer este trabajo.

Timing

El leer las emociones es esencial al comienzo de la terapia con pacientes borderline, pero su uso debe ir disminuyendo en tanto la terapia progresa. Como estrategia es una muy poderosa técnica de validación y al mismo tiempo está cargada de dificultades. El principal problema es que mientras el terapeuta lee las emociones del paciente el paciente no aprende como “leer” sus propias emociones. El terapeuta está haciendo ese trabajo, no el paciente. Segundo, que el terapeuta lea las emociones generalmente consuela mucho al paciente. Por lo que cuando el terapeuta comienza a disminuir las ocasiones en que lee las emociones puede ser experimentado por el paciente como un castigo o como falta de preocupación. Tercero, cuando el terapeuta verbaliza las emociones del paciente esto permite que el paciente evite nombrarlas el mismo. Por lo que la exposición a hablar sobre las propias emociones es aun más evitada, y el alivio que genera el hablar sobre las propias emociones puede verse impedido. Finalmente, evitar la expresión emocional le permite al paciente evitar la autovalidación emocional.

Al principio de la terapia, y a veces también cuando la terapia comenzó, la resistencia del terapeuta a leer las emociones del paciente muchas veces produce escaladas de la emoción hasta que esta finalmente es expresada abiertamente, pero de una manera extrema y maladaptativa. En otras palabras, la emoción sólo se expresa cuando su experiencia es más intensa que la experiencia contraria de vergüenza, miedo y autoinvalidación. En ese punto, el paciente puede intentar cortarse o intentar suicidarse o puede adherir rígidamente a un punto de vista que sostiene una respuesta emocional extrema. Antes de que el paciente aprenda a inhibir esas conductas maladaptativas, la retirada por parte del terapeuta de la lectura de emociones para forzar al paciente a expresar sus propias emociones es probablemente contraproducente. Sin embargo, una vez que las conductas están bajo control y el paciente puede tolerar el malestar de una manera adecuada, continuar leyendo las emociones puede ser contraproducente. En verdad la tarea del terapeuta es enseñar al paciente habilidades de experimentación de las emociones y de expresión emocional. Esto es especialmente cierto en las etapas finales de DBT en las que el desarrollo del autorrespeto y el aprendizaje de la autovalidación son un objetivo primordial. Los principios del entrenamiento de habilidades (incluyendo el moldeamiento (shaping), desarrollados en el Capítulo 11) son relevantes aquí.

Haciendo preguntas múltiple choice sobre las emociones

Un peligro con la lectura de emociones es que el terapeuta puede equivocarse y el paciente sin embargo estar de acuerdo. Puede hacerlo por confusión, por temor a estar en desacuerdo o a molestar a su terapeuta, o por creer que su verdadera emoción es tan mala que no puede ser admitida. Una estrategia alternativa es ofrecer al paciente un rango de etiquetas de emociones para que el pueda elegir – por ejemplo ¿Te sentís enojada, herida, triste o las tres cosas? La ventaja es que tales preguntas no son preguntas abiertas. Los pacientes borderline muchas veces no pueden responder simplemente a las preguntas abiertas sobre sus emociones actuales. Las preguntas tipo múltiple choice le dan al paciente algunas elecciones posibles pero no demasiadas.

4. COMUNICAR LA VALIDEZ DE LAS EMOCIONES

La manera más simple de validar la experiencia emocional del pacientes es para el terapeuta comunicar directamente que él encuentra la respuesta emocional comprensible. Dos tipos de comprensión pueden comunicarse aquí. Primero, el paciente puede ser informado que casi todo el mundo (o al menos mucha gente) respondería a la situación generadora de la emoción de la misma manera que ella lo está haciendo. Esta es una validación normalizadora. Segundo, se puede ayudar al paciente a ver que dadas sus experiencias pasadas de aprendizaje, sus reacciones emocionales (incluso cuando otros hubieran reaccionado de manera diferente) son entendibles dentro de ese contexto. En ambos casos, sin embargo, el énfasis está puesto en identificar aquellos aspectos de la situación actual que precipitaron la emoción.

Es importante que el terapeuta valide no sólo la emoción primaria sino la respuesta emocional secundaria. Por ejemplo, un paciente una paciente se siente muchas veces culpable, avergonzada, y enojada consigo misma, o en pánico si experimenta enojo o humillación, se siente dependiente del terapeuta, comienza a llorar, se entristece o tiene miedo. Estas respuestas secundarias son muchas veces las más debilitantes para el paciente. Los pacientes que tienen creencias religiosas sobre algunas respuestas emocionales deben ser ayudados a explorar la validez de esas creencias. Aunque el terapeuta debe ser cuidadoso de no desafiar los estándares morales del paciente, la prohibición del paciente contra varios tipos de emociones se basan muchas veces en una mala comprensión de sus propias tradiciones religiosas.

La validación emocional es un primer paso esencial en cualquier intento de ayudar al paciente a moderar sus respuestas. Es difícil que sea útil responder a lo que parece una emoción intensa diciéndole al paciente que no tiene que sentirse de esa manera. El terapeuta puede verse tentado de hacer esto cuando el paciente responde emocionalmente al terapeuta. Por ejemplo si un paciente llama al terapeuta a la casa (de acuerdo con el plan de tratamiento) y se siente culpable o humillado por hacerlo, es natural que el terapeuta le diga que no necesita sentirse de esa manera. Esto sin embargo debe reconocerse como una afirmación invalidante. Aunque el terapeuta haya querido comunicar que llamar al terapeuta es una acción entendible y aceptable, también es aceptable que el paciente se sienta culpable y humillado.

Mucho más seguido la invalidación de las emociones del paciente por parte del terapeuta aparecen por la ansiedad de ayudarlo a sentirse mejor inmediatamente. Tales tendencias deben resistirse, porque van en contra de un importante mensaje que el terapeuta

está intentando comunicar- que las emociones negativas dolorosas no sólo son comprensibles sino que son tolerables. Además, si el terapeuta responde a las emociones negativas del paciente ignorándolas, diciéndole al paciente que no tiene porque sentirse de esa manera, o focalizándose demasiado rápido en cambiar las emociones, el terapeuta corre el riesgo de comportarse igual que lo han hecho otros en el ambiente natural del paciente. El intento de controlar las emociones por la fuerza e la voluntad o de “pensar positivamente” y evitar los pensamientos negativos, es una clave característica de los ambientes invalidantes. El terapeuta debe asegurarse de no caer en esta trampa.

ESTRATEGIAS DE VALIDACIÓN CONDUCTUAL

Las estrategias de validación conductual se utilizan todas las sesiones. Constituyen la respuesta principal a la tendencia de los pacientes borderline a invalidar o castigar sus propios patrones de conducta. La validación conductual puede focalizarse en las conductas que el paciente anota en su registro diario, en otras conductas que hayan ocurrido durante la semana, o en conductas que ocurren durante la sesión o en la interacción con el terapeuta. La idea básica es generar una descripción de la conducta en cuestión y después comunicar que es esencialmente comprensible. La validación conductual se basa en la noción que todas las conductas son causadas por eventos a su vez y esto (en principio, al menos) es comprensible. La tarea del terapeuta es buscar la validez en la respuesta del paciente y comunicar ese aspecto de la conducta. Aunque estas estrategias se discuten en términos de comportamientos observables y acciones, pueden aplicarse por igual para ayudar a los pacientes a aceptar sus reacciones emocionales, decisiones, creencias, y pensamientos; son desarrolladas aquí por conveniencia. Las estrategias de validación conductual se resumen en la tabla 8.2.

1. ENSEÑAR A OBSERVAR LA CONDUCTA Y HABILIDADES DE ETIQUETADO

Describir una conducta y su patrón es una parte esencial de la psicoterapia. Los pacientes borderline no son concientes tanto de sus propias conductas como de los efectos de sus conductas en los otros. Muchas veces esto sucede porque las personas describieron sus conductas en términos de motivaciones supuestas (ej. “Estás tratando de controlarme”) o de los efectos de la conducta en el observador (ej. “Estás manipulándome”), más que en términos puramente conductuales (“Estás cambiando de tema”). Aunque estas pueden ser descripciones precisas de la experiencia del observador, muchas veces no son descripciones precisas de la experiencia del paciente, por lo que el feedback es descartado o contraargumentado. La energía que podría utilizarse para entender su propio patrón conductual y sus efectos, más allá de los motivos o las intenciones, se gastan en la autodefensa.

Tanto las estrategias de análisis en cadena como las estrategias de insight, que se desarrollan en el próximo capítulo, son técnicas importantes para enseñarle al paciente cómo observar y describir su propia conducta. El punto que quiero resaltar aquí es que describir la conducta, sin agregar motivos inferidos o juicios, puede ser una respuesta validante. Esto es muy importante entonces cuando el terapeuta ayuda al paciente a reconocer sus descripciones autoinvalidantes y juiciosas de su propia conducta. Para un

paciente borderline “Soy un tarado” es una descripción mucho más común al perder el colectivo que “Fui a la parada demasiado tarde para tomar el colectivo”.

Tabla 8.2. Checklist de Estrategias de Validación Conductual

- T ayuda a P a OBSERVAR Y DESCRIBIR (señala o genera el reconocimiento de P – ej. Por cuestionamiento Socrático) su propia conducta.
 - T ayuda a P a diferenciar la conducta de los motivos inferidos y de las etiquetas juiciosas.
 - T ayuda a P a IDENTIFICAR LOS “DEBERIA”; T observa y describe demandas conductuales autoimpuestas, estándares poco realistas para la conducta aceptable.
 - T identifica estrategias inefectivas de P para la modificación conductual.
 - T observa y describe usos de la culpa, autodesprecio, y otras estrategias punitivas.
 - CONTRARRESTAR LOS DEBERIA; T comunica que todas las conductas son entendibles, por principio.
 - T comunica que cualquier estándar no realizado es por definición poco realista para el momento presente.
 - T comunica que todo lo que sucede “Debería” pasar, dado el contexto del mundo (ej. Por principio todo es comprensible).
 - T es cuidadoso en distinguir entre comprender que las condiciones para que algo suceda han ocurrido (por un lado) y aprobar el evento en sí mismo (por el otro).
 - T utiliza las historias, las analogías, las parábolas, los ejemplos, y la instrucción sobre los principios del aprendizaje para ayudar a P a ver que cualquier cosa que suceda, incluyendo su propia conducta, es el producto natural de la realidad tal cual se presenta.
 - T ACEPTA las conductas de P, incluyendo los “debería” que ella se autoimpone.
 - T responde a las conductas de P de una manera no juiciosa.
 - T explora con P la validez de sus “Debería para lograr”.
 - T mira la pepita de verdad en la conducta de P
 - T valida la DECEPCIÓN de P sobre su propia conducta.
- Tácticas AntiDBT
- T impone sus propias preferencias conductuales como “deberías” absolutos.
 - T comunica que P debería ser (sentir, actuar, pensar) diferente de lo que lo hace.
 - T comunica que los otros deberían ser diferentes.

2. IDENTIFICANDO LOS “DEBERIA”

Los pacientes borderline o con conductas suicidas muchas veces expresan enojo, culpa y desaprobación extrema hacia sí mismos porque se comportaron de maneras que encuentran inaceptables. Casi sin excepción, tales emociones se basan en un sistema de creencias de que ellos “no deberían” haber actuado como lo hicieron, o que deberían haber actuado diferente. En otras palabras, estos pacientes se hacen demandas poco realistas a sí mismos de comportarse de una manera diferente a la que lo hacen. Un paso clave en la validación conductual es ayudar al paciente a identificar este tipo de demandas autoimpuestas. Aunque el paciente puede afirmar abiertamente que no debería haber hecho lo que hizo otras afirmaciones comunican el mismo mensaje indirectamente (ej. “¿Por qué hice eso?”, “¿Cómo es posible que haya hecho esto?”, “Eso fue estúpido”). Aprender a identificar los “debería” no verbalizados es una tarea importante.

El uso del mágico “debería” por parte de los individuos borderline es uno de los factores más importantes que interfieren con el moldeamiento (Shaping) conductual. Creer que ya deberían ser diferentes no permite al paciente hacer un plan realista para lograr los cambios deseados. Efectivamente en una familia invalidante es la imposición de “deberías” poco realistas los que sustancialmente inhiben el enseñar al paciente cómo cambiar su propia conducta. Por lo que imponer “Deberías” renueva la invalidación que el individuo sufrió cuando creció. Resaltar este punto al paciente puede ayudar a promover el cambio.

3. CONTRARRESTAR LOS “DEBERÍA”

El primer paso para contrarrestar los “debería” es hacer una distinción entre entender cómo o por qué algo sucede y aprobar el evento. La mayor resistencia para creer que un evento debería haber pasado, dadas las circunstancias que lo rodearon, es creer que si una conducta es comprendida también es aprobada. El terapeuta debe enfatizar que el acto de negarse a aceptar una realidad dada tiene como consecuencia que uno no puede actuar para superar o para cambiar esa realidad. Deben darse ejemplos simples. El terapeuta puede señalar una pared y sugerir que si un individuo quiere que la pared este pintada de color verde y se niega a aceptar la realidad de que la pared no está pintada de color verde, es improbable que la persona pinte alguna vez la pared de color verde. Un segundo punto que debe señalarse aquí es que el querer que la realidad sea diferente no cambia la realidad; querer que la realidad sea lo que uno quiere que sea no cambia la realidad. A veces la afirmación de que algo no debería ser es también el equivalente a negar su existencia: “Ya que es inaceptable, no puede haber pasado”. El contraargumento para esto es “Es” o “Pasó”. La tarea es que el paciente acuerde que ni querer ni negar cambia la realidad.

Una manera útil de contrarrestar los “debería” es presentar una explicación de la causalidad mecanicista, indicando que cada evento tiene una causa. El terapeuta puede relatar un número de ejemplos de conductas no deseadas con ilustraciones paso a paso de los factores que llevaron a ese evento. La estrategia es mostrar que los pensamientos (“no lo quiero”) y las emociones (miedo, enojo) no son suficientes para evitar que un evento suceda. La noción a ser comunicada es que todo lo que pasa debería haber pasado, dado el contexto del mundo; en principio todo es entendible.

Contrarrestar los “debería” puede requerir una cantidad importante de tiempo, y el terapeuta puede necesitar tener una cantidad de historias y metáforas a mano para ilustrar su punto. Por ejemplo, generalmente cuento la historia sobre las cajas que ruedan sobre una cinta transportadora y salen de un edificio. Las cajas caen al vacío en cualquier lado. Una persona que pasa manejando no creería que puede hacer que las cajas dejen de caer por el hecho de gritar que deben dejar de hacerlo, o por querer desesperadamente que dejen de caer. La persona presumiría que tiene que salir del auto, entrar en el edificio y descubrir que es lo que anda mal. Saber que es lo que sucede en el edificio hace que sea mucho más claro porque las cajas caen al vacío. Las personas, junto con su pasado, son muchas veces como fabricas en las que no podemos ver lo que sucede adentro. Otro ejemplo que uso es sostener algo en mi mano y pretender que es un vaso de vino tinto, y al mismo tiempo que la alfombra es una alfombra blanca nueva. Mientras dejo caer el objeto pregunto si el cristal no debería caer cuando ya lo he soltado. ¿Por qué cae si yo no quiero? Después de que mi punto quedo claro, muevo mi mano rápidamente para alcanzar el objeto antes de que llegue al suelo, agarrándolo. El punto es que para que la copa no llegue al suelo (una vez que abrí la mano) algo tiene que hacerse para detenerla.

Es muy importante cubrir estos principios de una manera abstracta al comienzo de la terapia y lograr el acuerdo del paciente a los principios abstractos. Si los módulos de entrenamiento en habilidades se están realizando estos temas pueden tratarse mientras el paciente esta aprendiendo habilidades mindfulness y de tolerancia al malestar. Lograr que el paciente acepte la idea de que una posición no juiciosa es preferible que a una posición juiciosa casi siempre requiere que se discutan todas estas ideas. A través de toda la terapia el terapeuta puede volver sobre estos principios, haciendo notar que el paciente ya había

acordado con ellos, y podrá indicar su aplicación al caso individual. Una vez que la terapia progresa, el paciente deberá identificar por él mismo sus “debería”. Esto por supuesto, debe ser alentado y reforzado.

4. ACEPTANDO LOS “DEBERIA”

Muchas veces un evento debe suceder para lograr que un segundo evento ocurra. (“Si A, entonces B”; “Si no A, entonces no B”). Es común y apropiado utilizar el término “debería” cuando uno se refiere a algo que debe suceder para lograr que otra cosa suceda. Por lo que la siguiente frase es apropiada. “A debe suceder para lograr producir B”. Es muy importante que el terapeuta acepte las preferencias del paciente sobre su propia conducta. El paciente muchas veces puede comportarse de tal manera o puede querer tales resultados que precisan de otros patrones de conductas anteriores. En estos casos, el terapeuta debe estar alerta en aceptar los “debería”, y comunicar al paciente la validez de su preferencia. Juntos, el paciente y el terapeuta deben explorar la validez de la secuencia “debería para lograr”. A veces el paciente está realizando predicciones inadecuadas (ej. “No se necesita de A para lograr B”). Otras veces las predicciones del paciente son precisas. En estos casos, el terapeuta está buscando la pepita de oro en la conducta del paciente.

5. MOVERSE HACIA LA DECEPCIÓN

Es fácil para el terapeuta invalidar los “debería” del paciente sin reconocer que es importante evitar invalidar la comprensible decepción del paciente sobre su propia conducta. En el contexto de cualquier discusión breve, es importante que el terapeuta alterne entre validar los eventos como comprensibles y validar a la vez como igualmente entendible la decepción del paciente. Algunas conductas deberían y no deberían ocurrir. Cuando esto sucede la respuesta apropiada es la decepción.

ESTRATEGIAS DE VALIDACIÓN COGNITIVA

Las emociones intensas pueden precipitar pensamientos, imágenes, y recuerdos congruentes con la emoción, así como los pensamientos, los recuerdos, y las imágenes pueden tener una poderosa influencia sobre las emociones. Una vez que una emoción intensa comienza surge un círculo vicioso: la emoción activa los recuerdos, las imágenes y los pensamientos e influencia la percepción y el procesamiento de información, que a su vez alimentan de nuevo la respuesta emocional, manteniendo el círculo. En tales circunstancias las distorsiones pueden tomar vida por sí mismas y pueden dar color a muchas, sino a la mayoría, de las interacciones y respuestas a los eventos. No todos los pensamientos, percepciones, expectativas, recuerdos y supuestos relacionados con la emoción son, sin embargo, disfuncionales o distorsionados. Este punto es crucial para conducir una terapia DBT.

DBT no supone que los problemas de los individuos borderline residen principalmente en estilos cognitivos disfuncionales, interpretaciones distorsionadas de los eventos, o supuestos maladaptativos subyacentes o esquemas cognitivos. Ya que los individuos borderline a veces distorsionan, a veces exageran, y a veces recuerdan selectivamente, es común que las personas a su alrededor (incluyendo a los terapeutas) supongan que su pensamiento y sus percepciones están siempre distorsionadas, o al menos

que ante un desacuerdo es más probable que el individuo borderline esté en lo incorrecto. Tales supuestos son especialmente probables cuando la información completa sobre eventos precipitantes de la respuesta del individuo no está disponible – esto es que el estímulo que activa la reacción del individuo no es público. Especialmente cuando los individuos borderline están experimentando emociones intensas, es fácil que otra persona suponga que el individuo está distorsionando de alguna manera. Las cosas no son, o no pueden ser, tan malas como ella dice: La trampa aquí es que la suposición reemplaza a la evaluación; las hipótesis y las interpretaciones toman el lugar del análisis de los hechos. Las interpretaciones privadas de la otra persona se toman como guía sobre los hechos públicos. Tal escenario replica el ambiente invalidante.

La tarea del terapeuta en la validación cognitiva es reconocer, verbalizar, y entender los pensamientos, creencias, expectativas, los supuestos subyacentes y las reglas expresadas y no expresadas, y encontrar la verdad esencial de todo o una parte de ellos. Las estrategias para “pescar los pensamientos”, identificar los supuestos y expectativas, y revelar las reglas que guían la conducta de la persona, especialmente cuando esas reglas están funcionando fuera de la conciencia, difieren poco de las guías delineadas por terapeutas cognitivos como Beck y sus colegas (Beck et al., 1979; Beck et al., 1990). La diferencia esencial es que la tarea en DBT es la validación más que la refutación empírica o el desafío lógico.

Los individuos Borderline muchas veces fueron criados en familias “enloquecedoras” donde sus percepciones de la realidad muchas veces eran invalidadas. El dilema para el paciente es aprender a discriminar cuándo sus percepciones, pensamientos, y creencias son válidos y cuándo no, cuándo puede confiar en sí misma y cuándo no. La tarea del terapeuta es asistirle en este proceso. Un foco exclusivo en las creencias, los supuestos, y los estilos inválidos es contraproducente, ya que deja al paciente inseguro sobre cuándo (si alguna vez) sus percepciones y pensamientos son adaptativos, funcionales y válidos. Estrategias específicas de validación cognitiva se describen debajo y se resumen en la tabla 8.3.

1. GENERAR Y REFLEJAR PENSAMIENTOS Y SUPUESTOS

La primera tarea en la validación cognitiva es lograr saber qué es exactamente lo que el paciente está pensando, cuáles son sus expectativas y qué constructos utiliza para organizar su mundo. Esto es más fácil de decir que de hacer, porque los individuos borderline muchas veces no pueden articular exactamente qué es lo que están pensando. A veces, los pensamientos corren por su mente tan rápidamente que no los pueden identificar; otras veces, sus supuestos y expectativas son implícitos más que explícitos. Las expectativas pasivas, por ejemplo, son automáticas, no requieren esfuerzo, y son difíciles de verbalizar, como opuestas a las expectativas activas, que son conscientes, ocupan la atención y son fáciles de describir (Williams, 1993).

2. DISCRIMINAR HECHOS DE INTERPRETACIONES

Es fácil asumir que un paciente está distorsionando lo que observa; es mucho más difícil saber qué es lo que el paciente está observando. La tarea es entonces hacer públicos los eventos privados. El terapeuta debe preguntar de manera cuidadosa sobre aquello que acaba de pasar y quién le hizo qué a quién. Como hice notar antes discriminar los eventos de las interpretaciones de los eventos puede ser muy difícil. Muchas veces el paciente ofrece una

interpretación de una conducta observada en otro (“Quería despedirme”) o una expectativa derivada de una observación (“Iba a despedirme”). El terapeuta debe preguntar, “¿Qué es lo que hizo que te hizo pensar eso?”. El elemento crucial aquí es el supuesto inicial de que la otra persona hizo algo, y que la interpretación del paciente es probable que sea razonable de alguna manera. El objetivo en este caso es descubrir la base empírica de las creencias del paciente.

Tabla 8.3. Checklist de Estrategias de Validación Cognitiva

- T ayuda a P a OBSERVAR Y DESCRIBIR (los señala o genera el reconocimiento de P (ej. Por Cuestionamiento Socrático) sus propios proceso de pensamiento (pensamientos automáticos, supuestos subyacentes).
 - T identifica constructos utilizados por P para organizar el mundo.
 - T identifica significados que P pega a los eventos.
 - T identifica los supuestos básicos de P sobre ella y el mundo.
 - T ayuda a P a observar y describir experiencias que “enloquecedoras”.
 - T escucha y discute los puntos de vista de P de una manera no juiciosa.
- T ayuda a P a evaluar los hechos y a DIFERENCIAR LOS EVENTOS Y LAS INTERPRETACIONES de los eventos.
- T busca la “PEPITA DE VERDAD” en la forma en que P ve los eventos.
 - Cuando es apropiado T utiliza las interacciones entre T-P para demostrar a P que si bien su comprensión de la realidad no es completa, tampoco es incompleta.
- RECONOCER LA “MENTE SABIA”; T comunica a P que el conocimiento intuitivo puede ser tan válido como el conocimiento validado empíricamente.
- T RESPETA LAS DIFERENCIAS EN LOS VALORES; T no insiste en la validez de sus propios valores sobre los de P.

Tácticas AntiDBT

- T presiona a P sobre un conjunto de valores o sobre una posición filosófica sobre la verdad y la realidad.
- T presenta un punto de vista rígido sobre los eventos.
- T es incapaz de ver la realidad desde la perspectiva de P.

3. ENCONTRAR LA “PEPITA DE VERDAD”

La siguiente tarea es encontrar y resaltar los pensamientos y supuestos del paciente que son válidos y que tienen sentido dentro del contexto en el que está operando. La idea no es que los individuos (incluyendo a los individuos borderline) siempre “son sensatos”, o que no hay veces en las que no exageran o minimizan, piensan en extremos, devalúan lo que es valioso e idealizan lo ordinario, y toman decisiones disfuncionales. Efectivamente la opinión popular y la de los profesionales es que los individuos borderline son notorios por semejantes distorsiones. Pero es esencial no prejuizar sus opiniones, pensamientos, y las decisiones de los pacientes borderline. Cuando el terapeuta desacuerda con el paciente, es muy simple asumir que el terapeuta tiene la razón y que el paciente está equivocado. Al buscar la “pepita de verdad”, el terapeuta pega un salto de fe y asume que con el escrutinio apropiado, algún monto de validez o razón, o sentido puede encontrarse. Aunque la comprensión de la realidad de los pacientes puede no ser completa, no es del todo incompleta. A veces, los pensamientos del paciente en el tema pueden tener un sentido substancial. Los pacientes borderline tienen una capacidad asombrosa para ver que el “emperador no tiene ropas” – para observar y atender al estímulo en el ambiente que los demás no observan. La tarea del terapeuta es separar la paja del trigo y focalizarse, en ese momento, en el trigo.

4. RECONOCIENDO LA MENTE SABIA

Como discutí en el Capítulo 7, DBT presenta a los pacientes el concepto de “Mente Sabia”, en contraste con la “Mente Emocional” y la “Mente Racional”. La “Mente Sabia” es una integración de ambas, y también incluye el énfasis en conocimiento intuitivo, experiencial, y espiritual. Esto significa que uno de los aspectos de la validación cognitiva es el reconocimiento y sostén de este tipo de conocimiento por parte del paciente. El terapeuta toma la posición que algo puede ser válido incluso cuando el paciente no pueda probarlo. El hecho de que otra persona sea más lógica en un argumento no significa que los puntos de vista del paciente no sean válidos. Lo emocional no invalida una posición más que lo que la lógica puede necesariamente validarla. Cada una de estas posiciones terapéuticas contrarresta aspectos del ambiente invalidante.

5. RESPETAR LOS VALORES DIFERENTES

A veces el paciente y el terapeuta tendrán diferentes valores y opiniones. Respetar estas diferencias mientras no se asume la superioridad es un componente esencial de la validación cognitiva. Es fácil para el terapeuta tomar una posición “one-up” y ver sus opiniones y valores como más respetables que los del paciente, y por lo tanto invalidar el punto de vista del paciente. Por ejemplo, uno de mis pacientes creía que yo debía estar disponible en el teléfono en cualquier momento, día y noche. Ella misma tenía un trabajo en el área de la salud mental y sostenía que estaba disponible para sus pacientes, por que pensaba que era lo más compasivo y lo más correcto que se podía hacer. Señalé que el problema era que ella estaba tratando de hacer que yo fuera como ella (que yo tuviera menos límites que los que yo podía), y que yo estaba tratando de que ella fuera más como yo (que observara más los límites). Aunque no cambié mi posición sobre mi conducta, pude apreciar el valor de su punto de vista también.

ESTRATEGIAS DE ALIENTO (CHEERLEADING)

De muchas formas, trabajar con pacientes borderline es como ser un entrenador del equipo de football de una escuela de bajos recursos durante el partido final de la temporada. El equipo pierde por 92 a 0 en el último tiempo del partido, quedan tres personas en las tribunas. Hace frío, nieva, y todo está embarrado, el otro equipo amenaza con hacer una nueva anotación. El capitán pide un tiempo afuera. El equipo se junta y dice que quiere renunciar. ¿Qué es lo que tiene que hacer el entrenador? El entrenador sabe que la situación es mala, y sin embargo se para firme, da gritos de aliento, e inspira al equipo para que continúe intentándolo. En pocas palabras el entrenador alienta a su equipo.

Los pacientes borderline muchas veces están desalentados, desesperanzados, y son incapaces de ver una solución que no sea el suicidio a sus problemas en la vida. La vida y la terapia son demasiado duros para ellos. Su autoconcepto, y muchas veces la opinión que los otros tienen de ellos, es muy baja. Durante la sesión tales pacientes pueden oscilar entre la esperanza y el desaliento. Incluso cuando el paciente no está desalentado por el momento el terapeuta puede contar con que es probable que el sentimiento aparezca en algún momento de la semana. Las estrategias de aliento pueden ser útiles para contrarrestar la desesperanza actual así como para anticipar y contrarrestar los episodios de desmoralización de los días

posteriores. El aliento es una de las principales estrategias en DBT para combatir la pasividad activa de los pacientes borderline.

Cuando alienta el terapeuta está validando la capacidad inherente del paciente de sobrepasar las dificultades y construir una vida que valga la pena de ser vivida. Aunque la forma que tiene esa vida puede diferir de lo que se desea o incluso de lo que se espera en determinado momento, se le presta atención y se observa el potencial de sobrepasar los obstáculos y generar cosas valiosas. El truco cuando se alienta, es hacer que la persona se desempeñe según su capacidad y darle esperanza sobre que esas capacidades pueden expandirse, mientras se es realista sobre cuáles son esas capacidades y cuánto pueden expandirse. Una actitud clave del terapeuta es “yo creo en vos”. Para decirlo simplemente, dar aliento es creer en el paciente. Para algunos pacientes esta será la primera experiencia de que alguien crea y confíe en ellos. Al alentar el terapeuta valida la capacidad inherente y la sabiduría del paciente; a veces, sin embargo, la estrategia del aliento debe balancear, contrastar, o contradecir las estrategias de validación emocional, cognitiva y conductual.

Las estrategias de validación se utilizan en casi toda interacción (Ej. Cada sesión y cada llamado telefónico). Su frecuencia debe ser más alta con los pacientes extremadamente disfuncionales. Una vez que el paciente mejora – y particularmente en las últimas etapas de la terapia, donde los objetivos son el autorrespeto y la autovalidación- la cantidad de aliento debe ir disminuyendo. Sin embargo, es importante reconocer que casi todo el mundo necesita algún grado de aliento para hacer la vida confortable. Esto es particularmente cierto cuando alguien enfrenta una tarea difícil como la psicoterapia. Por lo que el aliento debe reducirse durante el curso de la terapia, y ciertamente el foco del aliento cambiará, pero éste seguirá siendo una parte importante de la relación terapéutica.

El aliento es algunas veces experimentado por los pacientes como invalidante. Si el terapeuta entendiera cuánto está sufriendo, y cuán incapaz el paciente es, no creería que el paciente puede cambiar o lograr nada o hacer aquello que se le pide. Al alentar el terapeuta cree que el paciente puede salvarse a sí mismo; el paciente, por otro lado, muchas veces cree que debe ser salvado. La tarea es mantener el equilibrio entre el reconocimiento de las dificultades para progresar y las expectativas realistas con la esperanza y la confianza en que el paciente puede efectivamente cambiar. Alentar debe estar enlazado con la validación emocional y una cuota importante de realismo. Sin estos elementos no puede ser efectivamente validante. El terapeuta debe estar atento en reconocer la dificultad de los problemas del paciente, incluso cuando nunca se rinda en su idea de que el problema puede ser solucionado eventualmente. El terapeuta alienta al paciente hacia metas que son realistas para ella, y considera las diferencias individuales en las capacidades. Algunas técnicas específicas de desarrollan más abajo y se resumen en la tabla 8.4.

1. ASUMIR LO MEJOR

Una de las peores cosas que les pasa a los pacientes borderline es que los demás atribuyen su falta de progreso o sus conductas inefectivas a la ausencia de motivación o a la falta de esfuerzo. Como se desarrolla en el Capítulo 4 un supuesto fundamental de DBT es que los pacientes quieren mejorar y que están haciendo su mejor esfuerzo. Comentarios frecuentes por parte del terapeuta sobre que él sabe que ella quiere mejorar, y que está haciendo lo mejor que puede, son muchas veces útiles. Estos comentarios se necesitan muchas veces cuando el paciente expresa dudas sobre su deseo de mejorar o reporta que podría haberlo hecho mejor. Casi siempre, las afirmaciones del paciente de que podría haberlo hecho

mejor deben ser seguidas por comentarios del terapeuta sobre que ella hizo lo mejor que pudo. Tales afirmaciones se desprenden directamente de las estrategias de validación descritas más arriba.

Mantener esta creencia –que el paciente está haciendo lo mejor que puede hacer- es al mismo tiempo esencial y extremadamente difícil. Es fácil sentir que el paciente está manipulando al terapeuta o está siendo obstinado. Encuentro la siguiente historia útil para mantener a mis terapeutas en las supervisiones y a mí misma en un marco de mente de aliento (más que de empujar):

Imagina que acaba de suceder un terrible terremoto. Grandes edificios se vinieron abajo. Hay incendios por todas partes. Los bomberos, la policía y los trabajadores de la construcción están sobrepasados, y no hay nadie que pueda ayudarte. El niño que más amas en el mundo está todavía vivo atrapado en un pequeño espacio bajo los edificios. Hay un pequeño túnel por el que podría arrastrarse y escapar si pudieras alcanzarlo, si él se moviera dos pies más cerca de la apertura podrías agarrarlo y ayudarlo a salir. El hoyo es demasiado pequeño como para que puedas entrar y agarrarlo. El tiempo es esencial por que los altoparlantes dicen que todo el mundo debe retirarse del área ya que el próximo temblor hará que caigan más edificios. Buscas un palo o algo para que se agarre pero no lo logras. El niño llora pidiendo ayuda. No puede moverse porque cada uno de sus huesos está roto. Y no lo podés alcanzar si no se mueve. ¿Decidirías que te está manipulando o siendo obstinado? ¿Te sentarías a esperar que se mueva, razonando que cuando quiera hacerlo finalmente lo hará? Probablemente no. ¿Qué harías? Alentarla. Gritar, dar ordenes, engatusarlo, hablar dulcemente, insistir, rogar, sugerir, amenazar, dirigir, distraer – Todas estos, en el contexto adecuado y con el tono apropiado de voz, son métodos de aliento.

2. DAR ANIMO

Dar ánimo simplemente significa expresar la creencia de que el paciente eventualmente resolverá sus dificultades, hará las conductas requeridas, afrontará la situación, y así. Esencialmente es una manera de comunicar la esperanza de que el paciente puede lograr lo que desea lograr. Animar puede ser específico (ej. “Sé que podés manejar la entrevista laboral bien”) o general (ej. “Sé que algún día resolverás tus problemas y tendrás una buena vida”). Puede expresar fe en las capacidades del paciente para enfrentar o cambiar en el corto plazo (“Creo que podés pasar esta noche sin tomar nada”) o en el largo plazo (ej. “Tengo confianza que algún día vencerás al alcoholismo”). Es esencial que el terapeuta no pierda la esperanza en el paciente, y que exprese esa esperanza y esa confianza de una manera directa al paciente.

Uno de los errores que tanto los terapeutas y los pacientes comenten es subestimar las fortalezas y las capacidades disponibles. Algunos terapeutas, como sus pacientes, oscilan entre subestimar y sobreestimar. Es importante sin embargo que el aliento se base en una evaluación de las capacidades del paciente de hacer sólo un poco más de lo que podría hacer con facilidad. Esto es, el terapeuta alienta al paciente a hacer cosas difíciles. Creer que el paciente es capaz de hacer algo no significa que será fácil. Muchas veces, el paciente cree que no es capaz de hacerlo. En tales casos, el terapeuta debe mantener un equilibrio entre alentar y validar la sensación que el paciente tiene sobre sus capacidades. El terapeuta debe pasar de “pienso que podés hacerlo ahora” a “Pienso que podés aprender a hacerlo”.

Tabla 8.4. Checklist de Estrategias de Aliento

- T comunica la creencia de que P está HACIENDO LO MEJOR que puede.
- T ANIMA y activamente expresa esperanza. <ul style="list-style-type: none">- T expresa fe en que P lo hará.- T le dice a P que será capaz de afrontar o manejar los problemas o las situaciones.- T dice “Podés”.
- T se focaliza en las CAPACIDADES. <ul style="list-style-type: none">- T redirige la atención de P de las respuestas problemáticas a sus capacidades.- T rodea la confrontación con observaciones sobre las fortalezas de P, las críticas con elogio.- T expresa la creencia de que P tiene lo que es necesario para resolver sus dificultades y construir una vida que valga la pena de ser vivida.<ul style="list-style-type: none">- T se refiere a, reconoce, y expresa la creencia en un “Self sabio” en P.- T expresa fe en T y en P como equipo.- T valida las emociones, los pensamientos y las conductas.
- T MODULA LA CRITICA EXTERNA. <ul style="list-style-type: none">- T señala que las críticas muchas veces no son precisas, e incluso cuando son precisas no significan que la situación de P sea desesperanzada.- T comunica que está del lado de P.
- T ELOGIA Y REASEGURA a P.
- T es REALISTA sobre las expectativas y trabaja directamente con los temores de P sobre falta de sinceridad de T.
T se MANTIENE CERCA durante una crisis.
<u>Tácticas AntiDBT</u>
- T sobregeneraliza, sobreestima las capacidades de P.
- T utiliza el aliento para “sacarse de encima” a P.
- T llama a P un “manipulador” o lo acusa de estar “jugando con él”, “escindiendo”, “no intentándolo” directamente o a otros terapeutas en la reunión de equipo.

Cuando el paciente rechaza el aliento diciendo que el terapeuta no entiende, el terapeuta debe considerar si está siendo demasiado específico. En estos casos puede ser útil dar un paso atrás a una afirmación más general de que el terapeuta cree en el paciente, confía en el y cree que de alguna manera encontrará el camino. También puede ser útil discutir con el paciente el dilema que se crea si ella siempre se siente no comprendida cuando el terapeuta cree en ella. ¿Qué es lo que el terapeuta tiene que hacer? ¿Dejar de creer en ella?

3. FOCALIZARSE EN LAS CAPACIDADES DEL PACIENTE

Es muy fácil focalizarse demasiado en ayudar al paciente en lograr insight en sus patrones de pensamiento maladaptativos, emociones problemáticas y patrones de conductas disfuncionales. Es esencial que el foco en los problemas sea seguido por el foco en las capacidades del paciente. Es más útil señalar específicamente capacidades específicas.

Comunicar que el paciente tiene todo lo necesario para triunfar

Como se hizo notar en el Capítulo 3 los pacientes borderline muchas veces suscriben a la teoría del “defecto fatal”: ellos creen que de alguna manera no saben ni sabrán que es lo que necesitan para resolver sus problemas. El terapeuta debe comunicar periódicamente que el paciente tiene todo lo que necesita para resolver sus dificultades. De acuerdo con esta perspectiva, el problema es un problema de desarrollo más que un problema de un defecto crítico e irremediable. Por lo que la estrategia es afirmar las fortalezas inherentes, la

presencia de un “self sabio”, de una manera no específica. Efectivamente ya que las cualidades aludidas nos son directamente observables el terapeuta no debe caer en la trampa de tratar de probar la validez de su afirmación. Afirmaciones del tipo “Simplemente sé que es así” o “Simplemente lo siento así” pueden ser suficientes. Ya que los individuos borderline muchas veces sienten que deben probar la validez de cualquier pensamiento o emoción que experimentan, tales afirmaciones de parte del terapeuta pueden también ayudar a modelar la aceptación del conocimiento intuitivo. Cuando el paciente discute sobre el aliento el terapeuta debe respaldarse en esta estrategia.

Expresar la creencia en la relación terapéutica

El terapeuta debe expresar periódicamente la creencia en el equipo terapéutico. Esto puede ser de mayor reaseguro y aliento para el paciente que el creer sólo en el paciente. Si el paciente cree en el terapeuta y el terapeuta cree en el paciente, creer en los dos como un equipo puede ser una buena síntesis. Los pacientes muchas veces dudan si la terapia podrá ayudarlos. Algunos, por supuesto, lo dicen constantemente, otros mantienen sus dudas para sí mismos. En todo caso, sin embargo, es útil que el terapeuta remarque periódicamente que tiene fe en la terapia y en el equipo terapéutico. Aunque el paciente muchas veces puede argumentar en contra, el poder de esta simple afirmación no debe subestimarse.

Validar las emociones, conductas y pensamientos del paciente

Las estrategias de validación emocional, conductual y cognitiva desarrolladas un poco más arriba pueden ser muy apropiadas en el contexto de brindar aliento.

4. CONTRADECIR/MODULAR LAS CRITICAS EXTERNAS

Cuando el terapeuta esta alentando al paciente, el paciente muchas veces se referirá a otras personas que no creen en ella o que la critican como una justificación para su desesperanza y su falta de creencia en sí misma. El terapeuta debe señalar que más allá de si estas críticas son válidas o no, no necesariamente implican que el paciente no tiene esperanza. El terapeuta puede (si es honesto) estar categóricamente en desacuerdo con la critica. El terapeuta no debe invalidar ninguna emoción negativa que el paciente puede tener en respuesta a la crítica de los demás. Tales respuestas emocionales son entendibles, y esta comprensión debe ser comunicada.

5. BRINDAR ELOGIO Y REASEGURO

Elogiar la conducta del paciente puede ser tanto un refuerzo como una forma de dar aliento. El terapeuta debe hacer un esfuerzo para encontrar y resaltar la evidencia de progresos. Un área que siempre puede ser elogiada es la resolución del paciente de trabajar en su problema, como lo evidencia que siga en terapia. Como desarrollare de manera extensa en el próximo capítulo los pacientes borderline muchas veces experimentan el elogio como amenazante. Por lo que para que ésta sea una técnica efectiva el terapeuta debe rodearla de suficiente reaseguro. El contenido del reaseguro, por supuesto, depende de la fuente de la amenaza. Por ejemplo, si el elogio resulta amenazante porque representa el final de la terapia y de la ayuda, el terapeuta puede decir, “Sé que todavía necesitas ayuda”. Si el

elogio resulta amenazante porque representa expectativas demasiado altas hacia el futuro el terapeuta puede decir “Sé lo difícil que esto es todavía”. Y así.

Algunos pacientes borderline parecen requerir un reaseguro permanente. Los terapeutas muchas veces sienten que no importa cuan seguido los reaseguren, el reaseguro parece caer en oídos sordos y no tener efectos. Cuando esto ocurre, debe ser tratado en terapia como una conducta que atenta contra la terapia y trabajada directamente. Como desarrollaré más extensamente en el Capítulo 10, el elogio y el reaseguro deben gradualmente reducirse en tanto la paciente aprende a validarse y a tranquilizarse a ella misma. Esto es especialmente importante en la Etapa 3 (ver Capítulo 6) donde el autorrespeto es el objetivo principal.

6. SER REALISTA Y TRATAR DIRECTAMENTE LOS TEMORES DE FALTA DE SINCERIDAD

Los pacientes responden muchas veces al aliento diciendo que les resulta difícil confiar en la sinceridad del terapeuta. La primera respuesta debe ser validar la falta de confianza. Las reglas de la terapia son tan diferentes de las otras relaciones que la incertidumbre del paciente puede comprenderse. Al menos, puede no ser claro cuando el elogio, el ánimo y el aliento del terapeuta tiene el mismo significado que cuando lo hace cualquier otra persona. Después de todo brindar elogios, ánimo y aliento es algo por lo que al terapeuta le pagan por hacer. La confianza precisa de tiempo para construirse; saber esto puede ser extremadamente validante para el paciente.

Segundo, es esencial que el terapeuta sea realista es su aliento. Para dejar claro este punto en mis supervisiones agrego el siguiente relato a la historia del terremoto (ver más arriba):

Ahora imaginen la misma situación del terremoto. Pero agreguen que saben que un montón de piedras cayeron sobre el niño, apretando sus piernas y su cadera y dejándolo atrapado donde está. ¿Le dirían que se arrastre sabiendo que no puede hacerlo? No, lo tranquilizarían. Lo consolarían. Buscarían más ayuda, o se mantendrían cerca, no importa cuan peligroso fuera para ustedes mismos. Este es el equilibrio que se precisa al dar aliento.

El aliento efectivo es contingente a las metas realistas. No ayuda que el terapeuta le diga al paciente que puede hacer cualquier cosa en una situación cuando en verdad las posibilidades de éxito son limitadas. Aunque la fe del terapeuta en la capacidad del paciente de resolver sus dificultades puede siempre garantizarse, la confianza en su capacidad en lograr objetivos específicos debe intentarse con el foco claramente puesto en la realidad.

7. MANTENERSE CERCA

Los hinchas y los entrenadores no se van de la cancha temprano sólo porque el equipo lo está haciendo bien. De manera similar es importante que el terapeuta esté disponible para ofrecer coaching y otro tipo de asistencia si el paciente tiene un problema. Si el terapeuta le dice al paciente que puede hacer algo por sí misma, y después la deja sola en vez de mantenerse al lado, para decirlo así, es comprensible que el paciente sospeche sobre los motivos del aliento. Ya que es un hábito de la mayoría de la gente ocupada sacarse de

encima a los otros diciéndoles “no me necesitas” es muy importante que el terapeuta se cuide de no caer inadvertidamente en este hábito.

Comentarios Finales

Es difícil sobreestimar la importancia de la validación en DBT. Muchos de los problemas de la terapia son el resultado de la validación insuficiente y el excesivo foco puesto en el cambio. La regla general de mantener en mente es que cada estrategia de cambio debe estar rodeada de validación. Muchas veces el excesivo foco puesto en el cambio proviene de la ansiedad del terapeuta de ayudar al paciente; el terapeuta, como los pacientes, tiene dificultades tolerando el malestar. La validación tiene muchos roles en DBT. Tranquiliza al paciente en momentos difíciles de la terapia. Si se realiza bien aumenta la conexión terapéutica entre el paciente y su terapeuta. El paciente se siente entendido y respaldado. El terapeuta fortalece su propia actitud empática. La validación del terapeuta le enseña al paciente a confiar y validarse a sí mismo. Finalmente alienta al paciente a proseguir cuando quiere arrojar la toalla.

9

Estrategias Centrales: Parte II. Resolución de problemas

Marsha Linehan

Las estrategias de resolución de problemas son las estrategias centrales de cambio en DBT. En DBT todas las conductas disfuncionales, dentro y fuera de la sesión, son vistas como problemas a ser resueltos – o desde otra perspectiva, una solución fallida a los problemas de la vida. Las estrategias de resolución de problemas con pacientes borderline están diseñadas para fomentar una aproximación activa a los problemas que intenta contrarrestar la aproximación pasiva y desesperanzada que comúnmente encontramos en esta población.

Niveles de Resolución de Problemas Primer Nivel

En un primer nivel, el programa completo de DBT puede ser visto como la aplicación general de una estrategia de resolución de problemas. El problema a ser resuelto es la vida del paciente en general, y la solución es la implementación de DBT. La efectividad de la estrategia depende aquí de cuando DBT es un tratamiento apropiado para este paciente en particular. Hasta la fecha, los datos empíricos sugieren que el tratamiento es apropiado para pacientes borderline mujeres severamente perturbadas; puede o no ser apropiado para otras poblaciones.

Segundo Nivel

DBT es un tratamiento flexible que incluye una cantidad de estrategias y procedimientos. En este segundo nivel la resolución del problema implica encontrar que estrategia y que procedimiento debe aplicarse con este paciente en particular, en este momento, para este problema particular. Y aun más importante, el terapeuta debe encontrar cual es la estrategia de cambio que probablemente será más útil. La efectividad depende aquí de cuán correctamente el terapeuta determine qué es lo que está causando y manteniendo la conducta problema y qué es preciso cambiar. La aplicación de estos procedimientos de cambio es la solución del problema en este nivel. Los cuatro procedimientos principales de

cambio usados en DBT (manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades, modificación cognitiva y exposición) se describen en los próximos dos capítulos.

Tercer Nivel

En este nivel la resolución de problemas se utiliza en problemas específicos que surgen en la vida diaria del paciente. Una sesión de tratamiento DBT generalmente comienza con el paciente describiendo los eventos que ocurrieron durante la semana. Esta descripción puede suceder mientras se revisa el registro diario y el paciente responde preguntas sobre ideación suicida o conductas problemas ocurridas durante la semana. En los primeros momentos de esta conversación el paciente puede describir situaciones que involucran emociones, pensamientos o acciones que siente que no puede controlar. Puede que haya cometido un intento de suicidio o haya realizado alguna otra conducta disfuncional como respuesta a sus problemas. Si el problema es actual puede presentar un plan de acción (suicida o no suicida) que pretende llevar a cabo pero que el terapeuta puede creer que es impulsivo o disfuncional en algún sentido.

Generalmente, el problema del paciente no está claramente articulado como los párrafos anteriores podrían hacer pensar. Muchas veces el problema debe ser “extraído” del paciente, por decirlo así, especialmente cuando el paciente ya cree que ha resuelto el problema y quiere seguir con el siguiente problema. (Esto es especialmente cierto, por ejemplo, cuando el paciente ha resuelto el problema con una conducta parasuicida). Otras veces el problema del paciente aparece en el medio de una crisis emocional, que incluye enojo, desesperación, ansiedad, o depresión. En cualquiera de estos casos, la tarea del terapeuta es generar, con la ayuda del paciente, el desarrollo e implementación de nuevas soluciones que sean más efectivas para los problemas de la vida. La efectividad de la resolución de problemas reside acá en si el terapeuta y el paciente pueden generar nuevas soluciones para un problema específico y en si el paciente puede implementarlas.

Estado de Ánimo y Resolución de Problemas

Es esencial entender los efectos del humor en la resolución de problemas para trabajar con pacientes borderline. Como hice notar varias veces en este libro, los pacientes borderline se caracterizan por cambios bruscos de humor. La mayoría de los pacientes borderline crónicamente suicidas tiene generalmente una línea de base de humor negativo, pero todos ellos son sensibles a las conductas relevantes para el humor del terapeuta. Esto significa que un humor negativo puede a veces mejorar y que un humor positivo puede arruinarse por respuestas inadvertidas o incidentales del terapeuta.

La resolución de problemas, la flexibilidad cognitiva, y el humor están intrínsecamente relacionados. La flexibilidad está relacionada con la habilidad de escoger activamente estrategias cognitivas que puedan generar soluciones creativas y al mismo tiempo efectivas para los problemas (Berg & Sternberg, 1985; Showers & Cantor, 1985; Simon, 1990). La habilidad de analizar los problemas (especialmente los aspectos del problema relacionados con nuestro comportamiento y nuestro ambiente) y generar soluciones, requiere por lo tanto de cierta cantidad de flexibilidad cognitiva. Una cantidad de estudios sugieren una relación positiva entre estado de ánimo positivo como facilitador de la flexibilidad cognitiva; y por lo tanto en la resolución de problemas en general.

El estado de ánimo positivo aumenta la capacidad de la persona para desarrollar interpretaciones múltiples y alternativas de una situación y a ver similitudes y interconexiones cuando la tarea lo requiere, así como percibir importantes distinciones cuando esto es necesario (Murria, Sujan, Hirt, & Sujan, 1990; Showers & Cantor, 1985). Esta capacidad a su vez es necesaria para poder colaborar con el terapeuta en el análisis e interpretación de los patrones conductuales. El humor positivo también incrementa la creatividad, incluyendo la generación de soluciones a los problemas (Isen, Daubman, & Nowicki, 1987; Isen, Jonson, Mertz, & Robins, 1985). Cuando se le pide que generen soluciones para un problema, las personas con buen humor, en comparación con un grupo control, organizan la información de manera diferente, ven relaciones que no verían normalmente, y utilizan estrategias cognitivas más creativas e intuitivas (Fielder, 1988). La evaluación sobre los posibles resultados de una solución en particular también se ve afectada por el humor. Por ejemplo, las estimaciones subjetivas del riesgo y de la probabilidad de resultados positivos o negativos están relacionados con el estado de ánimo positivo o negativo actual del individuo (ver Williams, 1993, por una revisión de la literatura).

Es esencial mantener estos datos en mente cuando se aplican estrategias de resolución de problemas con pacientes borderline. El terapeuta debe saber que la resolución de problemas se moverá más lentamente y de manera más dificultosa que con otras poblaciones de pacientes. Es extremadamente necesario por lo tanto una comprensión empática e intervenciones dirigidas a aumentar el humor positivo durante la resolución de problemas. La efectividad de las estrategias de validación puede residir en parte en su capacidad para mejorar el humor. Entender este punto y repetirlo mentalmente mientras se interactúa con el paciente puede ser útil para orientar al terapeuta cuando se ve tentado a generar interpretaciones inapropiadas de la pasividad en la resolución de problemas y de las actitudes negativas hacia las soluciones propuestas como si estas fueran simplemente falta de voluntad o de motivación.

Una de las tareas principales del terapeuta es orientar al paciente a ver sus conductas maladaptativas como intentos de solución a los problemas de la vida. Con ayuda, estos problemas pueden resolverse de una manera más funcional y de una manera más adaptativa. Los seis grupos de estrategias focalizadas en los problemas desarrolladas en este capítulo – análisis en cadena, estrategias de insight, estrategias didácticas, análisis de la solución, estrategias de orientación, y estrategias de compromiso- pueden repetirse cada vez que un nuevo problema surge en la conversación. Otras veces la secuencia será modificada y/o algún elemento necesitará repetirse (posiblemente una y otra vez) al trabajar con un solo y simple tema. El hecho de seleccionar DBT como estrategias de solución de los problemas presentados por un paciente en particular se discutirá de manera más extensa en el capítulo 14.

Revisión de las Estrategias de Resolución de Problemas

La resolución de problemas es un proceso de dos etapas: (1) Entender y aceptar el problema que se presenta, y (2) Generar, evaluar, e implementar soluciones alternativas que podrían haberse utilizado o que podrían utilizarse en el futuro en situaciones problemáticas similares. La etapa de aceptación utiliza análisis en cadena, estrategias de insight, y estrategias didácticas; la segunda etapa, que se centra en el cambio, emplea análisis de la solución, estrategias de orientación, y estrategias de compromiso.

Aunque puede parecer obvio la resolución de problemas requiere que primero se acepte la existencia de un problema. Como se hizo notar antes, el cambio terapéutico sólo puede existir dentro de un contexto de aceptación de lo que es. En el caso de los pacientes borderline, la resolución de problemas se ve terriblemente complicada por la tendencia a verse a ellos mismos negativamente y a su falta de capacidad para regular el estrés emocional. Al mismo tiempo tienen dificultades para identificar correctamente los problemas en el ambiente, tendiendo a ver todos los problemas como autogenerados. Ver a todos los problemas como autogenerados es tan doloroso que los clientes muchas veces responden inhibiendo todo el proceso de autoreflexión. Puede ser necesario trabajar muchas veces con las fallas en el pensamiento dialéctico y con la emoción negativa que en general lo acompaña antes de que los pacientes puedan reconocer la existencia de los problemas más dolorosos. Las estrategias de validación descriptas en el Capítulo 8, y las estrategias irreverentes, descriptas en el capítulo 12, ayudan en este proceso sin reforzar las conductas suicidas u otras respuestas extremas.

El análisis conductual requiere el análisis en cadena de los eventos y factores situacionales que llevaron y siguieron a una respuesta problemática particular. El análisis se conduce en gran detalle, prestando atención a la interacción recíproca entre el ambiente y las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales del paciente. Las estrategias de Insight, que son separadas del análisis conductual solo con fines didácticos, incluyen observar y etiquetar patrones de conducta y de influencia del ambiente a través del tiempo. El análisis del problema se realiza de una manera no juiciosa, prestando atención tanto a la tendencia del paciente a experimentar pánico, como a volverse despiadado y a emitir juicios vengativos cuando los comportamientos o los resultados son peores que lo esperado o deseado. De manera típica el blanco de estos juicios cambia, a veces velozmente, del self como generador del problema a las otras personas o el ambiente como única fuente del problema. A través del proceso el terapeuta provee información al paciente, de una manera didáctica, sobre las características de las conductas de las personas en general y de las conductas borderline en particular. Esta información normaliza la propia conducta del paciente al mismo tiempo que sirve de fuente para generar hipótesis sobre qué es lo que esta manteniendo la conducta del cliente, así como qué podría servir para cambiar el proceso.

La segunda etapa de la resolución de problemas comienza cuando se generan y se evalúan soluciones alternativas que podrían usarse en el futuro. Una vez que se han generando una cantidad de soluciones alternativas el paciente y el terapeuta revisan que es lo que se requiere para implementar los procedimientos de cambio. Esto significa que el terapeuta orienta al paciente en el proceso de cambio. Finalmente el terapeuta y el paciente se comprometen en la implementación de las estrategias seleccionadas. Colocar las estrategias de compromiso al final del proceso es meramente ilustrativo, en verdad preceden, acompañan y siguen a todos los procedimientos de cambio.

ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS CONDUCTUAL

El análisis conductual es una de las estrategias más importantes y más dificultosas en DBT. Muchos errores terapéuticos, sino casi todos, son errores de evaluación, son respuestas terapéuticas basadas en fallas en la comprensión y la evaluación del problema a tratar. El análisis conductual es el primer paso en la resolución de problemas. El tratamiento de cualquier paciente, o de cualquier problema conductual nuevo, requiere de un análisis

conductual adecuado que guíe la selección de las intervenciones apropiadas. La emergencia (u omisión) de una conducta problema actual entre una sesión y la siguiente, así como cualquier falla en los programas de autocontrol (ej. Intentos de incrementar las conductas positivas y disminuir las conductas negativas) o los problemas que emergen dentro del proceso terapéutico en si mismo, deben ser tratados en primera instancia con un análisis conductual. El propósito del análisis conductual es entender cuál es el problema, qué lo está causando, que interfiere con su resolución y qué recursos existen que ayudarían a resolverlo. En algunas circunstancias parte de esta información es conocida o puede ser supuesta. Entonces, el proceso de conducir el análisis en cadena puede ser breve, involucrar unas pocas preguntas, o más prolongado y requerir toda una sesión o más. El punto en todo caso es chequear de una manera empírica lo que el terapeuta supone por la experiencia con un paciente particular o por las hipótesis que sostiene desde la teoría, de alguna forma funciona como antídoto del sesgo del terapeuta. No debe administrarse o conducirse de una manera arrogante. La única excepción son los casos en que la intervención, incluso sin evaluación, es urgente; cuando otras actividades claramente ganan prioridad; o cuando se está muy seguro de su evaluación de la situación.

Como se hizo notar antes, el presentar al análisis conductual de manera separada de las estrategias de insight tiene propósitos didácticos. En verdad, el análisis conductual incluye siempre estrategias de insight; y a su vez el insight sobre los problemas y los patrones de conducta del paciente dependen siempre del uso juicioso del análisis conductual. En la mayoría de los libros de texto sobre análisis conductual, los dos conjuntos de estrategias están combinados, bajo el título más abarcativo de “análisis conductual” o “análisis funcional”. Para nuestros propósitos los dos conjuntos de estrategias pueden separarse de la siguiente manera. El análisis en cadena en DBT se refiere específicamente al análisis en profundidad de una instancia en particular o un conjunto de instancias en las que aparece una conducta objetivo o conducta problema. Esto es el intento conciente y focalizado de parte del terapeuta (y uno espera que del paciente) para determinar los factores que lo llevaron a, siguieron y “controlan” o influyen la conducta. El insight del terapeuta es el feedback que el terapeuta le da al paciente sobre los patrones de comportamiento que emergen dentro de la relación, dentro de las conversaciones de las diferentes sesiones, o dentro de la realización de un número de análisis en cadena.

Hay tres aspectos del análisis en cadena que son críticos: (1) El análisis en cadena debe ser colaborativo (para lo que es preciso que se utilicen al mismo tiempo otras estrategias como la validación y el manejo de contingencias); debe realizarse en suficiente detalle como para generar una imagen precisa y razonable de la secuencia de eventos externos e internos asociados con la conducta problema; y (3) las conclusiones deben presentarse de tal forma que permitan que uno las abandone si luego prueban no ser ciertas. El objetivo último es enseñar al paciente a realizar de manera competente su propio análisis conductual. El análisis conductual incluye una serie de pasos, que son desarrollados más abajo y que se resumen en la tabla 9.1.

Existe un número de formas de dividir la realización de un análisis en cadena. No todos los aspectos de los pasos desarrollados más abajo son siempre necesarios, y el orden de los pasos no es invariable. Pero el terapeuta debe, como mínimo, obtener toda la información indicada.

1. DEFINIENDO LA CONDUCTA PROBLEMA

El foco de la definición del problema está determinado por un número de factores. En un primer nivel (ver “niveles de resolución de problemas” más arriba), cuando la terapia está comenzando o cuando sus metas y objetivos están cambiando, la lista de objetivos prioritarios (ver capítulo 6, tabla 6.1) se utiliza como guía. Los problemas son explorados en siete áreas específicas: comportamientos suicidas, comportamientos que atentan contra la terapia, comportamientos que atentan contra la calidad de vida, déficit de habilidades, respuestas de estrés post traumático, problemas con el auto respeto y dificultades para lograr metas personales. En un segundo nivel, cuando la terapia está transcurriendo, el foco de la evaluación está determinado por el orden de las conductas problema dentro de la jerarquía DBT. Entonces, durante la primera fase de la terapia cualquier conducta suicida, comportamiento que interfiera con la terapia o con la calidad de vida que haya sucedido desde la última sesión es tratada explícitamente (siguiendo el orden de prioridad, aunque no necesariamente siguiendo ese orden en el tiempo). Durante la segunda fase las respuestas de estrés postraumático son sondeadas y analizadas. Durante la última fase de la terapia los problemas de faltas en el auto respeto y en alcanzar las metas personales son observadas y tenidas en cuenta. En el tercer nivel, si no han ocurrido conductas problemas prioritarias de la jerarquía, el paciente fija la agenda y el foco.

Este proceso de arribar a un problema para ser analizado difiere del método comportamental de formulación de caso de Turkat (1990) ya que los objetivos de mayor prioridad no son tanto esos problemas “primarios” que pueden ser vistos como causa de todos los otros síntomas, sino más bien los problemas que involucran una mayor amenaza inmediata para la continuación de la vida, la terapia, y una mínima calidad de vida, en ese orden. Desde el punto de vista DBT la evaluación de cualquier problema llevará pronto al problema “primario” a través de las interrelaciones entre el sistema comportamental y los problemas que surgen en la realización de múltiples análisis conductuales. Arribar a esos problemas primarios depende de la realización de múltiples análisis en cadena como se describe más adelante.

Formular el problema en términos de conducta

Aunque a veces el problema a ser resuelto es una conducta del entorno, no del paciente, la tarea del terapeuta es formular el problema en términos de algún aspecto de las emociones, pensamientos o acciones del paciente. Por ejemplo, con una paciente que vivía con un marido abusivo el problema puede ser concebido como el encontrar tal situación aceptable. La solución eventual puede ser dejar al marido o, actuar de tal forma que haga que este deje comportarse abusivamente, o logre que el marido sea controlado por otros. Al definir la conducta del paciente de no dejar al marido o no actuar de tal forma que cambie la interacción abusiva como un problema, no estoy sugiriendo que el entorno no es disfuncional, maladaptativo, y aversivo. Sin embargo una característica que define a la psicoterapia de adultos, y también a DBT, es que el foco principal es la conducta del cliente en las situaciones, no las situaciones en sí mismas.

Como ya hice notar anteriormente los pacientes borderline muchas veces presentan las soluciones como problemas (ej. “me voy a matar”) sin ser capaces de identificar el problema. El paciente puede estar experimentando un malestar emocional intenso o atravesar situaciones ambientales aversivas sin ser capaz de nombrar esas situaciones como problemas que deben ser resueltos. Otras veces el paciente describirá una situación o un

evento de una manera tan ambigua o en términos tan vagos que es difícil aislar el problema con precisión. En cualquier caso el terapeuta debe recordarle al paciente que la primera tarea es identificar un problema específico, claro y descrito en términos conductuales. A veces los pacientes no quieren involucrarse en ese tipo de discusión; en ese caso, el terapeuta debe repetir de manera simple cual parece ser el problema conductual. Como se hizo saber en el Capítulo 8, sin embargo, es crítico que el terapeuta no asuma automáticamente que el problema es la distorsión del paciente sobre la situación más que lo aversivo de la situación en sí misma.

Tabla 9.1. Checklist de Estrategias de Análisis Conductual

-T ayuda a P a DEFINIR LA CONDUCTA PROBLEMA
-T ayuda a P a formular el problema en términos de conducta.
-T ayuda a P a describir el problema conductual específicamente, en términos de:
- Frecuencia de la conducta.
- Duración de la conducta.
- Intensidad de la conducta.
- Topografía de la conducta.
- T valida a través de todo el proceso.
- T conduce UN ANÁLISIS EN CADENA
-T y P seleccionan un acontecimiento de la conducta problema para analizar.
-T toma pequeñas unidades de comportamiento (los eslabones de la cadena), prestando atención de definir el comienzo de la cadena (los antecedentes), el medio (el problema en si mismo) y el final (las consecuencias) en términos de:
- Emociones.
- Sensaciones corporales.
- Pensamientos e imágenes.
- Conductas.
- Factores ambientales.
- T conduce un breve análisis en cadena si es necesario sobre los eventos que ocurren en sesión.
- T mantiene la cooperación de P (y la propia).
- T ayuda a P a desarrollar métodos para monitorear su comportamiento entre las sesiones.
- T GENERA HIPÓTESIS con P sobre las variables que influyen o controlan la conducta en cuestión.
-T usa el resultado de los análisis en cadena anteriores para guiar el actual.
-T se guía por la teoría DBT.

Tácticas anti DBT

- T se alía con P para evitar el análisis en cadena de las conductas objetivo.
- T sesga la información obtenida para probar la teoría de T sobre la conducta de P.

Describir el problema de manera específica

La definición debe ser específica, no general. Definir el problema como “sentirse enojada y triste casi todos los días” es una definición general. Decir que el problema es “sentirse deprimida todos los días” es más específico pero todavía demasiado general. El objetivo es definir en detalle qué es lo que el individuo quiere decir con “deprimido” y con “todos los días”. Por lo que una vez que se identificó un patrón conductual de forma general, el terapeuta debe obtener una descripción precisa en términos de su topografía (ej. que es exactamente lo que el paciente hizo), la frecuencia desde la última sesión y su intensidad (ej. Fortaleza o profundidad de la conducta).

Algunos ejemplos de preguntas útiles para generar descripciones específicas son las siguientes: ¿Qué querés decir con eso exactamente? ¿Cuántas veces pasó eso la última semana? ¿Cuánto tiempo te sentiste así? ¿Apareció algún pensamiento en ese momento?

¿Cuál fue? ¿Cuán intensas fueron tus ganas en una escala de 1 a 100? Aunque después de unos pocos análisis en cadena el terapeuta y el paciente pueden no necesitar realizar un análisis tan detallado, el terapeuta debe ser sin embargo muy cuidadoso de no asumir que las cosas están claras cuando aún no han sido debidamente esclarecidas. Asumir hechos sin basarse en la evidencia parece ser uno de los errores más comunes que la gente comete cuando aprende a hacer análisis en cadena.

Las estrategias terapéuticas específicas para obtener esta información y arribar a la definición de un problema incluyen: Las estrategias de validación de observación activa y reflejo, de ayudar a los pacientes a observar y nombrar sus emociones leyendo emociones, de hacer preguntas tipo múltiple-choice sobre las emociones, de generar descripciones no juiciosas y no inferenciales del comportamiento, de reflejar los pensamientos del paciente y evaluar los hechos (Ver Capítulo 8).

Validar el estrés del paciente

Es difícil focalizarse en la resolución de problemas si uno no ha aceptado la validez de que uno tiene un problema en primer lugar. Como se hizo notar en el Capítulo 8 los pacientes Bodeline y los individuos con conductas suicidas tienen muchas veces dificultades experimentando y admitiendo que tienen emociones desagradables o que precisan ayuda. Las estrategias de validación deben entremezclarse con todas las estrategias de evaluación.

2. CONDUCIENDO UN ANÁLISIS EN CADENA

Eligiendo una instancia específica de la conducta problema para ser analizada

Una vez que se identificó la conducta problema, el siguiente paso es desarrollar una descripción exhaustiva, paso a paso de la cadena de eventos que llevó y que siguió a la conducta. En el primer nivel, cuando la terapia esta empezando, el terapeuta necesitará mezclar análisis generales de patrones globales de las conductas problemas, sus antecedentes y sus consecuencias con análisis más detallados de algunas instancias específicas. El capítulo 14 describe como hacerlo.

En el segundo nivel, el análisis en cadena de focaliza en cualquier instancia de las conductas problemas de la jerarquía que hayan sucedido desde la última sesión o estén sucediendo en la misma interacción terapéutica. El punto importante aquí es que aunque el terapeuta debe hacer una revisión cada sesión de cuan seguido un problema en particular ha sucedido el análisis en cadena requiere que uno seleccione un evento en particular. Este punto no puede subrayarse excesivamente. La esencia de un análisis en cadena es examinar la aparición de una conducta disfuncional en una situación específica en detalle. Buena parte del trabajo del terapeuta DBT es realizar incesantes análisis en cadena de instancias específicas de un comportamiento problema, integrando cada vez nueva información a la vieja para actualizar la definición del patrón y explorar nuevas soluciones posibles a los eventos problemáticos.

¿Por qué tanto énfasis en una evaluación detallada de un episodio individual? El terapeuta no puede suponer que el paciente tiene la capacidad para recordar, analizar y seleccionar antecedentes y consecuencias importantes, y sintetizarlos a través de los diferentes episodios. Esto significa que el terapeuta no asume que el paciente llega a terapia con buenas habilidades de análisis conductual. Cuando más de un episodio se ha producido

en la semana o se hacen evidentes en la sesión una serie de factores pueden influir en cual será elegido para realizar el análisis. Cuan severo o intenso fue el episodio, cuan bien lo recuerda el paciente, cuan importante fue el episodio en generar otros eventos y cual es la preferencia del paciente. Todos son factores importantes. Cuando la severidad y la prioridad son equivalentes, el terapeuta debe seleccionar las conductas que se producen dentro de la sesión sobre las que ocurren entre las sesiones. Después de un tiempo y después de que se realizan repetidos análisis en cadena, una muestra de instancias conductuales se eligen que representan una clase entera de eventos.

En el tercer nivel, si no existen conductas de alta prioridad en la jerarquía DBT para el análisis o una situación de crisis que precise atención, el foco del análisis es determinado por el cliente como se ha resaltado anteriormente.

Prestando atención a los eslabones de la cadena

¿Dónde empezar? Ya que el comportamiento disfuncional es visto como una solución a un problema, una buena manera de saber donde empezar el análisis es preguntarle al paciente cuándo comenzó el problema. Las conductas disfuncionales son concebidas como ocurriendo dentro de un contexto o un episodio que para los propósitos del análisis tiene un comienzo, un medio (la conducta en si misma), y un final. En mi experiencia, los pacientes son capaces de señalar, al menos someramente, cuando comenzó un episodio. La idea, sin embargo, es localizar en el ambiente el evento que precipitó la cadena de comportamientos del paciente. Aunque los eventos precipitantes son a veces difíciles de localizar, esta tarea es importante. El objetivo final es relacionar la conducta del paciente con los eventos ambientales, especialmente con aquellos sobre los que la paciente puede no tener conciencia que están afectando su comportamiento. Por ejemplo un paciente puede haberse levantado sintiéndose desesperanzado y suicida, o puede no poder señalar que evento del ambiente que dispara una serie de preocupaciones. No obstante el terapeuta debe obtener una buena descripción de los eventos que coocurrieron con la aparición del problema, incluso si al principio estos eventos parecen no estar relacionados con la conducta del paciente. Más que preguntar “¿Qué causo esto?”, el terapeuta debe preguntar “¿Qué desencadenó esto?” o “¿Qué es lo que estaba sucediendo cuando el problema empezó?”. Los terapeutas no entrenados en análisis conductual, así como los pacientes, pueden abandonar rápidamente los intentos de ubicar los diferentes eslabones. Con persistencia y con el paso del tiempo sin embargo los patrones de eventos asociados con el inicio del problema emergen.

Llenando los eslabones

La clave acá esta en que el terapeuta debe pensar en términos de unidades de comportamiento muy pequeñas, el eslabón en la cadena, para decirlo de alguna forma. Un error común es que muchos terapeutas asumen que entienden la relación entre un eslabón y otro y fallan en identificar muchos eslabones que pueden resultar importantes. Una vez que el paciente y el terapeuta han identificado el comienzo de una cadena el terapeuta debe volverse muy detallista sobre la información en el ambiente y sobre los comportamientos del paciente en ese punto. Por “comportamientos” quiero decir lo que el paciente esta haciendo, sintiendo (emociones y sensaciones), pensando (explícita e implícitamente, que expectativas tiene y que es lo que asume) e imaginando.

Una vez que un eslabón fue descrito el terapeuta debe preguntar ¿Qué sigue? Comportamientos y eventos ambientales deben ser descriptos para cada eslabón en la cadena. Tanto el paciente como el terapeuta se verán tentados a veces de saltar un número de eslabones. Para llenar los eslabones el terapeuta hacer preguntas del tipo “¿Cómo llegaste de acá hasta acá?” – por ejemplo “¿Cómo llegaste de sentir que tenías ganas de llamarme a llamarme?”. Una vez una paciente con la que estaba analizando la cadena de eventos que la habían llevado a un intento de suicidio me dijo que antes de intentar matarse había decidido suicidarse. Yo le pregunté como había llegado a esa decisión. Ella me dijo que sentía que la vida era demasiado dolorosa para vivirla. Desde el punto de vista de la paciente sentir que la vida era intolerable y quitarse la vida era autoevidente, pero no lo era para mí. En cambio a mí me parecía que uno podía decidir que la vida era demasiado dolorosa para vivirla y entonces decidir cambiar la vida. O uno podía pensar que la muerte podría ser incluso más dolorosa y decidir tolerar la vida a pesar del sufrimiento. Como se volvió obvio a través de las preguntas la paciente creía que sería más feliz muerta que viva. Desafiar este supuesto se volvió una de las soluciones para frenar sus persistentes intentos de suicidio.

La estrategia aquí es casi la contraria que la estrategia de validación de leer las emociones, los pensamientos y los comportamientos, descripta en el Capítulo 8. Más que entender los eslabones de la cadena, el terapeuta debe jugar el rol del observador naif, no entendiendo nada y cuestionándolo todo. Esto no significa que imaginar cuales son los eslabones de la cadena más allá de lo que dice el paciente no es de ayuda. Puede serlo cuando el paciente saltea partes de la cadena de eventos. En este punto, el terapeuta puede preguntar si un evento particular, un pensamiento o una emoción, no podría ser un eslabón importante.

Los objetivos son muchos. Primero el terapeuta quiere identificar los eventos que pueden generar automáticamente los comportamientos maladaptativos o son sus precursores. Las respuestas emocionales en particular, pero también otros comportamientos, pueden estar controlados principalmente por su asociación condicionada con los eventos. Segundo, identificar los déficits comportamentales que pueden estar detrás de la respuesta problemática. Si las conductas parasuicidas son un “pedido de ayuda”, puede que la persona no contara con métodos alternativos para pedir ayuda. Tercero, el terapeuta quiere señalar eventos, en el ambiente y respuestas anteriores de la persona (creencia, miedos, conductas incompatibles), que pueden interferir con respuestas más adaptativas. Finalmente el terapeuta quiere tener una idea general sobre cómo la persona llegó a una respuesta disfuncional, así como cuáles podrían ser los caminos alternativos que podrían haberse tomado.

¿Dónde detenerse? El análisis en cadena necesita información concerniente a los eventos que llevaron al problema (antecedentes) así como información sobre las consecuencias del comportamiento. Las consecuencias más importantes son aquellas que pueden estar influenciando en el mantenimiento, el incremento o fortalecer la conducta problema (reforzadores). Esto puede incluir la emergencia de un evento preferible o la evitación o cesación de un evento aversivo, o la oportunidad para comenzar comportamientos preferidos. De la misma manera el terapeuta quiere identificar las consecuencias que pueden ser importantes para debilitar o disminuir la conducta problema.

Así como con los eventos que preceden la conducta, el terapeuta debe obtener información sobre los eventos externos (los efectos de la conducta en el contexto o las

relaciones) así como los eventos internos (emociones, sensaciones somáticas, acciones, imágenes, pensamientos, supuestos y expectativas). Es importante obtener información tanto sobre los eventos que ocurren como de su valencia o atracción para el paciente. El terapeuta debe saber algunos principios rudimentarios del refuerzo. Por ejemplo que los efectos inmediatos tienen más probabilidad de influir en el comportamiento que los efectos que están temporalmente distantes del comportamiento. El refuerzo intermitente puede ser un método poderoso de hacer que una conducta se vuelva resistente a la extinción. El castigo suprimirá la conducta, pero si otra respuesta existente no es reforzada, el comportamiento reaparecerá una vez que el castigo haya sido removido.

El objetivo es establecer la función de una conducta o en otras palabras determinar que problema vino el comportamiento a resolver. El punto importante acá es mantener en mente que el paciente puede no ser conciente de la función que el comportamiento tiene, ni cual de las muchas consecuencias son importantes en el mantenimiento del problema. Esto es cierto para la mayoría de los comportamientos de la mayoría de la gente; la mayoría del aprendizaje comportamental ocurre fuera de la conciencia. (O desde otro punto de vista el aprendizaje es más implícito que explícito). Es igualmente importante mantener en mente que decir que las consecuencias mantienen un comportamiento no es lo mismo que decir que el individuo hizo algo “para” conseguir esa consecuencia. Por ejemplo los alumnos pueden influir sobre donde se parara un profesor durante una clase o que es lo que dirá simplemente sonriendo y asintiendo cuando el profesor se mueve en la dirección deseada o hace cierto tipo de comentarios. Inevitablemente esto sucede fuera de la conciencia del profesor. ¿Significa que el profesor cambia su conducta porque “busca” asentimientos o sonrisas de sus estudiantes? Una computadora puede ser programada para variar su “conducta” dependiendo de las consecuencias ¿Esto significa que la computadora “busca” esas consecuencias? Sin embargo es la acusación de “buscar” lo que se interpone en la voluntad del paciente en explorar los efectos de las consecuencias en sus conductas – principalmente porque el “buscar” es generalmente inferido, es inadecuado, no esta de acuerdo con la experiencia fenomenológica, y le imputa motivos peyorativos. Explicar este punto, como indico más tarde en el desarrollo sobre estrategias didácticas, es una parte importante de la terapia.

Conducir un análisis en cadena breve sobre conductas que ocurren en la sesión

Cuando una conducta objetivo ocurre dentro de la sesión debe ser analizada inmediatamente. Sin embargo cuando el foco del análisis es una conducta que ocurre dentro de la sesión el análisis debe ser la mayoría de las veces breve, consistente muchas veces en unas pocas preguntas. Por ejemplo si un paciente amenaza con suicidarse, el terapeuta puede detenerse y preguntar algunas preguntas para determinar que lo llevó a hacer esa amenaza, comentar otras conductas alternativas posibles que el paciente podría haber realizado en cada punto y luego volver a la discusión del tema previo. Esa digresión puede tomar solo unos minutos, pero puede tener efectos muy poderosos si es hecha de manera consistente. Esta técnica se entremezcla conceptualmente con las estrategias de insight (ver más abajo).

Manteniendo la cooperación

Hacer que el paciente coopere con el análisis en cadena es una de las tareas esenciales de la terapia. En mi experiencia, ambos, paciente y terapeuta, pueden resistirse a semejante trabajo. Los pacientes tienen un número de razones para evitarlo. Primero involucra un gran esfuerzo, cuando muchas veces están exhaustos y quieren apoyo y descansar en un marco de respuesta de pasividad activa. Analizar los comportamientos disfuncionales pasados puede generar sentimientos intensos de vergüenza. Aún más interfiere con las interpretaciones actuales del paciente sobre su comportamiento, interpretaciones que el paciente puede tener buenas razones para querer mantener. Finalmente, ya que el comportamiento ha ocurrido en el pasado, los pacientes muchas veces quieren olvidarlo y ocuparse de la crisis actual. Aún cuando acuerden de tratar viejos problemas los pacientes quieren focalizarse en la situación (que puede ser el ambiente, su propio comportamiento o una mezcla de ambos) que comenzaron la situación más que en sus propias soluciones maladaptativas. Los terapeutas deben recordar siempre que los comportamientos maladaptativos son problemas para el terapeuta pero una solución para los pacientes. Puede ser necesario recordar a los pacientes, a veces una y otra vez, los aspectos problemáticos de su comportamientos y el compromiso que asumieron de trabajar en ellos.

Los terapeuta también pueden preferir evitar este tipo de análisis. Como para los pacientes precisa de una gran cantidad de trabajo activo. Es muchas veces más fácil y frecuentemente más interesante solo sentarse y escuchar el relato del paciente. Para muchos terapeutas es difícil hacer que sus pacientes hagan cosas que ellos mismo no quieren hacer. Algunos pueden temer que si obligan al paciente a realizar un análisis en cadena este se ponga suicida. O la intensa resistencia y hostilidad dirigida al terapeuta es simplemente demasiado aversiva. En mi experiencia, la tendencia a evitar el análisis comportamental en genera y el análisis en cadena en particular es uno de los mayores impedimentos para realizar DBT. El mejor antídoto es la reunión de equipo.

Usando Análisis previos para guiar el análisis actual

Luego de haber realizado un número de análisis en cadena sobre un comportamiento en particular el terapeuta puede trabajar junto con el paciente generando hipótesis sobre las variables que típicamente controlan la conducta. Estas hipótesis pueden estar relacionadas a las situaciones en que el problema suele ocurrir, otros comportamientos (pensamientos, emociones, sensaciones y acciones) que generalmente llevan a la conducta problema, refuerzos que pueden estar manteniendo el problema; creencia o expectativas sobre la utilidad de la conducta problema, etc. El paciente y el terapeuta deben generar estas hipótesis juntos. La hipótesis formulada guía la información a explorar durante el siguiente análisis en cadena. Esto significa que una vez que la hipótesis ha sido formulada los análisis en cadena subsiguientes pueden utilizarse para probar su validez. De esta manera la información se vuelve más “afinada” con el tiempo.

Ayudando al paciente a monitorear su comportamiento

Como se hizo notar más tempranamente en este capítulo existe una amplia evidencia que demuestra que los estados emocionales pueden tener efectos poderosos en la memoria y en como la información es organizada, recuperada y procesada (Williams, 1993). Este es un problema particular cuando se trata pacientes borderline ya que la variabilidad de su humor y la regulación del afecto es una de las características que definen a la esta población. DBT

pone énfasis no solo en los comportamientos que ocurren dentro de la sesión sino también en los comportamientos que ocurren entre sesiones. Para lograr evaluar y tratar estos comportamientos apropiadamente la información más o menos precisa es esencial.

Fiarse solamente de la memoria es la manera menos aceptable de obtener información. En DBT, como en la mayoría de las terapias comportamentales, se enfatiza la necesidad de que los pacientes monitoreen su comportamiento diariamente. El uso del registro diario como se lo describe en el capítulo 6 es un componente esencial de DBT, al menos en las primeras etapas de la terapia, cuando conductas muy específicas son blanco del tratamiento. Estos registros proveen información sobre la frecuencia e intensidad de las conductas problemas durante los intervalos entre las sesiones. No registran, sin embargo, información sobre los eventos que rodearon a la conducta problema. Es por esto que este registro tiene la utilidad de una “señal” sobre los problemas que necesitan ser explorados y evaluados.

Cuando se le debe pedir a un paciente que lleve un registro diario más detallado depende de la habilidad del paciente para recordar los eventos, la fase actual del problema evaluado, y de la capacidad y la voluntad del paciente en monitorear su comportamiento por escrito. Algunos pacientes son muy buenos en la reconstrucción verbal de los eventos que rodearon a la conducta problema. Aunque dos o tres semanas de registro diario puede ser una buena manera de chequear la validez del recuerdo de los pacientes, continuar con el monitoreo con estos pacientes muchas veces no es necesario. Otros pacientes parecen tener gran dificultad para recordar los detalles específicos que rodearon a un comportamiento estresante. Análisis en cadena dentro de la sesión pueden ser de gran utilidad con este tipo de pacientes para enseñarles como organizar y recordar los eventos. En mi experiencia, después de un número de esos análisis, la mayoría de los pacientes mejoran su capacidad para atender, organizar y recordar detalles específicos tanto del problema como de los eventos que lo rodearon. Existe alguna evidencia que sugiere que esta mejoría en la capacidad para recordar puede ser un de los mecanismos terapéuticos de DBT (Williams, 1991).

En la realización de un registro comportamental detallado el terapeuta debe incluir un espacio para la descripción del problema, el día, la duración y frecuencia, el contexto (donde y con quien), pensamientos, emociones y otros comportamientos que precedieron al comportamiento problema (antecedentes) y que sucedió después (consecuencias). Depende de la tarea una o dos de estas categorías pueden excluirse o fusionarse con otras. El uso de un registro provee la oportunidad al terapeuta de ayudar al paciente a observar y describir el quien, el que, el cuando, el donde, y el como de los eventos; discriminar inferencias de observaciones, y a estructurar y organizar el recuerdo para el máximo beneficio del cambio comportamental.

Cuando se utilizan registros, el terapeuta y el paciente deben colaborar en la realización de sistema de monitoreo. La importancia de este punto no puede subrayarse excesivamente. La mayoría de los pacientes tienen opiniones y preferencias sobre la estructura de esta tarea; no tiene sentido y es innecesario imponer un formato en particular.

Algunos pacientes aman los registros, y llegan a la sesión con muchas notas sobre la semana precedente o envían el registro a través del mail. Con estos paciente muchas veces la tarea es estructurar sus registros de tal forma que la información pueda organizarse y extraerse fácil y rápidamente. Otros pacientes se muestran poco deseosos o son incapaces de hacer un registro diario detallado. Aunque llenar el registro diario de DBT es un

requisito (y nunca he tenido un paciente que fuera incapaz de llenar el registro) otros modos de monitoreo quedan a criterio de cada clínico y cada paciente. Los pacientes disléxicos, por ejemplo, muchas veces tienen grandes dificultades con las tareas de escritura. Otros pacientes dicen que sus problemas interfieren con su capacidad para focalizarse en la tarea de monitoreo.

Cuando el negarse o ser incapaz de llenar el registro se considera una conducta que interfiere con la terapia depende de la importancia que la información para conducir la terapia. Por ejemplo, si se están utilizando procedimientos de modificación cognitiva para cambiar los frecuentes pensamientos y supuestos, es casi imposible para el paciente recordar en sesión la secuencia de pensamientos que tuvo durante la semana previa, o la forma en que esos pensamientos están relacionados con la conducta problema. Registrar los pensamientos y conductas puede ser aquí esencial, y el terapeuta debe ser muy cuidadoso en no abandonar el pedido a causas de que el paciente no quiere o lo encuentra dificultoso. Otras veces, el monitoreo puede ser útil pero no es realmente esencial. Por ejemplo, en mi experiencia, la mayoría de los pacientes pueden (con ayuda) aprender a recordar con una precisión razonable los eventos que llevaron, rodearon y siguieron a una conducta parasuicida. El terapeuta no debe insistir en monitorearla solo por que parece una buena idea.

3. GENERANDO HIPÓTESIS SOBRE LOS FACTORES QUE CONTROLAN UNA CONDUCTA

Usando la teoría para guiar el análisis

DBT asume que cada individuo tiene patrones únicos de variables que controlan sus conductas “borderline” y que además las variables que controlan la conducta en una oportunidad pueden ser diferentes de aquellas que la guían en otra. También, como se dijo en el capítulo 2, DBT no asume que ningún sistema particular de comportamiento (acciones, cogniciones, fisiología, respuestas biológicas, respuestas sensorias) sean intrínsecamente más importantes que otros en la generación o el mantenimiento de una conducta problema. En este sentido, DBT no está basado ni en una teoría puramente cognitiva ni en una teoría puramente conductual. Aunque siempre se hacen referencias al contexto de la conducta, DBT asume que las causas más próximas a una conducta pueden ser tanto comportamentales o ambientales dependiendo de cada instancia específica.

Esto no significa que DBT no tenga preferencias teóricas, las tiene, y son muy importantes. Con respecto a los antecedentes o las variables que generan la conducta, DBT se focaliza más en emociones intensas o estados emocionales aversivos. Los comportamientos maladaptativos, en un sentido amplio, son vistos como resultado de la desregulación emocional. La mejoría de un dolor emocional intenso es siempre supuesta como uno de las principales motivaciones del comportamiento disfuncional borderline. Esto significa que en cualquier análisis en cadena las emociones que anteceden a la conducta deben ser exploradas con particular detalle. DBT también sugiere ciertos patrones típicos o cadenas de eventos que pueden llevar a esos estados emocionales aversivos. Esto significa que DBT sugiere que varios conjuntos de eventos ambientales y de comportamientos del paciente son probablemente instrumentales en producir y mantener las conductas borderline. Déficit comportamentales en el pensamiento dialéctico y la habilidad para sintetizar las polaridades, así como déficit de habilidades comportamentales: mindfulness, interpersonal

(especialmente en la resolución de conflictos) regulación emocional, tolerancia al malestar y de autogestión (selfmanagement) son teóricamente importantes de ser evaluados. Desde una perspectiva diferente la teoría sugiere que un conjunto particular de patrones de comportamientos extremos es probablemente al mismo tiempo instrumental en la generación y el mantenimiento del comportamiento borderline y en el proceso de cambio. Estos patrones incluyen déficits en la modulación emocional, auto validación, juicio y razonamiento realista, resolución de problemas activa, expresión apropiada de estados emocionales y competencia. Correspondiendo con estos déficit y generalmente ocurriendo a la vez, existe un exceso de reactivación emocional, auto invalidación, comportamientos generadores de crisis, inhibición del duelo, comportamientos de pasividad activa, y dependencia del humor. Estos patrones y su relación con BPD y la terapia son desarrollados de manera extensa en los primeros tres capítulos de este libro. El lector interesado debe leer estos capítulos cuidadosamente antes de iniciar una evaluación DBT con un paciente borderline.

ESTRATEGIAS DE INSIGHT (INTERPRETACIÓN)

El objetivo de las estrategias de insight es ayudar al paciente a darse cuenta de los patrones y lograr un insight sobre la interrelación funcional. Aunque este es un objetivo fundamental del análisis conductual descrito más arriba, el terapeuta puede ofrecer sus propios “insight” en muchos otros momentos de la terapia independientemente del análisis en cadena. Ofrecer los insight terapéuticos (generalmente llamados interpretaciones en la psicoterapia más tradicional) puede ser muy poderoso en un sentido positivo y negativo. Es esencial que el insight sea ofrecido como una hipótesis a ser confirmada más que como una verdad revelada. Es más el terapeuta debe tener el cuidado de reconocer que sus insight son producto de sus propios procesos cognitivos y que no son necesariamente un reflejo de la realidad.

Los comportamientos del terapeuta que pueden ser incluidos bajo la rúbrica de insight incluyen el comentar los comportamientos del paciente, resumir lo que el paciente ha dicho o hecho de tal forma que coordine o enfatice determinado aspecto, darse cuenta y comentar una interrelación observada, comentar las consecuencias de una conducta particular del paciente, así como una actitud o emoción implícita. Ofrecer este tipo de insight es una parte fundamental de cualquier psicoterapia (Frank, 1993) así como de DBT. Muchas veces se utilizan estrategias de insight cuando el foco de la terapia es otro tema pero el terapeuta quiere notar un comportamiento en particular para su trabajo posterior. Otras veces puede ser el preludio de un intento por refocalizar la sesión en temas que el paciente está evitando o tratando que el terapeuta no advierta. El Insight pueden ser breve y sutil, como cuando el terapeuta quiere dar una pista al paciente sobre un patrón de comportamiento pero desea que llegue a la conclusión por si mismo, o confrontativo, como cuando el terapeuta trata de que el paciente se mas activo o mas flexible. En contraste con el análisis en cadena las estrategias de insight se focalizan más seguido en los comportamientos que se producen dentro de la sesión terapéutica. Las estrategias de insight no son parte del análisis en cadena. Los insight son formulaciones de varias teorías sobre qué es lo que el paciente está haciendo y por qué lo está haciendo. En el análisis en cadena el paciente y el terapeuta intentan verificar esos insights. Es importante recordar sin embargo que las interpretaciones como otras teorías no pueden ser evaluadas en términos de “verdad” sino solamente en términos de su utilidad. Ayudan a cambiar un proceso o no

ayudan, y a veces pueden ser perjudiciales. Kohlenberg y Tsai (1991) notaron que “cada forma de psicoterapia parece incluir el enseñar al cliente a dar razones por su conducta que son aceptables para el terapeuta”. Ellos parecen estar resumiendo a Woolfolk y Mecer (1988) que sugirieron que el psicoanálisis puede ser descripto como un proceso en el que el paciente cuenta que es lo que sucedió y da sus razones. El terapeuta entonces interpreta, da diferentes razones, y la terapia termina cuando las razones del paciente son las mismas que las del terapeuta. Las estrategias de Insight se resumen en la tabla 9.2.

Qué y Cómo Interpretar: Guías para el Insight

Los teóricos difieren sobre que comportamientos deben interpretarse con los pacientes borderline y como esas interpretaciones deben realizarse. Por ejemplo, Kernberg (1975) sugiere focalizarse en los aspectos negativos de la transferencia. Materson (1990) recomienda mantener el foco en los comportamientos maladaptativos que ocurrían fuera de la sesión. Muchos clínicos sostienen que se debe desafiar y confrontar a los pacientes con las propias interpretaciones (Kernberg, 1975; Masterson, 1990; Gunderson, 1984), mientras que otros señalan los riesgos de la confrontación (Sederer & Thorbeck, 1986; Schaffer, 1986). Ambos Gunderson (1984) y Schaffer (1986) señalaron la importancia de las interpretaciones empáticas y afirmativas. ¿En que difieren las interpretaciones o los insight en DBT de las ofrecidas por otras psicoterapias? La mayor diferencia es el énfasis en lo observable, en las conductas problemas (el que interpretar), así como los presupuestos que guían la formulación del insight (el como interpretar).

Que interpretar

Hay tres guías generales sobre que comportamientos del consultante uno debe o puede interpretar. La primera guía es que la mayoría de los comentarios deben focalizarse directamente sobre las conductas dentro de la jerarquía DBT o en los comportamientos que están relacionados funcionalmente con ellas. Por ejemplo las conductas suicidas o las conductas que comúnmente llevan a ellas deberían tener prioridad, las conductas que interfieren con la terapia o predicen problemas futuros deberían tomar un segundo nivel de prioridad, y así. La segunda guía es que, siendo todas las demás cosas iguales, el insight debe focalizarse en comportamientos y eventos observables y públicos como eventos opuestos a los eventos privados. Los comportamientos se vuelven públicos (para el terapeuta) de dos condiciones: el terapeuta puede observarlos o el paciente reporta sus comportamientos privados que el mismo paciente observe (qué es lo que esta pensando o sintiendo). La tercera guía es que los insights deben focalizarse en eventos y comportamientos en el presente como opuestos a eventos ocurridos en el pasado.

Todas estas guías tomadas en conjunto sugieren que los insights más efectivos son aquellos que se realizan sobre el comportamiento del paciente que ocurren en la interacción con el terapeuta (por teléfono o en persona). Los datos presentados por Marziali (1984) sugieren que cuanto más las interpretaciones se focalizan en los comportamientos que ocurren en sesión, más positivo es el resultado de la terapia. Esta aproximación funciona mejor cuando la conducta problemática se produce espontáneamente o puede ser generada durante la interacción con el terapeuta. Como Kohlenberg & Tsai (1991) han señalado la relación terapéutica ideal es aquella que evoca los comportamientos problemáticos o clínicamente relevantes mientras al mismo tiempo provee oportunidades

para desarrollar comportamientos alternativos más efectivos. Estilos interpersonales problemáticos y patrones de conducta que interfieren con la terapia son los comportamientos que con más probabilidad ocurren en la interacción con el terapeuta y son los que son los mejores candidatos para los insight. Sin embargo muchos otros comportamientos problemáticos ocurren dentro de la interacción terapéutica incluyendo ideación y amenazas suicidas, desregulación emocional, intolerancia al estrés y agitación, fallas en el self management y conductas impulsivas, dificultades con mindfulness (especialmente observar y describir de una manera no juiciosa), y toda la gama de respuestas al estrés post traumático. De manera similar progresos en cualquiera de estas áreas son posibles de presentarse dentro de la interacción terapéutica. Por lo que el terapeuta debe estar atento a las oportunidades de observar y comentar la aparición de conductas que son relevantes para el progreso clínico.

Este constante aunque intermitente foco puesto en el comportamiento que ocurre dentro de la sesión diferencia a DBT de otros tipo de terapias conductuales donde el foco se pone en los comportamientos que ocurrieron entre las sesiones. La excepción a esta guía esta asociada a las conductas parasuicidas y la planificación y preparación para el suicidio, que raramente sucede en presencia del terapeuta. Ya que estas conductas de alta prioridad el terapeuta debe intentar construir insight relevantes sobre los factores que generan y mantienen estos comportamientos. Una vez que un precursor se ha identificado sin embargo el terapeuta debe esperar su emergencia en la interacción terapéutica. Por ejemplo Mary era una paciente mía que se caracterizaba por cortar sus muñecas cada vez que sentía emociones intensas y creía que los demás no estaban tomando sus emociones seriamente. En la sesión me percate que Mary comunicaba sus intensas emociones en un estilo suave y poco emocional que hacia que fuera difícil de tomar seriamente. Frecuentemente le decía que su expresión verbal y lo que estaba diciendo daban diferente información, y que esto me hacia difícil saber cuan mal se estaba sintiendo en verdad. Algunas veces este comentario podía refocalizar la discusión en un análisis en cadena sobre los factores que controlaban su expresión verbal y no verbal, en ese mismo momento en la sesión.

Como interpretar

Como uno interpreta puede ser tan importante como en que comportamiento se coloca el foco. Comentar el comportamiento de una persona dentro de una interacción y ofrecer ideas sobre los factores que pueden estar relacionados con esa conducta tiene el potencial de incrementar la intensidad de la interacción. Si la persona no esta de acuerdo con los comentarios o las interpretaciones los intentos de insight no solo pueden fallar si no que pueden crear aun más problemas. Los Insights, especialmente cuando están dirigidos a la conducta actual, deben usarse con sumo cuidado.

Existen tres guías para el contenido y la forma de una interpretación en DBT que son paralelas a las tres guías sobre que interpretar. La primera guía es que las interpretaciones deben basarse en la teoría biosocial y los supuestos DBT sobre los pacientes con TLP descritos en el capítulo 2, así como los supuestos señalados en el capítulo 4. Una de las funciones principales de toda teoría clínica es la de guiar al terapeuta en la construcción de hipótesis interpretativas sobre el comportamiento del consultante. El terapeuta debe focalizar sus comentarios sobre las reglas que gobiernan el comportamiento del paciente, así como su comportamiento esta funcionalmente relacionado con los antecedentes inmediatos y las consecuencias, saber sobre los procesos psicológicos

comunes a todas las personas, las influencias biológicas, y sobre los eventos situacionales o contextuales. Las guías para formular hipótesis sobre las conductas durante el análisis, desarrolladas más arriba, se utilizan para ofrecer insight.

Tabla 9.2. Checklist de Estrategias de Insight (Interpretación)

- T focaliza las interpretaciones en las conductas blanco y en sus precursores.
- T explora eventos actuales, observables y públicos.
 - T comenta las conductas que ocurren en sesión, con especial énfasis en las conductas observables.
- T usa los supuestos de DBT sobre los pacientes y la teoría psicosocial para estructurar sus interpretaciones.
- T favorece interpretaciones no peyorativas y empáticas.
- T interpreta la conducta en términos de variables actuales que la generan y mantienen.
- T observa los efectos de las interpretaciones y cambia el patrón de interpretaciones en consecuencia.
- T usa la interpretación con moderación y la rodea de validación.
- T RESALTA o comenta las conductas de P.
 - T intercala una observación sobre una conducta durante una discusión con P.
 - T hace comentarios sobre la conducta de P como “¿Te diste cuenta que...?” o “¿Pensás que es interesante que...?”
 - T mantiene un equilibrio entre resaltar conductas negativas y resaltar conductas positivas.
- T ayuda a P a OBSERVAR Y DESCRIBIR patrones recurrentes (comportamentales o ambientales o ambos) construyendo significados sobre los eventos de la vida de P.
 - T identifica pensamientos recurrentes.
 - T identifica respuestas afectivas recurrentes.
 - T identifica secuencias de conductas recurrentes.
 - T ayuda a P a observar y describir patrones de estímulos y su relación asociativa que generan (modelo de condicionamiento clásico) o refuerzan-castigan (modelo de condicionamiento operante) las respuestas de P.
- T comenta las posibles IMPLICACIONES del comportamiento de P.
- T EXPLORA DIFICULTADES en aceptar o rechazar hipótesis sobre el comportamiento de forma abierta y flexible.
 - T esta abierto a la posibilidad de que la interpretación de P sea correcta.

Tácticas anti DBT

- T le imputa motivos a P independientes a las percepciones de sus propios deseos y metas.
- T mantiene sus interpretaciones de acuerdo a su sesgo teórico en vez de basarlas en la observación de la conducta y los eventos que la rodean.
- T insiste en interpretaciones y opera en una manera no colaborativa.
- T ofrece interpretaciones peyorativas cuando interpretaciones no peyorativas son posibles para el mismo conjunto de conductas y hechos.
- T se involucra en un razonamiento circular, insistiendo en que el resultado de una conducta prueba la motivación de la misma.
- T utiliza la interpretación para atacar, culpar o castigar a P.

La segunda guía es que deben realizarse esfuerzos para encontrar un lenguaje no peyorativo para ofrecer las interpretaciones. Siendo todas las demás cosas iguales, las interpretaciones no peyorativas deben ser contempladas antes que las peyorativas. De manera similar las interpretaciones que son congruentes con la experiencia fenomenológica del paciente deben ser sostenidas más que aquellas que son incongruentes. La excepción aquí, como lo indica el capítulo 12, es cuando el terapeuta utiliza estrategias de comunicación irreverente. En este caso, usadas de manera estratégica, las interpretaciones pueden ser extravagantes o lo que se quiera pero no peyorativas. (Por ejemplo el terapeuta

puede decir “¿Estas tratando otra vez que esta terapia no funcione y volverme loco? A un paciente que realiza de nuevo una conducta que atenta contra la terapia ya resaltada lo que parece un millón de veces).

La tercera guía es que la interpretación debe intentar relacionar comportamientos actuales con eventos actuales. Los pacientes borderline están muchas veces desesperados por saber como es que llegaron a ser lo que son, muchas veces quieren discutir eventos tempranos de su niñez para determinar el rol que su historia temprana de aprendizaje en el desarrollo de sus problemas actuales. El terapeuta no debe evitar tales discusiones completamente ya que la motivación es obviamente legitima. Pero debe recalcar que el entender los factores que contribuyeron al desarrollo de un patrón de comportamiento no necesariamente provee información sobre los factores responsables de su mantenimiento. Tampoco semejante análisis debe siempre señalar como el paciente puede cambiar (el paciente podría responder diciendo “Como es que puedo ponerme mejor habiendo pasado por lo que pase”). El estado de paz mental que el paciente obtiene de tales discusiones puede valer el tiempo si éste es manejado de forma apropiada; sin embargo, no pueden tomar el lugar de los intentos por entender las conductas del paciente en el contexto actual.

Timing de las interpretaciones

No hay una guía aplicable a todos los pacientes en cuanto a cuando uno debe ofrecer una interpretación. Hay tres puntos importantes. Primero, cuando y cuanto de lo que se interpreta debe determinarse empíricamente e ideográficamente. Esto significa que el terapeuta debe observar el efecto de un insight en el paciente y modificar su comportamiento en consecuencia. Segundo, el terapeuta no trata a los pacientes como frágiles o incapaces de escuchar la verdadera interpretación del terapeuta sobre los hechos. Tercero, los principios del shaping guían que comportamiento debe ignorarse, dejarse para después, a favor de otros comportamientos en los que uno debe focalizarse ahora (ver capítulo 10).

Las cuatro estrategias de Insight son descritas a continuación.

1. RESALTAR

Al resaltar el terapeuta le da al paciente feedback sobre aspecto de aquello que esta haciendo como una manera de remarcar el patrón de comportamiento del paciente. Usualmente el resaltado es muy breve, quizás solo un comentario (Ej.. “muy interesante”), y el tema puede ser tratado bastante tiempo después. El resaltado puede ser muchas veces fraseado como una pregunta (Ej.. ¿Te diste cuenta que cambiaste de tema tres veces en la sesión?).

El resaltado de comportamientos negativos suele ser percibido como una critica por todo el mundo, y el terapeuta debe ser cuidadoso de no usar esta estrategia para ventilar su hostilidad o para hacer criticas veladas. Los pacientes borderline las perciben rápidamente. Es una buena idea balancear el resaltado de las fortalezas del paciente con el foco en las conductas problemáticas.

2. OBSERVAR Y DESCRIBIR PATRONES RECURRENTES

Una parte importante de cualquier terapia es la construcción de significados de los eventos de la vida a través de la observación de patrones y relaciones recurrentes. Durante el relato sobre la vida del paciente así como por la observación de su comportamiento dentro de la sesión, el terapeuta debe estar alerta a relaciones recurrentes entre varios comportamientos del paciente o entre sus comportamientos y eventos del entorno. En particular el terapeuta debe buscar aquellas relaciones que puedan echar luz sobre patrones causales. Esto es, como en el análisis en cadena, el foco está en darse cuenta de eventos que pueden generar o reforzar comportamientos. A veces es más útil para el terapeuta preguntarle al paciente donde ella ve un patrón interesante. O el terapeuta puede expresar su punto indirectamente a resumir lo que el paciente ha dicho o las secuencias de hechos de tal forma que el patrón observado quede resaltado. Otras veces es más útil para el terapeuta comunicar directamente sus observaciones y discutir la validez de esas observaciones con el paciente.

3. COMENTAR LO IMPLÍCITO EN LA CONDUCTA

Como se ha hecho notar antes DBT no presume que las personas (incluyendo los pacientes con TLP) sean concientes de las variables que controlan o influyen en su propio comportamiento. Aunque algunas reglas sobre las reglas que guían el comportamiento humano pueden ser explícitas, la mayoría del tiempo el comportamiento se encuentra bajo el control de reglas y supuestos implícitos. Los eventos que regularmente generan cierto tipo de patrones de comportamiento, así como los eventos que funcionan como reforzadores de esos comportamientos, funcionan en general fuera de la conciencia. DBT no asume que esta falta de conciencia se deba necesariamente al resultado de una represión (que está motivada inconscientemente). En cambio asumimos que la mayoría de las personas la mayoría del tiempo tiene dificultades para identificar precisamente los factores que controlan su comportamiento. La mayoría del tiempo esa identificación es innecesaria.

Generalmente, los comentarios sobre lo que está implícito en el comportamiento se basan en reglas o relaciones “Si-entonces” de las que el paciente puede no estar conciente. Al comentar el terapeuta está diciendo “Si tu reacción es X, Entonces también Y es probable que esté sucediendo” (en contraste cuando el terapeuta observa y describe comportamientos dice “No es interesante que X y Y siempre sucedan juntos”). Por ejemplo si un paciente dice que quiere golpear al terapeuta, es razonable pensar que está enojado o que se siente amenazado. Si escapa a una situación, puede sentirse temerosa o pensar que la situación no tiene remedio. Decidir volver a la escuela implica que se tiene confianza en que uno podrá aprobar los cursos. El terapeuta debe ser extremadamente cuidadoso si sugiere que las consecuencias de un comportamiento son intencionales, especialmente cuando las consecuencias son dolorosas o socialmente inaceptables. La teoría y los supuestos señalados en el capítulo 2 y 4 son especialmente importantes de ser recordados cuando se comentan las implicaciones de la conducta.

4. EVALUANDO LAS DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN O EL RECHAZO DE LAS HIPÓTESIS

Un patrón recurrente o una implicación puede no ser reconocido por el paciente. Otras veces el patrón o la implicancia puede ser reconocido por el paciente pero puede tener dificultades para admitirlo al terapeuta o para aceptar su existencia. Cada una de estas

alternativas debe ser explorada con el paciente cuando el terapeuta y el paciente desacuerdan en la presencia o la implicación de un patrón comportamental. Al mismo tiempo el terapeuta debe estar alerta a su propio sesgo y dificultad en “dejar ir” a una interpretación. Es posible que simplemente este equivocado. Es probable que la interpretación sea simplemente incorrecta. En esta discusión es crítico que el terapeuta respete el punto de vista del paciente; aun más, el terapeuta debe comunicar directa e indirectamente al paciente que ella y el terapeuta están involucrados en un esfuerzo colaborativo mutuo. Esto significa que los desacuerdos entre el terapeuta y el paciente deben realizarse con una aproximación no evaluativa, y las posibles dificultades que el paciente puede estar teniendo en reconocer el patrón deben discutirse de una manera directa y que transmita aceptación.

En el transcurso de la terapia un paciente dara sus propios insight e interpretaciones tanto de la conducta del terapeuta como de los patrones de interacción entre ambos (o en la terapia de grupo, entre el terapeuta y los otros pacientes). El terapeuta debe estar abierto a reconocer estos patrones y a validar los insight del paciente cuando sea apropiado. La búsqueda de la validez debe preceder a la búsqueda de proyecciones, defensas, falta de habilidad para ofrecer el insight o un motivo oculto que lo lleva a dirigir su atención a la conducta del terapeuta. Especialmente cuando el patrón es una conducta bastante lejos de ser admirable por parte del terapeuta, esta situación permite una oportunidad de reforzar un observación valida y modelar una autoexploración no defensiva y no evaluativa. Este tema se discutirá en mayor profundidad en los capítulos 12 y 15.

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

La esencia de las estrategias didácticas es la de impartir información sobre factores que influyen sobre el comportamiento en general y sobre teorías psicológicas, biológicas y sociológicas que puedan echar luz sobre un patrón de comportamiento en particular. Información básica sobre conductas borderline (incluyendo conductas parasuicidas) y BPD, datos empíricos sobre varias estrategias terapéuticas, y puntos de vista teóricos son otorgados al paciente y a veces a su familia y a su red social. La información específica que se le otorga acá se discute en mayor detalle en el capítulo 14. Estas estrategias se resumen en la tabla 9.3.

Una estrategia didáctica básica es enseñar directamente los principios del aprendizaje y el desarrollo, las consecuencias biológicas de algunos patrones de conducta (incluido el uso de drogas); procesos cognitivos, emocionales y comportamentales básicos. Usualmente la información es impartida por su relación con métodos efectivos para cambiar la conducta y el autocontrol relevante a los problemas del paciente. Sin embargo a veces esta información es útil para entender las conductas de otras personas relacionadas con el paciente. Estas estrategias didácticas se utilizan para ayudar al paciente a focalizarse en la información relevante durante el análisis en cadena, para generar soluciones, para tomar decisiones y generar compromisos a metas específicas del tratamiento. La información es ofrecida de una manera didáctica para contraponer la visión extremadamente moral, supersticiosa o poco realista de concebir el cambio comportamental. El supuesto es que los pacientes borderline muchas veces carecen de ese conocimiento, tienen muchas veces información inadecuada sobre los factores que influyen la conducta y sobre las respuestas normales a las situaciones en las que se

encuentran. Esta falta de información se debe a una variedad de factores, entre los que se incluyen la enseñanza deficiente y el aprendizaje propio de los ambientes invalidantes.

1. PROVEER INFORMACIÓN

Como ya se hizo notar antes los individuos con conductas suicidas y las personas borderline piensan muy seguido que sus problemas se deben a atributos personales negativos; creen que se volverán “locas”, están “fuera de control” o sólo son personas “terribles” por los problemas que tienen. El paciente generalmente tiene solo dos explicaciones para su comportamiento y para el estado de su vida: Ella esta loca o es mala (Ej. “loca o mala”). Una conceptualización alternativa o rival, que el comportamiento actual es resultado de una historia de aprendizaje problemática o de procesos psicológicos ordinarios puede ser muy útil. Cuando sea posible deben ofrecerse explicaciones basadas en la teoría del aprendizaje u otras teorías basadas empíricamente, y los intentos por parte del paciente de explicar su comportamiento como resultado de una “enfermedad mental” o un “pecado” deben ser refutados directamente.

El énfasis en las explicaciones psicológicas no debe dejar afuera las explicaciones biológicas o genéticas cuando sea apropiado. Por ejemplo es apropiado explicar a un individuo borderline que su labilidad emocional extrema es atribuible en parte a factores de disposición genéticos y biológicos. Las percepciones distorsionadas, el sesgo cognitivo (especialmente en la memoria) y el pensamiento rígido puede ser explicados a su vez como consecuencias de la alta activación. Los problemas para concentrarse o atender pueden atribuirse a la depresión, que puede a su vez ser explicada al menos en parte a factores fisiológicos y a la predisposición genética. Otros problemas pueden estar inducidos químicamente (letargo y falta de motivación como resultado de la mala alimentación, la sobreingesta y el uso de drogas). Todo el tiempo el terapeuta debe caminar sobre la delgada línea que existe entre sugerir que el problema del paciente pueden deberse a una historia de aprendizaje fallida y sugerir que los problemas son el resultado de características inmutables del paciente. Aquí la dialéctica entre cambio y aceptación es más importante, y el terapeuta debe ser cuidadoso de sintetizar los dos puntos de vista mas que mantenerse de un solo lado de la moneda como si fuera una verdad independiente.

2. DAR MATERIAL DE LECTURA

Algunos pacientes se encuentran deseosos de leer material sobre aquello que les sucede. Se les puede dar el texto, el manual que acompaña el libro de habilidades, artículos e investigaciones sobre TLP así como sobre otros diagnósticos que tengan; estudios pertinentes a los tratamientos farmacológicos y psicosociales que realizan; libros de lectura de introducción a la psicología, psicología social, terapia conductual, u otros procedimientos que el terapeuta pueda estar usando; libros de autoayuda que contengan información fidedigna sobre temas que el terapeuta quiere que el paciente entienda mejor (como los principios del aprendizaje o los efectos que el abuso tiene en las personas). Generalmente intento enseñarle a las personas tanto como sé. Cualquier material que este leyendo puede dársele a un paciente. La mayoría de los pacientes no leerán material muy largo o libros académicos aburridos, pero muchos leen artículos breves o capítulos de libros. Desafortunadamente la mayoría de los libros más populares sobre TLP presentan formulaciones teóricas sobre el trastorno que difiere de la formulación DBT. En particular

muchos sostienen la idea de que el desorden conductual esta causado por una “enfermedad mental” de la que el individuo debe recobrase antes de que cambios reales puedan realizarse. DBT no se basa en una concepción de BPD como una enfermedad mental; si lo aceptara, también sugeriría que realizar cambios reales cura la “enfermedad” más que alreves.

Tabla 9.3. Checklist de Estrategias Didácticas

<ul style="list-style-type: none"> - T provee INFORMACIÓN a P sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio de la conducta en general. <ul style="list-style-type: none"> - T presenta datos empíricos. - T presenta teorías basadas en el aprendizaje y otras teorías actuales sobre el comportamiento. - T discute sobre la psicobiología del comportamiento. - T discute la interrelación y función de los patrones de conducta. - T desafía las explicaciones culpabilizantes, morales, de “enfermedad mental” sobre el estado actual o sobre un comportamiento. - T provee explicaciones alternativas basadas en datos empíricos. - T provee a P una visión general “con sentido” de su problema. - T presenta las conductas parasuicidas e impulsivas (ej. Tomar, usar drogas, maltrato de niños, conductas evitativas) como conductas que resuelven un problema. <ul style="list-style-type: none"> - T discute la relación de la conducta con un déficit de habilidades en la resolución de problemas. - T discute la relación de la conducta con los resultados funcionales. - T provee LECTURAS sobre tratamientos, teoría del comportamiento y DBT. - T presenta información sobre las conductas y sobre BPD a la FAMILIA de P cuando es necesario.
<u>Tácticas AntiDBT</u>
<ul style="list-style-type: none"> - T sobrecarga a P con información. - T insiste en su propia versión de la realidad.

3. DAR INFORMACION A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

La familia de los pacientes borderline muchas veces acusa al paciente por sus dificultades. Esta acusación usualmente se sostiene sobre información errónea sobre el comportamiento y BPD, y aumenta a causa de la frustración que siente la familia al tratar de entender y ayudar al paciente. Cualquiera sea la razón la dificultad de la familia para desarrollar una teoría sobre el comportamiento del paciente que sea compasiva y no peyorativa puede ser especialmente doloroso para ambos, el paciente y su familia. Muchos de los comportamientos maladaptativos del paciente son intentos ineficaces de cambiar los puntos de vista negativos y juiciosos que la familias tienen de ellos. Una de las tareas más importantes del terapeuta en las sesiones familiares es la de informar a la familia sobre la formación y el mantenimiento de los comportamientos borderline. Se les otorga la misma información que se les da a los pacientes (para leer un desarrollo completo sobre este punto ver el capítulo 14). El terapeuta debe recordar que los intentos de cambiar el punto de vista de la familia deben ser acompañados por el uso juicioso de estrategias de validación.

ESTRATEGIAS DE ANALISIS DE LA SOLUCION

DBT y la Terapia comportamental en general asumen que conducir un análisis en cadena y lograr un insight sobre el origen, patrón, y mantenimiento de los problemas que uno padece es raramente suficiente para generar un cambio comportamental permanente. En cambio una vez que se ha entendido y se a producido un insight el terapeuta y el paciente deben proceder a un intento activo por generar patrones de respuestas más adaptativos que puedan reemplazar a los viejos y desarrollar un plan para que ese cambio pueda producirse. Las

situaciones aversivas presentadas por el paciente son tratadas por el terapeuta como problemas que pueden ser resueltos incluso cuando esa solución sea solamente una nueva forma de adaptarse a la vida tal como la vida es (Ej.. Aceptar el problema más que resolverlo). Durante el análisis de la solución el terapeuta activamente modela resolución de problemas y, durante el curso de la terapia, promueve y refuerza la generación y el uso de estrategias activas de resolución de problemas por parte del paciente. Los pasos desarrollados un poco más abajo pueden utilizarse en cualquier orden y combinación acorde a una situación particular. Las estrategias están resumidas en la tabla 9.4.

9.4. Checklist de Estrategias de Análisis de la Solución

- T ayuda a P a IDENTIFICAR DESEOS, NECESIDADES Y METAS.
 - T ayuda a P a redefinir deseos de involucrarse en comportamientos suicidas o de estar muerto como expresiones de su deseo de disminuir su dolor y mejorar su calidad de vida.
 - T ayuda a P a redefinir la falta de deseo de cambiar y su dificultad para generar metas como una expresión de desesperanza y falta de poder.
- T y P GENERAN SOLUCIONES
 - T alienta a P a hacer una tormenta de ideas sobre soluciones posibles.
 - T ayuda a P a desarrollar estrategias y practicas de afrontamiento específicas para detener las conductas impulsivas o de autodaño.
- T ayuda a P a EVALUAR las soluciones generadas.
 - T se focaliza en las consecuencias, de corto y largo plazo, de varias de las estrategias.
 - Si es necesario, T confronta a P directamente sobre los posibles resultados negativos de sus elecciones.
 - T y P discuten criterios de resolución de problemas.
 - T ayuda a P a identificar factores que pueden interferir con la solución de problemas.
- T ayuda a P a ELEGIR una solución.
 - T da consejo, o al menos opinión, cuando es necesario.
 - T implementa procedimientos específicamente DBT cuando se necesita.
 - Estrategias de manejo de caso.
 - Estrategias de entrenamiento en habilidades.
 - Estrategias de exposición.
 - Estrategias de modificación cognitiva.
 - Estrategias de manejo de contingencias.
- T repasa con P maneras en las que los intentos de resolver el problema pueden no funcionar (TROUBLESHOOTING).

Niveles de Análisis

En un primer nivel de análisis al comienzo de la terapia el terapeuta y el paciente deben decidir si sus objetivos son compatibles. El objetivo de DBT es reducir los comportamientos bordelines y suicidas como una manera de afrontar los problemas trabajando colaborativamente con el paciente en construir una vida que valga la pena de ser vivida. Si este no es el objetivo del paciente, al menos tentativamente, entonces la resolución de problemas no progresara. En un segundo nivel el terapeuta examina si el paciente quiere mejorar otros objetivos que son blancos de DBT. Más allá de reducir las conductas parasuicidas y los comportamientos que interfieren con la terapia todos los demás objetivos dependen del paciente. La excepción aquí es cuando el terapeuta cree que un objetivo en particular es esencial para cualquier progreso terapéutico futuro. En un tercer nivel la red se abre mucho más aunque el foco sigue sosteniéndose en la situación problemática bajo consideración. Básicamente la pregunta es ¿qué debería cambiar para que el problema se resuelva o la situación mejore? En este tercer nivel es importante que el

terapeuta este seguro de que el paciente quiera resolver el problema a tratar. A veces los pacientes (como cualquier otra persona) solo quiere contarle a alguien sobre sus problemas, tener una persona que entienda y que sea compasiva con ellos. Insistir en “resolver” el problema puede ser contraproducente en esos momentos. Otras veces si el detenerse en la definición del problema es una manera característica de evitar la resolución de los problemas, el terapeuta debe saltar a las estrategias de compromiso primero buscando un acuerdo inicial para trabajar en el problema.

1. IDENTIFICANDO OBJETIVOS, NECESIDADES Y DESEOS

Impedimentos para que el paciente sepa que es lo que quiere.

Los individuos suicidas sugieren muchas veces que el objetivo de su vida es estar muertos, o que su deseo es cortarse o herirse de alguna forma o involucrarse en alguna conducta impulsiva. En esencia tal individuo esta presentado sus conductas autodestructivas como la solución a sus problemas. La primera tarea del terapeuta es señalar que es poco probable que realmente quiera matarse, más bien lo que probablemente quiera es resolver el problema que esta experimentando, sentirse mejor, y estar mas satisfecha con su vida. A esta afirmación debe seguir el comentario de que probablemente existan otras maneras de lograr esa meta. El paciente puede seguir insistiendo en que realmente quiere matarse o herirse, y el terapeuta puede sentir que lo que realmente quiere es el permiso para involucrarse en conductas autodestructivas. El paciente puede estar realmente intentando que el terapeuta reconozca cuan mal se está sintiendo. Una técnica útil aquí es simplemente validar el dolor del paciente y luego de esas afirmaciones volver a refocalizar la conversación en soluciones alternativas. A veces este proceso circular puede repetirse 10 o 20 veces dentro de una simple interacción. Otras veces (incluso en la misma interacción) el paciente puede decir que no quiere cambiar nada y que todo está bien. Semejantes afirmaciones generalmente están arraigadas en sensaciones de desesperanza y falta de control.

Una tensión dialéctica fundamental al acordar los objetivos es que es casi imposible para un paciente saber qué es lo que quiere si no es libre de elegir y tener lo que desea. Muchas veces simplemente no es útil embarcarse en largas discusiones sobre qué es lo que el paciente quiere en determinada situación. El tiempo de la terapia tendrá un mejor uso si primero se lo utiliza para incrementar la habilidad del paciente para alcanzar un rango de objetivos. Por ejemplo yo tenía una paciente borderline que no podía decidir que era lo que quería de su trabajo, si quería un ascenso, mantener el trabajo o renunciar. Después de largas discusiones, fue claro para mí que la falta de asertividad de la paciente le dificultaba tener su propia opinión sobre el trabajo, si debía buscar un ascenso o renunciar. Cuando sugerí que trabajáramos en aprender a sostener la propia opinión en el trabajo y manejar el conflicto directamente, ella se quejo que no podía porque no sabía qué era lo que quería en las situaciones de conflicto. Mi estrategia fue enseñarle a preguntar por una variedad de cosas, razonando con ella que una vez que aprendiera a preguntar por “el sol y la luna” ella podría decidir qué era lo que quería. Una vez que ella fue competente asertivamente no tuvimos que discutir sus necesidades y deseos. Ella sabía lo que quería.

A veces, especialmente cuando crea respuestas nuevas a situaciones de crisis, el terapeuta puede generar posibles metas u objetivos, y describirlas junto con cualquier significado por el cual el paciente podría alcanzarlas. El terapeuta debería intentar involucrar al paciente en

la discusión de estas metas generadas por él mismo, tomando cuidado de focalizar en el corto plazo, y en metas realistas, más que en metas de largo plazo y poco realistas. Es útil generar con el paciente una lista de posibles objetivos para un problema en particular y entonces jerarquizarlos de aquellos más deseables a aquellos menos deseables.

Un impedimento mayor en la identificación de objetivos, metas y deseos es la tendencia de los individuos borderline a creer que no merecen la felicidad, una buena vida, amor, etc. Esta creencia en el poco valor personal debe ser desafiada cada vez que aparezca. Técnicas y estrategias para cambiar este tipo de creencias disfuncionales se describen en detalle en el capítulo 11.

2. GENERANDO SOLUCIONES

Niveles de solución

Como hice notar en un primer nivel una solución posible a los problemas del paciente es entrar y mantenerse dentro de DBT. Otras estrategias de solución –en particular combinando DBT con farmacoterapia u otros tratamientos auxiliares- también deben explorarse. En un segundo nivel la solución debería ser uno o más de los procedimientos para resolución de problemas de DBT. Una vez que un patrón particular de comportamiento es identificado como una solución apropiada, nuevos problemas pueden emerger que deben ser atendidos primeros. Esto es, el paciente puede no ser capaz de utilizar la solución en su estado actual. En un tercer nivel, el terapeuta y el paciente simplemente generan soluciones para un problema específico mientras estos aparecen o pueden generar nuevas y mejores maneras de sobrellevar los viejos problemas. Una vez que una solución es generada y elegida el paciente debe ser capaz de implementarla, o al menos hacer un buen intento. En la terapia del día a día individual DBT estas dos circunstancias típicamente se intercalan.

Generar Soluciones para el día a día

Durante la realización de un análisis en cadena el terapeuta puede haber notado respuestas alternativas que podrían haberse realizado para resolver el problema. Conducir un análisis en cadena es un poco como construir un mapa de calles para ver como el paciente fue de un punto a otro. Como en los mapas, sin embargo, el análisis en cadena también indica que otros caminos podrían haberse tomado. Estas otras calles o soluciones, deben señalarse mientras el análisis se construye. Sin embargo, es generalmente un buen consejo no involucrarse en largas discusiones en este momento en cada intersección sobre todas las posibles soluciones alternativas. Estas discusiones generalmente distraen al terapeuta y al paciente de la tarea de construir el análisis en cadena completo. Hay veces que este “señalar” caminos alternativos es todo lo que se necesita.

Otras veces es necesario generar un análisis de solución más completo. Este puede realizarse al teléfono durante una crisis, cuando el paciente está intentando afrontar el problema de una manera más adaptativa. O puede ser hecho durante la sesión de terapia en la cual el punto es generar soluciones sobre una crisis actual. Alternativamente mucho de lo que sucede en la terapia puede ser visto como intentos de generar e implementar nuevas soluciones a problemas crónicos afrontados por el paciente. La primera tarea en estos casos es generar tormenta de ideas de soluciones. El terapeuta debe preguntarle al paciente si puede pensar alguna otra manera de resolver su problema. Es importante generar tantas

soluciones como sea posible. La tendencia del paciente será la de rechazar muchas soluciones, deberá alentárselo a dejar de evaluar y simplemente generar alternativas. El terapeuta debe enseñarle y modelar el principio táctico que subyace a la tormenta de ideas de que “la cantidad engendra calidad”.

Si el paciente genera una o más alternativas que parecen efectivas no hay necesidad de que el terapeuta contribuya con otras soluciones. Al comienzo de la terapia sin embargo no es probable que esto suceda. En este punto el terapeuta no debe dejarse engañar por la “competencia aparente” de los pacientes y creer que saben cómo resolver los problemas pero simplemente no están motivados o son demasiado vagos como para intentarlo. Este es raramente el caso. El objetivo aquí es que el paciente genere, recuerde e implemente el nuevo comportamiento de manera independiente del terapeuta. Por lo tanto la ayuda del terapeuta debería desvanecerse después de un tiempo, y debería aumentar la tendencia a basar las soluciones en los planes conductuales del paciente sobre cómo resolver los problemas específicos.

A causa de que los pacientes con conductas suicidas y borderline tienen patrones de pensamiento rígidos y dicotómicos muchas veces presentaran solamente una solución al problema. Si la solución es adaptativa (o al menos mejor que la solución usual del paciente) el terapeuta debería, por supuesto, reforzarla. Sin embargo, muchas veces la solución presentada es inadecuada, maladaptativa, o no es la mejor solución posible (al menos en opinión del terapeuta). Deben generarse entonces nuevas soluciones.

Muchas veces los pacientes no pueden generar un plan efectivo de acción o se inhiben de sugerir comportamientos alternativos movidos por sus emociones o por creencias y expectativas sobre el resultado que ven asociado a esas alternativas. En estos casos es de ayuda que el terapeuta sugiera varios planes de acción para la solución del problema. El terapeuta también debería ayudar al paciente a desarrollar estrategias específicas para afrontar las conductas de auto daño que puedan sabotear la implementación de la solución.

3. EVALUANDO LAS SOLUCIONES

Las soluciones deben evaluarse en términos de su posible efectividad y de los posibles obstáculos que podrían presentarse.

Analizando la posible efectividad de las soluciones

El terapeuta debe ser cuidadoso al evaluar las expectativas del paciente sobre la utilidad de los resultados (de corto y largo plazo) asociados con varias soluciones. Durante estas discusiones el terapeuta no debe automáticamente asumir que las expectativas negativas por parte del paciente son poco realistas, puede estar viviendo en un ambiente aversivo donde el rango de posibles resultados negativos puede ser sustancial. Cuando el paciente reporta expectativas negativas es preferible que el terapeuta responda preguntando cómo pueden esos resultados tolerarse o ser mitigados.

Otras veces el terapeuta puede sentir que el paciente se aferra al síndrome “sí, pero...”: Cada solución propuesta por el terapeuta es tildada de inadecuada. En estos casos el terapeuta debe darse cuenta de su sensación de lo que sucede dentro de la interacción y preguntarle al paciente sobre posibles sugerencias para resolver el impasse. Puede ser útil discutir las expectativas del paciente sobre el proceso de la terapia. Un vez más, es

importante validar la probable frustración y desesperación más que acusar al paciente (directa o indirectamente) de boicotear la terapia.

Analizando Posibles Obstáculos a las Soluciones Efectivas

Una solución podría ser efectiva si se la utilizara, pero por una razón o por otra el paciente puede no ser capaz de usarla en la vida diaria. Un cuidadoso análisis de los factores que pueden interferir con la implementación es, por lo tanto, una parte importante de la resolución de problemas.

El análisis de los posibles obstáculos en DBT esta basado en el modelo de déficit de comportamiento y inhibición de respuesta que propuso previamente para el análisis de las fallas en el comportamiento asertivo (Linehan, 1979). El modelo de déficit de comportamiento asume que el fracaso en la utilización de un comportamiento efectivo cuando se lo necesita es el resultado de una deficiencia, esto es, comportamientos relevantes efectivos (Ej.. Acciones más conocimientos sobre cómo y cuándo usarlas) están ausentes del repertorio de respuestas del individuo. El modelo de inhibición de la respuesta supone que la persona tiene el comportamiento requerido pero se encuentra inhibido de realizarlo. Existen también dos hipótesis sobre los determinantes de esa inhibición. La primera hipótesis es que se debe a respuestas condicionadas afectivas negativas, la segunda es que es el resultado de creencias, autoafirmaciones y expectativas maladaptativas. Una variante de la aproximación por inhibición de la respuesta asume que la persona tiene las conductas requeridas pero que la performance se ve interferida. Existen dos fuentes de interferencia. Primero, la respuesta puede verse interferida por la emisión anterior de comportamientos incompatibles, esto es, comportamientos inapropiados e incompatibles que están antes en la jerarquía de respuesta del individuo que los compatibles. Segundo, las contingencias que operan en el ambiente actual pueden favorecer el comportamiento inefectivo y no el efectivo. El comportamiento efectivo puede verse castigado y el inefectivo premiado.

Al analizar las soluciones de un problema en particular o un patrón de vida, el terapeuta debe evaluar cuidadosamente las variables que influyen el comportamiento del paciente en esa área particular en vez de aplicar ciegamente teorías preformuladas. Una vez que el paciente y el terapeuta se han dado cuenta de que es lo que puede estar interfiriendo con el uso de comportamientos más efectivos, pueden conjuntamente considerar como proceder. Si existe un déficit de habilidad debe indicarse el entrenamiento de la habilidad requerida. Si existe una inhibición por temores o culpa condicionados se indica usualmente el uso de técnicas de exposición. Creencias Maladaptativas deben reestructurarse con procedimientos de modificación cognitiva. Contingencias problemáticas en el ambiente sugieren estrategias de manejo de contingencias. Estos procedimientos son descriptos en detalle en los Capítulos 10 y 11.

4. ELIGIENDO UNA SOLUCIÓN PARA IMPLMENTAR

Generar, evaluar y discutir soluciones potenciales a un problema son procesos con un fin. No constituyen el fin es si mismo, aunque al paciente muchas veces le gustaría que fuera así. El fin es el de implementar una solución que tenga probabilidad de funcionar o de mejorar la situación. Durante el curso de la evaluación el terapeuta debe guiar a que el paciente elija una solución en particular como aquella que intentara realizar. Aunque

existen muchos criterios de cómo organizar esta elección, el terapeuta debe prestar especial atención a los valores de largo plazo sobre los de corto, y a los efectos de varias de las soluciones en alcanzar los objetivos y deseos del paciente (efectividad en los objetivos) mantener y aumentar las relaciones interpersonales (efectividad interpersonal) y mantener o aumentar el auto respeto (efectividad en el auto respeto). (Una descripción completa de este tipo de efectividad se desarrolla en el manual de entrenamiento en habilidades). Trabajar juntos en este punto es importante para ayudar al paciente a mejorar sus habilidades de tomar decisiones de acuerdo a criterios de juicio apropiados.

Cuando la solución involucra procedimientos específicos de DBT el rol del terapeuta en ayudar al paciente a tomar una decisión es mucho mayor. Por ejemplo cuando entrenamiento en habilidades, la exposición o técnicas de modificación cognitiva son elegidos para atacar el problema, el consenso entre el terapeuta y el paciente es esencial, ya que estos procedimientos requieren cooperación. En cambio el manejo de contingencias puede ser implementado unilateralmente por el paciente (reforzando o castigando el comportamiento del terapeuta) o por parte del terapeuta. La clave aquí sin embargo es que el terapeuta debe mantenerse flexible recordando que hay muchos caminos para llegar a roma.

5. ANTICIPANDO PROBLEMAS A LAS SOLUCIONES ELEGIDAS

Al anticipar problemas el terapeuta y el cliente discuten todas las cosas que podrían salir mal en la implementación de la solución y que es lo que el paciente podría hacer en cada caso. La idea es preparar al paciente para las dificultades y pensar por adelantado en cómo resolver los problemas que podrían surgir. Al principio de la terapia y en el manejo de crisis el terapeuta debe ser muy activo en este momento. El anticipar problemas muchas veces se combina con el ensayo de las nuevas soluciones, desarrollado un poco más debajo en conexión con las estrategias de orientación. Lo más importante sobre el anticipar problemas es recordar hacerlo.

ESTRATEGIAS DE ORIENTACION

Las estrategias de orientación y compromiso están siempre intercaladas en el proceso y estás puestas apartes aquí solo para que la exposición sea más clara. Las estrategias de orientación involucran dar al paciente información sobre el proceso y los requerimientos de DBT como un todo (en el primer nivel, donde DBT es un tipo general de solución de problemas), sobre el tratamiento que se empleara (Ej. Entrenamiento en habilidades para proveer alternativas a las conductas suicidas) o sobre qué se necesita en la implementación de una solución elegida durante el análisis de solución en una situación problemática particular. El orientar al pacientes sobre la terapia DBT se desarrolla específicamente en el capítulo 14. Antes de cada instancia de un nuevo aprendizaje, sin embargo, una orientación similar o un repaso debería darse al paciente para otorgarle información precisa sobre qué aprenderá, así como una clarificación del modelo conceptual dentro del que el aprendizaje se realizara.

Muchos fracasos aparentes en aprender provienen de fallas en entender qué es lo que debe aprenderse, más que en problemas de adquisición y memoria. La comprensión de la tarea mejora si los requerimientos para la tarea son clarificados antes de que la practica comience, el aprendizaje adecuado sólo puede producirse si el paciente sabe exactamente

qué es lo que va a aprenderse. Otras fallas en las habilidades de enseñanza pueden resultar de una inadecuada clarificación del modelo conceptual y la lógica que subyace a un procedimiento. La importancia de una explicación racional del tratamiento en las ganancias terapéuticas fue demostrada por Rosen (1974) así como por otros.

La tarea de reorientación deberá conducirse muchas veces durante el tratamiento como un primer paso para el recompromiso con la terapia, a algunos procedimientos específicos, y a la implementación de soluciones comportamentales previamente acordadas. La idea general es que el proceso será mucho más suave y rápido si el paciente tiene tanta información como sea posible sobre los requerimientos para el cambio, la lógica de las estrategias del tratamiento seleccionadas y la relación entre el proceso y los resultados. Las Estrategias de Orientación se resumen en la tabla 9.5 y son descriptas más abajo.

1. PROVEER INDUCCIÓN DE ROL

La inducción de rol involucra clarificar qué es lo que el paciente puede esperar de manera realista del tratamiento o de los procedimientos del tratamiento y del terapeuta. El foco aquí está puesto en que harán realmente el terapeuta y el paciente, durante la terapia como un todo y en la implementación de un procedimiento particular, qué es lo que el terapeuta espera del paciente y qué es lo que el paciente puede esperar del terapeuta. La inducción de rol es importante porque sentimientos negativos hacia el terapeuta o el tratamiento pueden surgir a partir de información equivocada o la falta de información sobre qué es lo que el paciente puede esperar de manera realista durante el curso de la terapia. De la misma forma los eventos que confirman las expectativas tempranamente establecidas tienen la posibilidad de incrementar el sentido de atracción y la confianza hacia el terapeuta.

La clarificación de las expectativas mutuas deben discutirse a través de toda la terapia. En particular el terapeuta debe estar atento a pescar expectativas poco realistas no verbalizadas por parte de los pacientes. Dichas expectativas deben reflejarse y ser transmitidas al paciente de una manera no juiciosa y debe realizarse una discusión clarificadora. Es importante que el terapeuta transmita que comprende como el paciente arribó a esas expectativas poco realistas. Como siempre debe mantenerse un balance entre aceptación y cambio.

2. ENSAYO DE EXPECTATIVAS

Para preparar a un paciente a implementar un nuevo comportamiento en respuesta a un viejo o un nuevo problema el terapeuta debe detallarle al paciente que es lo que se espera de él, esto es, exactamente qué es lo que tiene que hacer. Con un paciente muy agitado, en particular, no hay que subestimar el nivel de detalle, una revisión paso a paso de las acciones que el paciente está por intentar. Generalmente esta revisión debe hacerse cuando la solución es discutida y elegida. Puede recordársela brevemente antes de que la sesión comience o en las interacciones telefónicas. Algunos pacientes necesitarán que se les escriba cada uno de los pasos, algunos necesitarán anotar la explicación así podrán darse ánimos a ellos mismos mientras implementan la solución. Este ensayo cognitivo es en sí misma una instancia de un aprendizaje nuevo y ayuda a memorizar lo que a su vez aumenta la performance durante la situación problemática.

Para el momento en que el paciente y el terapeuta han terminado de revisar qué es lo que se espera que haga el paciente, el paciente puede estar desmoralizado como para hacer

el intento si el terapeuta fracasa al intercalar niveles altos de validación a través de todo el proceso. Generalmente primero declaro lo difícil que va a ser. Después señalo que no suelo disfrazar las leyes del aprendizaje y que no me gustan más que a ellos. Pienso que esta es la estrategia “Si, pero...” invertida.

Checklist de Estrategias de Orientación

- T orienta a P sobre DBT y sobre su rol en la terapia (INDUCCION DE ROL).
 - Hacia DBT como un todo.
 - Hacia una tarea específica del tratamiento.
 - T discute metas (blancos) de la intervención específica y su relación con resultados deseados por P.
 - T clarifica a P los roles de T y de P en la intervención.
 - T ENSAYA con P que es exactamente lo que ella tiene que hacer al tratar de hacer ante un problema.
 - T se comiseró con P sobre lo difícil que son las tareas del tratamiento.
 - T señala que T no ha creado las leyes del aprendizaje y del cambio y que a veces no le gustan más que a P.
-

ESTRATEGIAS DE COMPROMISO

El último paso de la resolución de problemas es generar y mantener el compromiso del paciente para implementar la solución elegida. Una enorme cantidad de investigación indica que el compromiso para comportarse en una forma en particular – o mas generalmente, el compromiso para un proyecto comportamental, como una tarea, un trabajo, o una relación – está altamente relacionada con la performance futura (Ej.. Wang & Katzev, 1990; Hall, Havassy & Wasserman, 1990). Es más probable que las personas hagan aquello que han acordado hacer. Es más probable que se mantengan en trabajos y relaciones con las que han generado un gran compromiso.

Niveles de Compromiso

En los niveles iniciales de la terapia el compromiso esperado para un paciente es el de participar en DBT con un terapeuta en particular por un período de tiempo específico y mantener los acuerdos delineados en el capítulo 4. Como mínimo al comienzo de la terapia el paciente debe estar de acuerdo en eliminar los comportamientos suicidas y construir una vida que valga la pena de ser vivida. En sesión los comportamientos a los que debe considerarse como inconsistentes con este nivel de compromiso incluyen el negarse a trabajar en terapia, evitar o negarse a hablar sobre las emociones y eventos conectados con el comportamiento blanco, y rechazar toda intervención o intento de generar soluciones alternativas. En esos momentos el compromiso con la terapia en sí misma deberá analizarse y discutirse, con el objetivo de conseguir un recompromiso. Estos momentos (rara vez ocurren al comienzo) cuando el paciente presenta una actitud de compromiso deben llamar la atención del terapeuta ser reforzados de manera consistente.

En un segundo nivel, el compromiso se concibe como la predisposición a colaborar en un procedimiento específico seleccionado. Si procedimiento de aprendizaje de habilidades es implementado, el compromiso es aprender y aplicar las nuevas habilidades en las situaciones problemáticas. Con la exposición el compromiso es entrar en las situaciones temidas o estresantes, experimentar más que evitar las emociones, o pensar o hacer cosas que se tiene temor de hacer. Con la modificación cognitiva el compromiso es

examinar e intentar modificar cuando sea necesario los presupuestos, creencias, y patrones característicos de pensamiento relacionados con el comportamiento problemático. Con el manejo de contingencias el terapeuta aplica contingencias basadas en sus observaciones y en los reportes del paciente. Supone que nuevas contingencias cambiarán el comportamiento del paciente. El compromiso requerido por parte del paciente es el exponerse a las contingencias y ser honesto en el reporte de sus comportamientos. Para la mayoría de los pacientes en DBT cada uno de estos compromisos serán necesarios.

En un tercer nivel, el compromiso es implementar cualquier solución comportamental que el paciente y el terapeuta hayan seleccionado en el análisis de la solución. La idea aquí es que el terapeuta debe generar directamente el acuerdo del paciente de intentar el nuevo comportamiento, a trabajar en determinado problema, o lo que sea.

Compromiso y Recompromiso

En mi experiencia una de las mayores razones por la que muchas terapias fracasan y terminan tempranamente es por una falta de compromiso del paciente, del terapeuta, o de ambos. Puede que no haya compromiso o que sea débil en las primeras etapas del proceso, o más probablemente, eventos internos y externos a la terapia conspiran contra compromisos que se habían realizado anteriormente. El compromiso de los pacientes en DBT es al mismo tiempo un prerrequisito para que la terapia sea exitosa y un objetivo de la terapia. El compromiso al cambio o a implementar nuevas soluciones comportamentales a viejos problemas no se da por descontada. El compromiso es concebido al mismo como una conducta, que puede ser generada, aprendida y reforzada. La tarea del terapeuta es darse cuenta de las maneras de ayudar con este proceso.

A través del tratamiento el terapeuta puede esperar que el paciente necesite que se le recuerde el compromiso que ha asumido, así como asistencia para redefinir, expandir y rehacer sus compromisos (a veces una y otra vez). En algunos casos el paciente y yo hemos tenido que volver sobre al compromiso original varias veces dentro de una sola sesión (especialmente difícil), haciéndolo y rehaciéndolo. En otras ocasiones una sesión completa o una serie de sesiones pueden necesitarse trabajar el compromiso con el cambio, con DBT o con un procedimiento de cambio en particular. Una falla en el compromiso debe ser una de las cosas que primero se debe evaluar (y no dar por descontado) cuando aparecen problemas en la terapia. Antes de intentar una resolución de problemas el terapeuta puede primero volver con el paciente sobre estrategias de compromiso. Una vez que el recompromiso se ha realizado, ambos pueden avanzar y ocuparse del problema que tienen entre manos.

A veces el que no está comprometido es el terapeuta no el paciente. Esto puede suceder bajo una cantidad de circunstancias. El paciente puede estar demandando recursos que el terapeuta no tiene o puede no haber realizado progresos por largo tiempo. O el progreso puede ser tan lento que se hace imperceptible para el terapeuta. A veces después de un montón de progreso cuando el paciente está organizando e integrando cambios, el terapeuta simplemente pierde interés en el paciente. Pueden existir conflictos de valores, o después de que las crisis intensas del comienzo de la terapia pasaron el terapeuta puede darse cuenta de que simplemente no le gusta el paciente. Circunstancias en la vida del terapeuta pueden haber cambiado de tal manera que ese tratamiento en particular no es más una prioridad o no representa ningún beneficio. Sospecho que muchos de los fracasos en el compromiso en la terapia que se le atribuye a los pacientes borderline pueden atribuirse en

verdad a los terapeutas. El terapeuta debe analizar su propio nivel de compromiso con el paciente y desarrollar nuevos y más vigorosos compromisos cuando se necesite. El mejor lugar para hacer esto es la supervisión, aunque la pérdida de compromiso es también una pista de que un comportamiento que atenta contra la terapia de parte del paciente puede estar en escena.

La Necesidad de Flexibilidad

Quizás nunca se diga pero se precisa flexibilidad y respeto por los deseos, objetivos e ideas del paciente sobre “cómo llegar de aquí hasta allá”. El terapeuta debe evitar juzgar los objetivos del paciente o sus compromisos. El terapeuta debe ser cuidadoso de no imponer sus propios objetivos o procedimientos cuando esos objetivos y procedimientos no están dictados por DBT o por los límites personales del terapeuta. Aunque es tentador presentar elecciones arbitrarias o preferencias cuando se necesitan, tal tendencia debe evitarse o corregirse cuando se la detecta. El equipo de supervisión puede ser muy útil aquí.

Generar un compromiso de parte del paciente puede involucrar una serie de pasos. El terapeuta funciona a veces como un buen vendedor. El producto a vender es DBT, nuevos comportamientos, un renovado esfuerzo de cambio y a veces la vida misma. Casi todos los pasos discutidos más abajo y destacados en la tabla 9.6 pueden necesitarse cuando una tarea requiere gran esfuerzo por parte del paciente; cuando el esfuerzo debe mantenerse por un gran periodo de tiempo o al enfrentar la adversidad o los intentos de otros por persuadir al paciente; cuando el paciente se siente desesperanzado sobre su capacidad de cambio; o cuando lo que se requiere es algo a lo que el paciente teme mucho. El mejor ejemplo aquí es hacer un compromiso con la terapia en primer lugar, como se discute en el capítulo 14. Otras veces, sólo un pedido por un compromiso verbal puede necesitarse, y otras tácticas pueden descartarse. El terapeuta debe sentirse libre de moverse atrás y adelante en el uso de estas estrategias tanto como lo necesite.

1. VENDER COMPROMISO: EVALUANDO PROS Y CONTRAS

Las personas mantienen los compromisos en los que creen mejor que en los que no creen. Una vez que uno o varios planes de acción se han propuesto, el terapeuta debería involucrarse en una discusión sobre los pros y contras de hacer un compromiso con un plan específico. Las ideas son dos (1) repasar los buenos puntos de la solución ya evaluada y elegida durante el análisis de solución y (2) desarrollar contraargumentos sobre reservas que casi con seguridad surgirán más tarde, usualmente cuando el paciente está solo y sin ayuda para combatir las dudas. El terapeuta debe hacer un esfuerzo por relacionar el compromiso para el cambio con los patrones de vida del paciente, con expectativas realistas sobre el futuro, y con la explicación y los resultados esperados de la terapia.

2. ABOGADO DEL DIABLO

A veces el paciente hará compromisos fáciles que luego no serán lo suficientemente fuertes como para ser sostenidos durante la adversidad futura. Una vez que una tentativa de compromiso se ha realizado, el terapeuta debe tratar de incrementar el compromiso todo lo posible. La discusión de los pros y contras es una manera, otra es el “abogado del diablo” estrategia ya discutida en el capítulo 7. En este caso el terapeuta argumenta en contra de

hacer el compromiso. El secreto aquí es asegurarse de que los contraargumentos son ligeramente más débiles que los argumentos del paciente para el compromiso. Si los contraargumentos son demasiado fuertes, el paciente puede capitular y retractarse de su compromiso inicial. Cuando esto sucede el terapeuta debe retroceder ligeramente y reforzar los argumentos para el compromiso, para luego retroceder nuevamente a la posición de abogado del diablo. Esta táctica también es útil en aumentar el sentido de elección y la “ilusión” de control.

3. TECNICA “PIE EN LA PUERTA/PUERTA EN LA CARA”

La técnica “foot-in-the-door” (Freedman & Fraser, 1966) y “door-in-the-face” (Cialdini et al, 1975) son bien conocidas como procedimientos sociopsicológicos que aumentan el cumplimiento de pedidos y compromisos anteriormente asumidos. (El término proviene de la investigación inicial de vendedores puerta a puerta de donaciones para caridad). En la técnica “Foot-in-the-door” el terapeuta incrementa el cumplimiento a su pedido haciendo un pedido más fácil al principio seguido de uno más difícil (Ej.. Acordar primero con un paciente para que haga una llamada telefónica difícil en sesión, y entonces obtener su acuerdo subsiguiente de tratar de usar sus nuevas habilidades en el teléfono). En la técnica “Door-in-the-face” el proceso es inverso: el terapeuta pide primero algo mucho más importante de lo que realmente espera, y después pide algo más fácil (Ej.. Pedir primero al paciente que acuerde no lastimarse durante toda la semana, y después pedirle que llame al terapeuta antes de cortarse). Un procedimiento combinado –preguntar por algo muy difícil, después algo muy fácil, y entonces comenzar a subir la dificultad- puede a veces ser la estrategia más efectiva (Goldman, 1986). Las tres estrategias tienen más probabilidades de ser efectivas que el pedido directo de compromiso.

Cuando el terapeuta está obteniendo compromiso con la terapia en sí misma o con un procedimiento en particular, variaciones de la estrategia combinada pueden usarse de la siguiente manera. Primero el terapeuta presenta los objetivos (la terapia o los procedimientos) de alguna manera vaga y con luz favorable, omitiendo la discusión de cuán difícil pueden resultar alcanzarlos, de tal forma que todo el mundo estaría de acuerdo. Segundo, el terapeuta genera el compromiso del paciente de alcanzar esos objetivos. Tercero, el terapeuta describe los objetivos, es más específico y resalta las dificultades un poco más. Cuarto, el terapeuta genera un nuevo compromiso para alcanzar los objetivos. Quinto el terapeuta sube aun más la apuesta presentando los objetivos como muy difíciles de alcanzar, quizás lo más difícil que el paciente haya hecho en su vida (y más difíciles de lo que realmente son) pero alcanzables si el paciente quiere intentarlo. Finalmente el terapeuta genera un nuevo compromiso para alcanzar los objetivos.

Al generar compromisos para la práctica de tareas para el hogar o intentar nuevos comportamientos, la técnica de “puerta en la cara” es usualmente la más poderosa. Por ejemplo, puedo pedirle primero al paciente que practique la nueva habilidad todos los días, y después bajar el pedido a una o dos prácticas entre ese momento y la siguiente sesión. Una vez que el paciente estuvo de acuerdo con esto, y si yo pienso que es probable que cumpla, subo el pedido sutilmente a tres veces antes de la próxima sesión.

Checklist de Estrategias de Compromiso

- T resalta y discute PROS Y CONTRAS de un compromiso para cambiar.
 - T “vende” el compromiso.
-

- T relaciona el compromiso para cambiar con patrones de vida del paciente, con expectativas realistas sobre su futuro, y con los fundamentos de la terapia y sus resultados esperables.
 - T usa la técnica del ABOGADO DEL DIABLO para aumentar la fortaleza del compromiso y construir sentido de control.
 - T usa las técnicas de “FOOT-IN-THE-DOOR” y “DOOR-IN-THE-FACE” para obtener compromiso con las metas y procedimientos de DBT.
 - T presenta las metas de manera vaga y bajo una luz favorable, omite discutir cuan difícil serán de alcanzar, de tal forma que casi cualquiera acordaría en seguirlas.
 - T genera el compromiso de P de alcanzar las metas.
 - T describe nuevamente las metas siendo más específico y resaltando las dificultades un poco más.
 - T genera un nuevo compromiso de P de alcanzar las metas.
 - T “aumenta la apuesta” presentando las metas como muy difíciles de alcanzar, quizás más difíciles que todo lo que el paciente haya intentado antes, pero posibles de alcanzar si el paciente quiere intentarlo.
 - T genera un nuevo compromiso de P de alcanzar las metas.
 - T resalta COMPROMISOS ANTERIORES que P ha realizado (“Pero yo pensé que nosotros / vos habías acordado...”).
 - T discute con P si todavía tiene el compromiso que ha realizado previamente.
 - T ayuda a P a clarificar sus compromisos.
 - T focaliza en generar un nuevo compromiso si el objetivo es esencial para DBT o para los límites personales del terapeuta.
 - T renegocia el compromiso si el cambio no entra en conflicto con DBT o con sus propios límites personales.
 - T le presenta a P la ELECCIÓN remarcando que es libre de elegir mientras que al mismo tiempo presenta consecuencias realistas de tal elección.
 - T resalta que P es libre de elegir continuar manejando su malestar con conductas parasuicidas pero que si hace esa elección será necesario buscar otra terapia ya que DBT requiere la reducción de las conductas parasuicidas como objetivo.
 - T resalta que P es libre de continuar con sus comportamientos que interfieren con la terapia, pero clarifica los límites de T si el hace esa elección.
 - T usa los principios del SHAPING al generar compromiso de P.
 - T genera esperanza en P haciendo CHEERLEADING.
 - T y P acuerdan HOMEWORK especiales.
- Tácticas antiDBT
- T emite juicios sobre las elecciones, compromisos o metas de P.
 - T es rígido sobre las metas o procedimientos para alcanzar esas metas, cuando la rigidez no es impuesta por DBT o por los propios límites personales.
 - T impone sus propios objetivos o procedimientos a P cuando esos objetivos o procedimientos no están dictados por DBT o por los límites personales del terapeuta, presentándolos como necesarios más que como arbitrarios.

4. CONECTANDO LOS COMPROMISOS ACTUALES CON COMPROMISOS ANTERIORES

Una variación de la táctica “Foot-in-the-door” es recordarle al paciente compromisos anteriores. Esto debe siempre hacerse cuando la fortaleza del compromiso parece diluirse o cuando el comportamiento de paciente es incongruente con el compromiso realizado (“Pero yo pensé que habíamos/habías estado de acuerdo...”). Esto puede ser sumamente útil en una situación de crisis, especialmente cuando el paciente hace amenazas de suicidio o sobre otras respuestas destructivas; desarrollar nuevos compromisos durante una crisis puede ser sumamente difícil. Esta táctica puede ser satisfactoria para el terapeuta y es preferible que atacar al paciente o amenazar con contraconductas inmediatas. Por ejemplo un paciente

nuevo me llamo (como directora de la clínica) en el medio de una crisis generada por la humillación que sentía de tener que ir al grupo de habilidades. Cuando no le di permiso para dejarlo y continuar en nuestro programa, ella dijo “ok, entonces me voy a cortar”. Yo inmediatamente dije “Pero pensé que ibas a tratar de hacer todo el esfuerzo que pudieras para no hacer eso. Ese fue uno de los compromisos que hiciste al entrar en terapia con nosotros”.

Al recordarle al paciente sus compromisos previos el terapeuta debe también discutir si el paciente todavía tiene el compromiso que había realizado, y debe ayudar al paciente a clarificar sus compromisos. Si un compromiso o meta es esencial a DBT (como el compromiso de trabajar con el comportamiento parasuicida como en el ejemplo anterior) o con los límites personales del terapeuta, el siguiente foco del terapeuta debe ser establecer un nuevo compromiso. Si los cambios en el compromiso no entran en conflicto con DBT o los límites personales del terapeuta, entonces la renegociación del compromiso puede establecerse.

5. RESALTANDO LA LIBERTAD DE ELECCIÓN Y LA AUSENCIA DE ALTERNATIVAS

El compromiso y el cumplimiento aumentan cuando las personas creen que ellas han elegido libremente y cuando creen que no tienen alternativas para lograr su objetivo. El terapeuta debe tratar de aumentar el sentimiento de elección, mientras que al mismo tiempo remarca la falta de alternativas para alcanzar los objetivos del paciente. La manera de hacer esto es remarcar el hecho de que el paciente puede simplemente cambiar sus objetivos. Aunque puede no haber muchas maneras de lograr un objetivo el paciente puede elegir sus objetivos de vida. El truco está en que al elegir sus objetivos también debe estar lista para aceptar lo que viene con esos objetivos. Esto es que debe aceptar las consecuencias naturales de su elección.

El terapeuta debe remarcar la libertad de elección del paciente mientras que al mismo tiempo presenta las consecuencias realistas de esas elecciones. Por ejemplo durante la negociación (o la renegociación) del compromiso con un paciente sobre detener sus intentos de suicidio el terapeuta puede enfatizar que el paciente es libre de elegir afrontar la vida con conductas parasuicidas pero que si hace esta elección deberá encontrar otra terapia, ya que DBT requiere la reducción de las conductas parasuicidas como objetivo. De manera similar el terapeuta puede hacer notar que el paciente es libre de continuar con las conductas que atentan con la terapia, pero clarificar sus propios límites personales si él paciente realiza esa elección. Por ejemplo, una vez le dije a un paciente que tenía un patrón de comportamiento aversivo (para mí) que podía continuar con su comportamiento pero que si lo hacía yo no iba a querer trabajar más con ella. Ella me pregunto inmediatamente si yo estaba amenazándola con terminar la terapia si no se detenía. “No” dije “Voy a continuar en terapia con vos, pero ya no voy a querer hacerlo, eso es todo”.

El lector puede haberse dado cuenta que ambas consecuencias tienen que ver con la relación terapéutica. Estas son usualmente las consecuencias más poderosas para esta estrategia en particular, ya que son sobre las que el terapeuta tiene mayor control. Como se desarrollará mas adelante en el capítulo 10, sin embargo, las contingencias terapéuticas dependen de una relación terapéutica fuerte. Deben usarse con precaución si la relación todavía no se formó.

El terapeuta puede buscar en conversaciones previas sobre pros y contras de realizar una conducta o en los resultados de análisis en cadena previos realizados sobre conductas disfuncionales para obtener ideas claras sobre la probabilidad de consecuencias reales para un comportamiento disfuncional. El punto es que tanto el terapeuta como el paciente deben aceptar que el paciente es libre de elegir esos comportamientos y sus consecuencias. Resaltar la libertad de elección mientras que simultáneamente se remarca las consecuencias negativas de no hacer un compromiso particular puede fortalecer tanto el compromiso como la realización.

6. UTILIZAR LOS PRINCIPIOS DEL SHAPING (MOLDEAMIENTO)

Es importante mantener en mente que el compromiso debe muchas veces ser modelado. En las etapas iniciales del cambio, el compromiso puede limitarse a metas que luego pueden expandirse. Otras veces el paciente puede simplemente estar cansado o desmoralizado, y compromisos anteriores pueden haberse debilitado por el pasaje del tiempo. Muchas veces el terapeuta querrá compromisos más largos de los que el paciente puede dar. El terapeuta debe ser flexible y creativo en obtener a veces una diferencia en el compromiso apenas perceptible. La capacidad de reducir el pedido o de usar “door-in-the-face” sin al mismo tiempo hacer que el paciente lo perciba como un fracaso es esencial aquí.

7. GENERAR OPTIMISMO: DAR ALIENTO (CHEERLEADING)

Uno de los mayores problemas al atender pacientes parasuicidas y borderline es su falta de esperanza que los lleva a no intentar poner en práctica las soluciones generadas, o a que sus intentos terminen en un fracaso o en la humillación. El compromiso sin la esperanza de mantener el compromiso es extremadamente difícil. El uso de estrategias de Cheerleading es aquí más importante que la resolución de problemas. Durante cada interacción de resolución de problemas (particularmente cuando la interacción se acerca al final y se necesita un compromiso) el terapeuta necesita alentar al paciente, reforzar incluso el progreso más pequeño, y señalar consistentemente que el paciente tiene dentro suyo todo lo que se necesita para resolver sus problemas.

8. ACORDAR TAREAS PARA EL HOGAR

Asignar prácticas estructuradas de nuevas soluciones o de nuevas habilidades es una parte integral de los grupos de entrenamiento en habilidades. Las tareas para el hogar estructuradas no son típicas de la terapia individual. Sin embargo muchas veces el paciente y el terapeuta hacen un acuerdo sobre un comportamiento en particular que el paciente intentará realizar entre una sesión y otra. En esos momentos el terapeuta debe asegurarse de escribir la tarea comportamental. Es importante no olvidarse de preguntar por la tarea en la siguiente sesión. A veces puede ser útil para el paciente anotar el también lo que indico. Si la tarea es muy difícil el terapeuta puede preguntar al paciente si precisa que hablen durante la semana para reportar cualquier progreso o dificultad.

COMENTARIOS FINALES

Las estrategias de resolución de problemas en DBT no son muy diferentes a las usadas en otras formas de terapia cognitiva conductual. Si fueran suficientes por ellas mismas no sería necesario desarrollar un tratamiento específico para DBT. La mayor diferencia en estas estrategias entre los pacientes DBT y otro tipo de pacientes es que el terapeuta debe estar listo para repetir cada paso muchas veces. Los compromisos deben hacerse y volver a hacerse. El mismo insight puede necesitar ser repetido infinitas veces. El análisis en cadena puede consumir mucho tiempo y ser tedioso, especialmente cuando el proceso es interrumpido con conductas que atentan con la terapia. Las conductas alternativas y soluciones que parecen posibles para el terapeuta pueden parecerles imposibles a los pacientes. Generalmente se necesita del entrenamiento en habilidades, la aplicación de contingencias, la modificación cognitiva y los procedimientos basados en la exposición, juntos o por separado, para ayudar al paciente a poner en práctica las soluciones a los problemas que el paciente y el terapeuta han desarrollado juntos. Estos procedimientos son discutidos en detalle en el siguiente capítulo.

10

Procedimientos de Cambio: Parte I. Procedimientos Basados en las Contingencias (Manejo de Contingencias y Observar Límites Personales)

Marsha Linehan

Los procedimientos de cambio – procedimientos basados en las contingencias, entrenamiento en habilidades, procedimientos basados en la exposición, y la modificación cognitiva – están intercalados a través de todo DBT. Son procedimientos utilizados por todos los terapeutas, aunque la mezcla variará según cuál sea la modalidad de tratamiento y la etapa de la terapia. La aplicación de los procedimientos está relacionada a los cuatro grupos de preguntas principales contestadas por el análisis conductual. La relación entre estos grupos de preguntas a un procedimiento en particular puede verse en la tabla 10.1. Cada tipo de procedimiento se utiliza breve e informalmente en casi toda interacción terapéutica; aunque también pueden utilizarse de una manera estructurada.

Ejemplos de procedimientos formales de contingencia incluyen hacer cosas como implementar un plan de tratamiento autoconsciente que especifique consecuencias para una determinada conducta (ej. La regla de DBT de que los pacientes no pueden llamar al terapeuta por 24 horas después de un episodio parasuicida, o la decisión de que si un paciente llama al terapeuta más de x veces una semana pierde la oportunidad de llamarlo la siguiente semana); implementar un sistema de niveles y privilegios en tratamientos no ambulatorios; utilizar “Cannes” o programas organizados de autogestión (selfmanagement) entre las sesiones. Más informalmente, y muchas veces con poca reflexión, cada respuesta del terapeuta observada o experimentada por el paciente (ej. Una conducta pública del terapeuta) puede ser neutral, un castigo o un refuerzo. Esto significa que toda respuesta contingente es un procedimiento informal de contingencia, habilidoso o no. Hacer cambios directos en el ambiente para sostener comportamientos nuevos o más efectivos es también un ejemplo del uso de procedimientos de contingencia.

Un punto importante en la aplicación de los procedimientos de cambio es que siempre que sea posible, el aprendizaje debería ocurrir en el contexto en el que el nuevo comportamiento es necesario. Por ejemplo, aprender a inhibir una conducta suicida durante una internación y utilizar habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional no es muy útil si las nuevas habilidades no se generalizan a otros contextos y situaciones,

especialmente durante situaciones de crisis. De manera similar aprender a interactuar apropiadamente con el terapeuta no es una habilidad útil si no se generaliza a las interacciones con otras personas. En DBT, el énfasis está en mantener a los pacientes en situaciones problemáticas o de crisis mientras simultáneamente se les enseña nuevas soluciones a los problemas y estrategias de afrontamiento al trauma. Aprender estrategias para sobrevivir a las crisis (un foco importante en el entrenamiento de tolerancia al malestar), por ejemplo, es difícil si se saca al paciente de su medio cada vez que la situación sobrecarga al terapeuta. Este tema se discute con mayor detalle en el Capítulo 15 en conexión con las estrategias de consulta telefónica y de protocolo hospitalario. Aquí, el terapeuta simplemente necesita recordar que, o la nueva conducta es aprendida dentro del contexto donde la nueva conducta es necesaria, o, si no es así, deben realizarse esfuerzos especiales para asegurarse de que el aprendizaje se generalice a esas situaciones.

Tabla 10.1. Relación entre las Preguntas Contestadas por el Análisis Conductual y los Procedimientos de cambio

1. ¿Las conductas requeridas están en repertorio conductual de la persona? Sabe la persona	Entrenamiento en Habilidades
a. ¿Regular sus Emociones?	
b. ¿Tolerar el Malestar?	Regulación Emocional
c. ¿Responder con habilidad durante un Conflicto?	Tolerancia al malestar
d. ¿Observar, describir, y participar sin juzgar, con conciencia y focalizándose en la efectividad?	Habilidades Interpersonales
e. ¿Manejar su propia conducta?	Mindfulness
	Self-Management
2. ¿Las conductas eficaces reciben refuerzo? ¿Llevan a consecuencias positivas o preferidas, o permiten otras conductas o estados emocionales preferidos? ¿Las conductas efectivas reciben consecuencias aversivas o neutrales, o son premiadas tardíamente? ¿Hay conductas que se acercan a la conducta objetivo disponibles para ser reforzadas?	Procedimientos de contingencia
3. ¿Las conductas efectivas están inhibidas por temores o culpa infundados? ¿Es la persona un fóbico emocional? ¿Existen patrones de conducta de evitación o escape?	Exposición
4. ¿Las conductas efectivas son inhibidas por creencias distorsionadas o falsas? ¿Son estas creencias o supuestos capaces de preceder la conducta ineficaz? ¿La persona no está consciente de las contingencias o reglas que operan en su ambiente? ¿En la terapia?	Modificación Cognitiva

Explicación de los procedimientos de contingencia

Aunque la teoría DBT enfatiza el déficit de habilidades los factores motivacionales son claramente importantes en la aplicación de las habilidades por parte de pacientes que carecen de las mismas. DBT intenta equilibrar el modelo del déficit como lo plantean Kohut (1977, 1984) o Adler (1985, 1989) con un modelo motivacional como el de Kernberg (1984) o Masterson (1976). Incluso cuando los pacientes borderline tienen las

habilidades requeridas para una situación en particular, muchas veces no las emplean. La diferencia aquí está entre la adquisición de habilidades y la performance de la habilidad. En DBT los temas motivacionales son analizados en términos de factores contextuales que influyen y controlan la conducta en cuestión. Identificar esos factores es uno de los focos principales del análisis conductual.

Los procedimientos de contingencia en DBT se basan en una premisa simple: las consecuencias de un comportamiento afectan la probabilidad de que ese comportamiento ocurra nuevamente. El objetivo es aprovechar el poder de las contingencias terapéuticas en beneficio del paciente. Como mínimo, los procedimientos de contingencia requieren que el terapeuta monitoree y organice su propia conducta cuidadosamente cuando interactúa con el paciente, de tal forma que las conductas objetivo no se vean inadvertidamente reforzadas mientras conductas positivas y adaptativas se vean castigadas. “Primero no hacer daño”. Aún más, cuando es posible, el terapeuta debe arreglar los resultados de tal forma que las conductas habilidosas sean reforzadas y las no habilidosas o maladaptativas sean reemplazadas o extinguidas. Esto es necesariamente algo delicado y de un equilibrio peligroso en el caso de conductas suicidas, ya que el terapeuta intenta no reforzar las conductas suicidas excesivamente ni ignorarlas de tal forma que el paciente escale el nivel de respuestas de amenaza para su vida. Esta aproximación requiere que el terapeuta tome ciertos riesgos de corto plazo para lograr ganancias de largo plazo.

“Refuerzo” se define acá en un sentido técnico como toda consecuencia o contingencia que incrementa o fortalece la probabilidad de aparición de una conducta. La definición es en verdad funcional, esto significa que un evento es sólo un refuerzo si funciona como tal, por lo que es preciso identificar refuerzos concretos por separado para cada persona. Este punto no puede ser subrayado en exceso y se discutirá con mayor detalle luego. Aunque los refuerzos se dividen generalmente como positivos, deseables, o como premios, no necesitan serlo. Kohlenberg y Tsai (1991), por ejemplo, señalaron que un dentista disponible aumentaba el comportamiento de hacer una cita (contra ir al dentista sin una cita), incluso para las personas que odian al dentista. En contraste con los procesos de refuerzo, la extinción y el castigo disminuyen o debilitan la probabilidad de la conducta. “Extinción” es el retiro de un refuerzo a una conducta que antes era reforzada. El “Castigo” es la aplicación de consecuencias que suprimen la probabilidad de la conducta; cualquier consecuencia que funcione como un castigo es, por definición, aversiva. Aunque ambos procedimientos debilitan o eliminan conductas, la forma en que trabajan es claramente diferente. Estas diferencias son muy importantes para la empresa terapéutica.

En principio DBT favorece el uso de los procedimientos de refuerzo, o refuerzo sumado a extinción, por sobre el castigo o la extinción utilizados por sí solos. Idealmente, como describí más arriba, el terapeuta trata de arreglar las cosas de tal manera que las conductas maladaptativas o poco habilidosas sean reemplazadas por conductas habilidosas incompatibles que tengan mayor nivel de refuerzo para el individuo. Las condiciones ideales, sin embargo, no son comunes con los pacientes borderline, como resultado, la extinción o las consecuencias negativas a veces son necesarios.

Los procedimientos de contingencia en DBT, especialmente el uso de consecuencias aversivas, son muy similares a los procedimientos de poner límites de otras escuelas de psicoterapia. Como se lo define generalmente “poner límites” se refiere a las acciones del terapeuta que castigan o amenazan con la pérdida de refuerzos a las conductas que el terapeuta cree que son dañinas para el paciente. “Límites” se refiere en este contexto a los límites de la conducta aceptable. Muchas veces, aunque no siempre, las conductas limitadas

son aquellas que el terapeuta cree que son maladaptativas y fuera del control del paciente, o aquellas que interfieren seriamente con la terapia. DBT define “límites” de manera más precisa y hace una distinción entre limitar conductas relevantes para los límites y limitar conductas relevantes a los objetivos (ver un poco más abajo); sin embargo, de nuevo, el procedimiento utilizado en DBT es bastante similar a los procedimientos de poner límites utilizados en otras terapias.

Diferencia entre Manejo de Contingencias y Observar Límites

Existen dos tipos de procedimientos de manejo de contingencias en DBT, que toman en cuenta dos tipos de conductas. La primera categoría “Manejo de Contingencias”, toma en cuenta las conductas objetivos de la lista de conductas prioritarias así como las conductas disfuncionales relacionadas con ellas. Tomadas en conjunto, estos pueden considerarse “conductas relevantes objetivo” – un término muy cercano en su significado al término “conductas clínicamente relevantes”, utilizado por Kohlenberg y Tsai (1991). Aunque incluyendo las conductas relacionadas funcionalmente que ciertamente pueden abrir la caja de Pandora, las conductas objetivos son claramente especificadas al comienzo de la terapia (en principio, al menos). El paciente elige trabajar con estas conductas al elegir entrar en DBT. En la terapia a largo plazo, una vez que los patrones de conductas más altos en la jerarquía han sido remediados, las conductas relevantes objetivo pueden consistir en patrones de conducta elegidos por el cliente. Esto significa que deben reflejar el séptimo blanco DBT, los objetivos individuales del paciente. El único factor a tener en cuenta para decidir las conductas relevantes objetivo son el bienestar y los objetivos de largo plazo del cliente.

La segunda categoría, “Observar límites”, toma en cuenta las conductas del cliente que empujan o cruzan los límites personales del propio terapeuta. Tomadas en conjunto, esas conductas son consideradas “conductas relevantes para los límites”. El bienestar del paciente y sus deseos no son aquí los factores principales a tomar en cuenta. En cambio el factor a tomar en cuenta es la relación entre las conductas del paciente y los límites personales del terapeuta. Estas conductas relevantes para los límites pueden ser diferentes entre diferentes terapeutas, las conductas que son un objetivo para un terapeuta pueden no serlo para otro.

DBT enfatiza la diferencia entre estos dos tipos de conductas en el uso de procedimientos de contingencias. Observar los límites es una categoría especial de los procedimientos de contingencias de DBT, en la que el foco está puesto en los límites del propio terapeuta y las conductas del paciente relacionadas a estos límites. Los límites, tanto para los paciente borderline como para sus terapeutas, son muchas veces controversiales. La aproximación de observar los límites se desarrolló para lidiar de manera efectiva y equitativa en esta área; y difiere de alguna manera con “poner límites” que se utiliza en muchas otras terapias.

La Relación Terapéutica como Contingencia

Para la mayoría de los pacientes borderline los refuerzos más poderosos tienen que ver generalmente con la calidad de la relación terapéutica. Con algunos pacientes, ninguna otra cosa es lo suficientemente poderosa como para contrarrestar los efectos reforzadores que ya existen para las conductas maladaptativas. Esto significa que los procedimientos de

contingencias son casi imposibles de utilizarse antes de que una relación terapéutica fuerte se establezca entre el paciente y el terapeuta. Una relación fuerte aumenta la valencia de las conductas del terapeuta. En suma el desarrollo de una relación interpersonal fuerte e intensa con el paciente es esencial. Esto no significa que no puedan utilizarse otros refuerzos pero la mayoría de ellos serán o demasiado débiles para contrarrestar los refuerzos resultados de las conductas problemas del paciente o no estarán bajo el control del terapeuta.

Una vez que se generó una relación terapéutica fuerte el refuerzo más poderoso disponible para el terapeuta es la expresión y continuación de una relación positiva. El mayor castigo es el retirar la calidez, la buena voluntad o la aprobación (o a veces, retirar la terapia en su conjunto). La relación se utiliza al servicio de los objetivos a largo plazo del paciente. (Dicho de una forma coloquial, como se lo nombró en el Capítulo 4, el terapeuta primero desarrolla una relación terapéutica positiva y la utiliza para “chantajear” al paciente para que realice ciertos cambios, cruciales pero difíciles de realizar, en su comportamiento.) Dos puntos son importantes aquí. Primero, el terapeuta no debe utilizar la relación terapéutica como contingencia antes de que una relación fuerte se haya desarrollado. “Hay que tener la plata en el banco antes de usarla” para decirlo de alguna manera. Segundo, ya que DBT subraya las contingencias naturales sobre las contingencias arbitrarias (como se discute más abajo), la fortaleza, si no la intensidad, de la relación tiene que ser mutua. Es decir un apego falso o menos genuino del terapeuta al paciente lleva a respuestas necesariamente más arbitrarias que genuinas. (Mantener un vínculo genuino con el paciente es uno de los objetivos de la supervisión del terapeuta o uno de los problemas a discutir en la reunión de equipo como se desarrolla en el Capítulo 13). Lejos de ignorar o minimizar la relación terapéutica, DBT remarca la importancia de la relación.

Para muchos terapeutas la noción de utilizar la calidez o el apego como refuerzo puede parecer incompatible con el cuidado genuino por el paciente. Para algunos la sola idea suena manipulativa. Para otros el cuidado genuino significa mantenerse calidos y apegados no importa que sea lo que la otra persona hace. Como la mayoría de las controversias, existe una parte de verdad en todas las posiciones. Por un lado en la mayoría de las relaciones las personas refuerzan naturalmente las conductas adaptativas y prosociales y retiran el refuerzo luego de conductas negativas o no apreciadas. Cuando el marido roba o miente, una esposa amorosa no expresa inmediatamente calidez y aprobación. Una persona no responde generalmente a un ataque verbal pasando más tiempo con el atacante. Otros tipos de relaciones humanas difieren de la relación terapéutica no tanto en como se responde a las conductas positivas sino más bien sobre quien es el que se beneficia de la conducta positiva y en el uso explícito de contingencias. En la relación terapéutica, las conductas que benefician al paciente se refuerzan, y el uso de contingencias es intencional y conciente. En la mayoría de las otras relaciones (particularmente en las relaciones con pares), el beneficio de ambas partes es igualmente importante para determinar que conducta será reforzada, y las contingencias se utilizan de una manera inconciente.

Por otro lado, el uso de contingencias interpersonales no debe ser una excusa para retirar la calidez, el apego, la intimidad, la aprobación y la validación de un paciente ya privado de relaciones. Minuto a minuto, incluso los pacientes más difíciles se involucran en conductas más adaptativas y positivas que en conductas problemáticas. Simplemente venir a sesión y mantenerse dentro del tratamiento ya es un logro para muchos. La vida llena de privaciones de muchos pacientes borderline sugiere que el terapeuta debe intentar proveer tanta nutrición y cuidado como le sea posible. Esto significa que debe buscar oportunidades

para reforzar al paciente, dándole aquello que necesita para florecer y crecer, y quizás un poco más. El criterio para otorgar calidez y aprobación no debe ser muy alto. El mínimo paso en falso no puede ocasionar pérdidas catastróficas. Desarrollare este punto con mayor detalle en conexión con los principios del moldeamiento (shaping).

PROCEDIMIENTOS DE MANEJO DE CONTINGENCIAS

Toda respuesta dentro de una interacción interpersonal es una forma potencial de refuerzo, castigo o extinción. Esto no es menos cierto en psicoterapia que en cualquier otra relación, y sigue siendo cierta aun si el terapeuta y el paciente pretenden que no lo es. Como responde el terapeuta al paciente en el momento a momento, afecta que es lo que el paciente siente y hace después. Las estrategias de manejo de contingencias son una manera de administrar las contingencias de la relación entre la conducta del paciente y las respuestas del terapeuta de tal forma que los resultados últimos sean beneficiosos en vez de iatrogénicos. Las estrategias más importantes son revisadas en esta sección y resumidas en la tabla 10.2.

Orientar hacia el manejo de contingencias: Revisión de la tarea.

El terapeuta debe orientar al paciente sobre el uso del manejo de contingencias en psicoterapia. La enorme confusión reinante entre pacientes y terapeutas sobre los principios del refuerzo y sus efectos sobre la conducta hacen que esta tarea sea más importante y más difícil. Otorgar información precisa sobre cómo funciona el aprendizaje es crucial si el paciente va a colaborar en la investigación y descubrimiento de las fuerzas que controlan su propia conducta. No es necesario decir que el terapeuta debe estar totalmente familiarizado con los principios del aprendizaje; la mayoría de los libros de texto sobre modificación conductual o terapia conductual tienen un resumen de estos principios (ej. Martín & Wilson, 1992; Master et al., 1987; Millenson & Leslie, 1979; O'Leary & Wilson, 1987). El terapeuta también debe trabajar para reducir el estigma de patrón socialmente inaceptable que tiene el refuerzo. En mi experiencia, los siguientes puntos (en cualquier orden) son los que tiene mayor utilidad para este fin.

Primero el terapeuta debe discutir las diferencias entre la intención, la planificación conductual y el actuar en el mundo. Con pacientes borderline, este es un punto particularmente sensible. La intención de sus conductas no está frecuentemente relacionada al menos con alguno de los resultados, inclusive con los resultados que refuerzan la conducta. El terapeuta debe señalar al paciente (como lo repetí varias veces en este libro) que es un error lógico asumir que las consecuencias de una conducta necesariamente prueban que esas fueron las intenciones del quien las realizó. Muchas de las consecuencias en verdad son no intencionadas. Aun más, el hecho de que una consecuencia aumente la probabilidad de emisión de una conducta (esto es la refuerce) no significa que la consecuencia fue deseada o intencionada; consecuencias no intencionadas pueden funcionar como refuerzo de la conducta.

Segundo, el terapeuta debe explicar la naturaleza automática de la mayoría del aprendizaje. Puede utilizar ejemplos del aprendizaje infantil o animal, en el que la intención consciente o inconsciente muchas veces no es pertinente. Los efectos físicos de los refuerzos en el cerebro, independientemente de que fue lo que la persona intentó o quiso,

pueden también resaltarse. Las consecuencias causan cambios químicos en el cerebro; los circuitos neurales son modificados.

Tercero, el terapeuta debe señalar que las consecuencias pueden afectar la conducta sin que la persona sea consciente del hecho. En verdad, la mayoría de nosotros no somos conscientes de cómo y cuándo las consecuencias influyen en nuestra conducta. Esto significa que el hecho de que sintamos que estamos haciendo algo por una razón o con un propósito no necesariamente significa que esa razón o ese propósito está influenciando realmente nuestra conducta. Todos los seres humanos (no sólo los pacientes) tienden a construir razones para su propia conducta cuando las “causas” no son evidentes (Nisbett & Wilson, 1977). Un ejemplo de esto puede ser alguno de los que desarrollo a continuación. La investigación con animales demostró que estimular los centros cerebrales asociados al premio incrementa la frecuencia de cualquier conducta que preceda la estimulación. En verdad, el efecto es tan poderoso que puede lograrse que un animal involucre en la conducta premiada tan frecuentemente que no se detenga a comer siquiera cuando sienta hambre. (Esta investigación es resumida por Milleson & Leslie, 1979). Si hubiera una manera de estimular el centro cerebral asociado a los premios en los seres humanos también se incrementaría la conducta inmediatamente anterior. Si una persona sabe que esto va a suceder por supuesto que puede explicar que la conducta se incrementó debido a la estimulación. Pero ¿qué sucede cuando se estimula el centro cerebral sin que la persona sea consciente del hecho? Si la estimulación puede hacerse contingente a un comportamiento en particular ese comportamiento se incrementará, pero la persona no sabrá que la estimulación la está influenciando. Bajo estas circunstancias, las personas darán una explicación racional, no relacionada con la estimulación cerebral (ej. “Porque me gusta hacerlo”), para explicar su propia conducta. El terapeuta puede dar un ejemplo personal sobre alguna ocasión en que “construyó” una razón para una conducta para luego descubrir que estaba siendo influenciado por algo por completo diferente, y después solicitar ejemplos al paciente.

Cuarto, el terapeuta debe hacer notar que cuando una persona se da cuenta de que es lo que está influenciando su conducta el acontecimiento recibe el nombre de “insight”. Es poco probable que se alcance un insight sobre patrones de conductas inaceptables socialmente si el paciente y el terapeuta piensan que las intenciones, las consecuencias y los refuerzos van necesariamente juntos, o que los “sentimientos” y creencias sobre las causas (sin datos que lo soporten) son la mejor fuente de información sobre lo que realmente está influyendo a la conducta. Cuando tanto el terapeuta como el paciente formulan los principios del refuerzo de esta manera, trabajan para observar e identificar las relaciones contingentes que influyen la conducta.

Quinto, es muy útil dar una lección sobre los efectos de la extinción en la conducta. Si es necesario el terapeuta puede explicarle al paciente como las conductas maladaptativas pueden incrementarse temporariamente en frecuencia o intensidad después de remover los refuerzos. Entender estos efectos muchas veces apacigua el dolor asociado con la remoción de los refuerzos usuales. La técnica de foot-in-the-door, descrita en el capítulo 9, puede usarse para ayudar a los pacientes a tomar el compromiso de tolerar los aspectos dolorosos del cambio de contingencias.

Finalmente, los principios del castigo, discutidos más abajo, deben revisarse con el paciente. Esta información puede servir a varios propósitos además de la simple orientación. Provee una explicación para que el paciente abandone el castigo como técnica de autocontrol. Como mencione muchas veces anteriormente el autocastigo muchas veces

es la única técnica de autocontrol utilizada por los individuos borderline. Además otorgar información sobre los efectos negativos y de corta duración del castigo incrementa el poder del paciente en la relación terapéutica, y le da un “arma” para utilizar contra el uso poco sabio de la coacción por parte del terapeuta.

La clase de conductas que son objetivo para el refuerzo (ej. Tolerancia al malestar, mindfulness) y para la extinción y el castigo (ej. Amenazas de suicidio, ataques al terapeuta) son discutidas como parte de la evaluación inicial y de la evaluación continúa, así como el plan de tratamiento. Los principios desarrollados más arriba, y otros desarrollados más adelante en este capítulo, deben revisarse con el paciente durante la orientación inicial a la terapia. Puede que sea necesario hacerlo nuevamente cuando el paciente y el terapeuta están tratando de entender que es lo que está manteniendo un patrón de conducta particular. Los principios pueden necesitar aun mayor revisión cuando nuevas contingencias son aplicadas a la conducta del paciente. Sin embargo, no es necesario o particularmente útil para el terapeuta explicar por qué, qué o cómo las contingencias están siendo implementadas en cada ocasión. Hacerlo podría evitar que el patrón de contingencias se implemente en la vida diaria con lo que la generalización se vería seriamente afectada. Este es un tema particularmente importante cuando se utilizan el castigo y la extinción; como se discute un poco más abajo.

1. REFUERZO DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS OBJETIVO RELEVANTES

Un principio central en DBT es que el terapeuta debe reforzar las conductas adaptativas objetivo relevantes cuando estas se presentan. El terapeuta debe prestar atención todo el tiempo a (1) lo que el paciente está haciendo; (2) si la conducta del paciente es un objetivo a incrementar, si es un objetivo a disminuir, o si es irrelevante a los objetivos actuales (ej. Si la conducta es un objetivo relevante); y (3) cómo el terapeuta responde a la conducta del paciente. En términos de Kohlenberg y Tsai (1991) el terapeuta debe observar las conductas clínicamente significativas y reforzar aquellas conductas que representan un progreso. Dos principios del refuerzo son importantes, el timing apropiado y la implementación de un programa apropiado.

Timing del Refuerzo

El refuerzo inmediato es mucho más poderoso que el refuerzo tardío. Es por esto que muchas conductas son extraordinariamente difíciles de disminuir: Dan resultado en el corto plazo, son reforzadas inmediatamente. Muchas veces, sin embargo, estas mismas conductas llevan en el largo plazo a resultados negativos o a castigos. Las conductas adictivas son un buen ejemplo. El efecto inmediato de las drogas, el alcohol, el juego, la comida, así como las conductas suicidas fortalecen la conducta de manera mucho más efectiva que lo que las consecuencias aversivas al largo plazo la debilitan. Esto implica que es importante que los terapeutas estén atentos a reforzar las mejoras tan pronto como sea posible. Las conductas que ocurren cuando el terapeuta está presente, o durante las conversaciones telefónicas, están mucho más disponibles para el refuerzo inmediato. Esto implica que es importante estar atento a las mejoras durante las interacciones que ocurren en la terapia.

Tabla 10.2. Checklist de Procedimientos de Manejo de Contingencias

- T Orienta a P sobre el Manejo de Contingencias
 - T Explica como sucede el aprendizaje y el refuerzo.
 - T Explica la diferencia entre “intentar” una consecuencias y que la consecuencia este “funcionalmente relacionada” con la conducta.
 - T REFUERZA Conductas Relevantes Objetivo Adaptativas
 - T hace que el refuerzo sea inmediato.
 - T adapta el programa de refuerzo para que encaje con la fortaleza de la respuesta adaptativa de P.
 - Cuando la respuesta es débil, T refuerza a P cada vez (o casi) que P emite la respuesta deseada.
 - Cuando la respuesta se vuelve más fuerte, T gradualmente reduce la frecuencia e intensidad del refuerzo hasta llegar a un programa de refuerzo intermitente.
 - En tanto las contingencias ambientales o de self-managment se vuelven más efectivas, T gradualmente retira el refuerzo completamente.
 - T usa la relación terapéutica como refuerzo
 - T EXTINGUE las Conductas Relevantes Objetivo Maladaptativas.
 - T evalúa si la conducta está siendo mantenida por refuerzos.
 - T no apacigua.
 - T mantiene el programa de extinción durante el “explosión conductual”.
 - T involucra a P en estrategias de Resolución de Problemas para ayudarlo a encontrar otra conducta que pueda reforzarse.
 - T refuerza rápidamente las conductas adaptativas alternativas.
 - T tranquiliza a P durante el proceso de extinción.
 - T valida el sufrimiento de P.
 - T le recuerda de manera cálida la lógica de la extinción.
 - T utiliza CONTINGENCIAS AVERSIVAS cuando es necesario.
 - Cuando los refuerzos de las conductas relevantes maladaptativas objetivo so están bajo el control del terapeuta.
 - Cuando la conducta maladaptativa interfiere con cualquier otra conducta adaptativa.
 - T utiliza la desaprobación, la confrontación y el retirar la calidez (cuidadosamente).
 - T utiliza corrección-sobrecorrección.
 - T utiliza vacaciones de la terapia cuando es necesario.
 - T da por terminada la terapia solamente como último recurso.
 - T determina la potencia de las consecuencias.
 - T identifica los refuerzos y las respuestas aversivas empíricamente; T no asume que un evento en particular, ítem, o respuesta (especialmente el elogio) es necesariamente un refuerzo o una respuesta aversiva para un P particular.
 - T utiliza una variedad de consecuencias diferentes.
 - T utiliza consecuencias naturales por sobre las arbitrarias cuando es posible.
 - T empareja consecuencias arbitrarias con consecuencias naturales, reduce las arbitrarias al pasar el tiempo para fortalecer la efectividad de las consecuencias naturales.
 - T utiliza los principios del Moldeamiento (Shaping) al reforzar la conducta de P (T ajusta los refuerzos para balancear los requerimientos de la situación con las actuales capacidades de P.)
 - T usa un programa de refuerzo que gradual y progresivamente moldea las respuestas de P hacia la conducta objetivo deseada.
 - T refuerza las conductas ya existentes en el repertorio de P que van en la dirección de la conducta objetivo deseada.
 - T empuja a P sólo por debajo del límite de su capacidad; la dificultad de la tarea requerida para obtener refuerzo es sólo un poco más difícil que lo que P ya alcanza.
 - Cuando P actúa cercano al límite de su capacidad, T refuerza la conducta.
 - T no refuerza (T extingue) las conductas que están lejanas de la conducta objetivo cuando conductas más cercanas se encuentran dentro de la capacidad de P.
 - T utiliza información sobre todas las variables dentro de una situación (incluso aquellas que lo afectan en las vulnerabilidades actuales de P) para graduar la dificultad de la tarea.
- Tácticas AntiDBT**
- T “renuncia” ante las demandas de P y refuerza conductas que están claramente por debajo de las

capacidades de P cuando una conducta más eficaz es necesaria para lidiar con la situación.

- T es inconsistente en el uso de los procedimientos de manejo de contingencias.

- T es punitivo en el uso de las consecuencias aversivas.

- T requiere conductas que están por debajo de las capacidades de P antes de reforzar los intentos de conducta.

Programa de refuerzo

Al principio de la terapia, puede necesitarse un refuerzo constante. Es posible que las conductas ocurran con una tasa baja, con lo que cada ocasión debe ser reforzada de alguna manera. Una vez que el paciente emite conductas habilidosas a una tasa más alta, el terapeuta puede comenzar disminuir el programa de refuerzo gradualmente, y puede después retirarlo del todo. Las conductas que son reforzadas de manera intermitente son mucho más resistentes a la extinción. Sin embargo, el terapeuta debe estar alerta al abandono precipitado del refuerzo y a períodos demasiado largos con poco o ningún refuerzo. En tales ocasiones el terapeuta debe examinar su propia atención a los eventos positivos o su propia actitud hacia el paciente.

Validación, Sensibilidad y Atención no Demandante como Reforzadores

Reforzar a los pacientes borderline puede ser extraordinariamente complejo. Para algunos, las expresiones de calidez y cercanía serán muy efectivas; para otros, tales expresiones son tan amenazantes que sus efectos serán justamente los contrarios que los que se buscan. Aunque un procedimiento central en DBT es desarrollar una relación positiva y entonces utilizar esa relación para reforzar el progreso, cuán cerca están el terapeuta y el paciente de tener esa relación es lo que determina que conducta del terapeuta es probable que refuerce la conducta y cual es probable que sea un castigo. Como determinar la potencia de las consecuencias se discute un poco más abajo.

Para la mayoría (pero no para todos) los pacientes borderline, las siguientes conductas son refuerzos: (1) Expresiones de aprobación, cuidado, preocupación, e interés; (2) las conductas que comunican relación o admiración (ver un poco más abajo los cuidados a tener en cuenta con el elogio), querer trabajar y querer interactuar con ella; (3) Conductas que reaseguran al paciente que el terapeuta es confiable y la terapia es segura; (4) Casi cualquier respuesta validante (excepto, algunas veces, el aliento (Cheerleading)); (5) Conductas que son sensibles a los pedidos e datos que da el paciente y (6) Atención o contacto con el terapeuta (ej. Dar citas extras, estar disponible en el teléfono entre sesiones, tener sesiones más largas o más cortas como el paciente desea).

2. EXTINGUIR CONDUCTAS MALADAPTATIVAS OBJETIVO RELEVANTES

Las respuestas conductuales se extinguen cuando los refuerzos que las mantienen se retiran. El terapeuta debe determinar qué refuerzos están en verdad manteniendo una conducta maladaptativa en particular, y después retirar sistemáticamente esos refuerzos luego de que la conducta se presenta. Siendo todas las demás cosas iguales el terapeuta no debe reforzar las conductas maladaptativas de prioridad alta una vez que fueron puestas como blanco para la extinción. El terapeuta debe recordar que la prioridad específica de una conducta para el tratamiento por manejo de contingencias está determinada por la jerarquía de

objetivos y por los principios del moldeamiento desarrollados un poco más abajo. Una vez que una conducta fue puesta en un programa de extinción, sin embargo, el terapeuta no debe abandonar el programa de extinción incluso si una conducta de alta prioridad se presenta.

Ya que la extinción puede fácilmente usarse de manera equivocada puede ser útil recordar que no todas las conductas se mantienen por sus consecuencias. Algunas conductas son, en cambio, generadas automáticamente por los eventos anteriores. Por ejemplo, si un bebé llora porque un alfiler de gancho lo pincha, y deja de llorar cuando le quitan el alfiler. ¿Es razonable pensar que retirar el alfiler mantiene (refuerza) el llorar? Quizás, pero es más razonable asumir que el llanto es generado automáticamente por la pinchadura. Más que dejar el alfiler pinchando al bebe para no reforzar el llanto, lo más sensible que puede hacerse es retirar el alfiler. (Desde el punto de vista de “contingencias para la supervivencia”, sin embargo, puede que sea esta contingencia la que causa que los humanos hayamos desarrollado el llanto como respuesta a los eventos dolorosos en primer lugar. Los bebés que lloran o se quejan cuando tienen dolor o están en peligro tienen más posibilidades de recibir ayuda, y esto incrementa su probabilidad de supervivencia, lo que a su vez puede transmitirse genéticamente). No hay un buen sustituto para un análisis en cadena bien realizado para determinar qué es, en verdad, lo que está manteniendo la conducta maladaptativa en cuestión. (Este punto, especialmente cuando se aplica sobre conductas suicidas, se discute en mayor profundidad en el capítulo 15).

Sin embargo, muchas de las conductas humanas, incluyendo las conductas borderline se mantienen por sus consecuencias. La idea de retirar los refuerzos que se presentan luego de una conducta que fue seleccionada como objetivo para ser extinguida puede parecer simple y obvia, pero es extremadamente difícil de llevar a cabo en la práctica, especialmente con pacientes suicidas. Las razones para esta dificultad reside en que muchas conductas objetivas para la extinción están bajo el control de dos tipos de consecuencias relevantes para la terapia: Son el resultado del refuerzo de las consecuencias interpersonales, y/o proveen escape de situaciones aversivas. Interpersonalmente, esas conductas pueden funcionar para comunicar, para pedir ayuda, o para mantener la cercanía (o la distancia), para obtener recursos que la persona necesita o desea, obtener revancha, etc. Además, las conductas muchas veces distraen al paciente o le ponen fin a eventos o interacciones dolorosas. Las conductas problemas de los pacientes borderline muchas veces son muy efectivas. Los profesionales de la salud (incluyendo a terapeutas anteriores), los miembros de la familia, y otras relaciones importantes muchas veces refuerzan inadvertidamente, usualmente de manera intermitente, las mismas conductas que el terapeuta actual y el paciente están tratando de eliminar.

Por ejemplo, una paciente puede rogar ser hospitalizada porque se siente demasiado sobrepasada como para afrontar la situación. Si el terapeuta se niega a internarla porque cree que puede afrontar la situación pero luego lo reconsidera porque la paciente amenaza con matarse sino es hospitalizada, esto incrementara inadvertidamente (generalmente fuera de la conciencia del paciente y del terapeuta) la probabilidad y la intensidad de la urgencia y la amenaza suicida. Si algún episodio de descontrol emocional lleva al terapeuta a prestar mayor atención o dar más ayuda al paciente que cuando el paciente pide ayuda de manera más competente y directa, esto reforzará la desesperanza y la emocionalidad que el terapeuta está tratando de reducir. Si en el medio de una discusión sobre un evento difícil o un tema doloroso que el paciente está tratando de evitar, el terapeuta cambia de tema o se vuelve solícito cuando el paciente se disocia, despersonaliza, o lo ataca personalmente, el

disociarse, el despersonalizarse o el atacar (siendo todas las demás cosas iguales) se verán incrementados.

En contraste, si el terapeuta no refuerza estas conductas, esto coloca efectivamente al paciente en un programa de extinción. Primero, aunque con el tiempo puede esperarse que la conducta disminuya, abra una “explosión conductual” cercana al comienzo de la extinción y luego algunos episodios intermitentes. La extinción tiene el efecto paradójico de incrementar temporariamente la intensidad y la frecuencia de la conducta. Segundo, si la conducta previamente funcionaba para alcanzar necesidades importantes de la persona o lograba terminar con eventos muy aversivos, y el paciente no tiene otra conducta que también funcione, el terapeuta puede esperar que la conducta general del paciente se vuelva de alguna manera desorganizada o intensa. La persona puede estar buscando otras conductas equivalentes que funcionen; si esto fracasa también, la persona puede reaccionar con emoción y pensamientos extremos y su conducta puede volverse caótica.

Como responde a su vez el terapeuta a estas reacciones es crítico. Cuando una conducta es nociva para el terapeuta, o el terapeuta teme un daño irreparable para el paciente, es muy tentador decidir detener los procedimientos de extinción temporariamente. En los ejemplos dados arriba, es muy difícil mantener la posición de no hospitalizar a un paciente que amenaza con suicidarse; o no brindar más ayuda, atención o preocupación cuando el paciente está fuera de control; y no retirarse y reorientar la sesión cuando el paciente se disocia, despersonaliza o ataca. Aunque a veces estas conductas serán necesarias, y pueden resultar en ganancias en el corto plazo, sus efectos para el bienestar del paciente al largo plazo serán iatrogénicos. Si estas respuestas son a su vez refuerzos para ese paciente en particular, la conducta objetivo para la extinción se hará más resistente a la extinción, y es más probable que aparezca en el futuro. Además, si el timing de la respuesta refuerzo sigue a la “explosión conductual” o a las conductas desorganizadas, extremas o caóticas éstas también se volverán una conducta peor. Cuando la conducta en cuestión es una conducta suicida esto puede ser desafortunado: el individuo puede escalar la conducta hasta terminar muerto.

Varios factores pueden incrementar la probabilidad de que un terapeuta rompa el programa de extinción. Cuando el paciente fue premiado anteriormente por respuestas extremas y persistentes, el paciente puede simplemente desgastar al terapeuta. Esto es más probable cuando el terapeuta está cansado, se volvió demasiado flexible, y no observó sus propios límites personales. Romper el programa y ceder es también más probable cuando el terapeuta no está seguro de su plan de tratamiento, no evaluó la conducta adecuadamente, o se siente culpable por no darle al paciente lo que aparentemente necesita. El ceder generalmente ocurre cuando el proceso de extinción lleva a un aumento de la expresión del dolor que el terapeuta no puede manejar, o el terapeuta se siente amenazado por la conducta del paciente (ej. Cuando el terapeuta teme que el paciente cometa suicidio o se cause un daño sustancial). Los pacientes borderline muchas veces amenazan con suicidarse si el terapeuta no hace algo para reducir su dolor. “Renunciar” reduce la amenaza y la expresión del dolor, y calma tanto al paciente como al terapeuta.

El terapeuta puede hacer una cantidad de cosas para hacer que el proceso de extinción sea más fácil para el paciente y para él mismo. Es importante hacerlas porque de otra forma una de ambas partes puede simplemente renunciar a la empresa. Un programa de extinción debe apuntar a la conducta objetivo, no al individuo en sí mismo. El objetivo es romper la relación entre la conducta objetivo y las consecuencias que la refuerzan; este objetivo no significa necesariamente privar al individuo de esas consecuencias

completamente. Dos estrategias son útiles aquí: encontrar otras conductas que reforzar y calmar al paciente.

1. Encontrar otra respuesta para reforzar. La primera estrategia es hacer que el paciente se involucre en alguna conducta que pueda ser reforzada en vez de la conducta a ser extinguida. De acuerdo con los principios del moldeamiento (shaping) (que se discuten más abajo), la idea es llevar al paciente a hacer algo un poco mejor que lo usual y luego moverse rápidamente hacia el refuerzo. Con pacientes borderline esto puede requerir mucho uso de estrategias de resolución de problemas, y considerable paciencia, pero generalmente alguna mejora en la conducta o alguna conducta positiva sobrevendrá si el terapeuta y el paciente persisten. (Al menos, el paciente aprenderá que el terapeuta no es una persona que renuncie y refuerce conductas que ambos habían acordado debían detenerse). La tarea de largo plazo es asociar conductas adaptativas de resolución de problemas con consecuencias que resulten en un refuerzo mayor que la relación existente con las conductas maladaptativas.

2. Calmar al paciente. Con un paciente que está en un programa de extinción, es crucial que el terapeuta valide la importancia que tiene alcanzar lo que quiere y necesita, y sea conciente de cuán difícil es el proceso de la terapia. El problema raramente es lo que el paciente quiere o necesita sino más bien la manera en que lo consigue. Esto significa que el terapeuta debe combinar la extinción con buenas dosis de ternura y conductas orientadas a calmarlo. Esto puede ser particularmente difícil para los terapeutas, especialmente para aquellos que se sienten culpables por no darle al paciente lo que ellos desean. Algunos terapeutas afrontan su propio malestar emocional cerrándose emocionalmente de sus pacientes; esto es, se comportan ellos mismos de una manera borderline – todo o nada. Una táctica posible es expresar el propio sufrimiento por el paciente, mientras se continua con la extinción. (un ejemplo es cuando un padre le dice a su hijo al que está dando una palmada que la palmada le duele más a él que al niño). Estrategias didácticas, de orientación y de compromiso también pueden aplicarse. Los pacientes muchas veces experimentan la extinción como arbitraria y emocionalmente distante; explicarles por qué se utiliza, y trabajar en obtener un nuevo compromiso para trabajar sobre las conductas blanco, puede ser útil.

La línea principal tiene tres puntos fundamentales. Primero, una vez que el paciente es colocado en un programa de extinción el terapeuta debe encontrar el coraje y el compromiso para mantenerse apegado a lo pautado. Segundo, cuando las conductas a extinguir son funcionales para el individuo, el terapeuta debe encontrar otra conducta, mas adaptativa que funcione tan bien o mejor que la otra y asegurarse de reforzar estas conductas. Tercero, cuando se coloca a un paciente en un programa de extinción, el terapeuta debe calmarlo a través del proceso. Extinción no significa castigar al paciente.

3. UTILIZAR CONSECUENCIAS AVERSIVAS... CON CUIDADO

Cuando usar Consecuencias Aversivas

Como dije más arriba el castigo es aparejar la respuesta conductual con una consecuencia aversiva. Hacerle algo al paciente que ella no quiere o quitarle algo que quiere por ejemplo,

es una consecuencia aversiva para la mayoría de las personas. Como con el refuerzo, sin embargo, los efectos de una consecuencia específica dependen de la situación particular, de la conducta objetivo en particular y de las características contextuales. Un evento que es aversivo en un contexto o situación puede no serlo en otro. Nuevamente, como con el refuerzo, la definición de castigo es funcional o procesual, y un evento puede ser llamado “aversivo” (y todo el procedimiento llamado “castigo”) sólo si el acto suprime la conducta en ese caso específico.

La diferencia entre la extinción y el castigo es a veces sutil pero importante. En la extinción la consecuencia que está reforzando la conducta es retirada; en el castigo, condiciones positivas previas no relacionadas con la respuesta son retiradas (o condiciones aversivas son agregadas). Por ejemplo, si una conducta parasuicida durante una internación es reforzada por la atención del personal, ignorar al paciente después de una conducta parasuicida es extinción; quitarle privilegios que Él desea o humillarlo públicamente es un castigo.

A veces, una consecuencia aversiva es la única manera de eliminar una conducta maladaptativa blanco. Los castigos se utilizan en DBT bajo dos circunstancias. Primero, se utilizan cuando las consecuencias de una conducta objetivo relevante de alta prioridad no está bajo el control del terapeuta y no existen otros refuerzos disponibles. Esto significa que la conducta no puede colocarse en un programa de extinción, y no se puede reforzar ningún comportamiento alternativo incompatible. Por ejemplo, las conductas “borderline” pueden reducir o hacer cesar de manera inmediata y de forma efectiva emociones, pensamientos o situaciones dolorosas o crear emociones, pensamientos o situaciones placenteras; terminar en internaciones deseadas (o altas) o en la obtención de dinero de la asistencia pública; proveer maneras de escapar a tareas difíciles; generar validación y expresión de cuidado por parte de los otros. Cuando estos refuerzos no pueden ser controlados por el terapeuta y son más poderosos que cualquier otro refuerzo equivalente que el terapeuta tiene a su disposición, la ampliación de consecuencias aversivas puede ser necesaria. Segundo, las consecuencias aversivas, se utilizan cuando una conducta maladaptativa interfiere con todas las otras conductas adaptativas – en otras palabras, cuando ninguna otra conducta se presenta para poder ser reforzada. Esto es particularmente probable cuando la situación genera la conducta problema casi automáticamente. Por ejemplo, un paciente en nuestro programa era a veces tan hostil hacia su terapeuta que no se podía realizar ningún trabajo en la sesión. La conducta parecía ser automática, condicionada a ciertos temas que surgían en terapia. Una vez que comenzaba, sin embargo, la conducta era tan perseverante que poco o ningún comportamiento realizado podía ser reforzado. En este caso, el terapeuta respondió terminando la sesión tempranamente si el paciente no podía controlar su hostilidad, la conducta hostil en 20 minutos.

Desaprobación, Confrontación, y retiro de la Calidez como Consecuencia Aversiva

La crítica, la confrontación, el retirar la calidez o la aprobación del terapeuta puede ser extremadamente aversivo para el paciente borderline promedio. (Ver más abajo los cuidados necesarios para determinar la potencia de las consecuencias). Pueden ser tan aversivas que el terapeuta debe utilizarlas no sólo con gran cuidado sino también en dosis bajas y muy brevemente. Muchas veces lo que el terapeuta ve como una crítica menor, es experimentada por la paciente no sólo como una crítica a toda su forma de ser sino como una amenaza a la continuación de la terapia. La vergüenza intensa así como el temor

desesperado al abandono pueden ser las consecuencias inmediatas. Aunque este puede ser el nivel premeditado del castigo algunas veces, es generalmente demasiado extremo por la conducta en cuestión. La expresión de la frustración o dismay puede ser por lejos más efectivo que la expresión del enojo. El enojo del terapeuta puede ser tan intensamente perturbador que los pacientes se vuelven emocionalmente desorganizados y quizás más disfuncionales que antes. (Al revés para algunos pacientes el enojo del terapeuta es en verdad un refuerzo, ya que les comunica que al terapeuta le “importa tanto” como para enojarse). En el uso de las consecuencias aversivas interpersonales el terapeuta debe tener el cuidado de ser cauteloso y analizar su efectividad a cada paso.

Sin embargo, con la consideración adecuada, sólo la suficiente confrontación, desaprobación o retiro de calidez emocional puede ser efectivo. Algunas veces ninguna otra respuesta efectiva está disponible. Existen un número de maneras en que presentar las opiniones negativas y las reacciones emocionales. Las estrategias de comunicaciones recíprocas e irreverentes, discutidas en detalle en el capítulo 12, pueden utilizarse. Por ejemplo, el terapeuta puede decir, “Cuando haces X, yo me siento o hago Y” (Donde x es la conducta problema y Y es la respuesta que el paciente no desea). O de una manera más irreverente el terapeuta puede decirle al paciente que amenaza con matarse, “Si te matas voy a tener que dejar de ser tu terapeuta.”

Cuando el terapeuta responde a conductas maladaptativas objetivo relevantes con desaprobación, confrontación, o retiro de la calidez, es muy importante restaurar una atmósfera interpersonal positiva luego de cualquier mejoría que el paciente muestre, incluso si el cambio positivo es mínimo y difícilmente discernible. Lo que significa que debe expresarse aprobación, elogio y calidez interpersonal ya que de otra forma el paciente podría sentir (de manera razonable y a veces de forma desproporcionada) que no importa que es lo que haga no puede conformar al terapeuta. A veces, por supuesto, el paciente puede involucrarse en conductas que son tan aversivas o frustrantes para el terapeuta que la calidez emocional simplemente no es un recurso disponible, incluso cuando el paciente intente reparar la situación. En estos casos, las consecuencia natural de la conducta del paciente dura más que lo que el paciente, y a veces el terapeuta, le gustaría. Una buena estrategia es discutir el problema con el paciente de una manera abierta y que transmita aceptación. La misma discusión es en sí misma un paso hacia la reparación de la relación, y esto probablemente refuerce la mejoría del paciente.

Corrección-Sobrecorrección como Consecuencia Aversiva

La primera y más importante guía sobre como usar consecuencias aversivas es que la consecuencia debe ser “apropiada al crimen” y que el paciente debe tener una manera de evitarla o de terminar con ella. Las técnicas de “Corrección-Sobrecorrección” alcanza ambos criterios (ver Cannon, 1983, y Mackenzie-Keating & McDonaled, 1990, para revisiones de estos procedimientos). Además son generalmente satisfactorias para el terapeuta.

Existen tres pasos para la corrección-sobrecorrección. Primero, luego de que una conducta problema ocurra, el terapeuta retira una condición positiva, quita algo que el paciente desea, o agrega una consecuencia aversiva. La mejor consecuencia es una que expanda un efecto natural aunque indeseable (desde el punto de vista del cliente) de la conducta realizada. Segundo, el terapeuta requiere que el paciente se involucre en una nueva conducta que al mismo tiempo corrija los efectos de la conducta maladaptativa, y

que los sobrepase y que sobrecorrija los efectos. La instrucción es explícita; se expone claramente la explicación de la corrección-sobrecorrección; y se ofrecen consecuencias positivas por involucrarse en la corrección-sobrecorrección. La conducta correctiva está dialécticamente relacionada con la conducta problema. Tercero, una vez que la nueva conducta de “corrección-sobrecorrección” ocurre el terapeuta inmediatamente retira el castigo- esto significa que retira las condiciones negativas o otorga la condición deseada. Esto significa que el paciente tiene una manera de terminar con el castigo. El desafío, por supuesto, es encontrar consecuencias y conductas de sobrecorrección que sean al mismo tiempo lo suficientemente aversivas mientras que al mismo tiempo no son triviales o están poco relacionadas con las conductas que el terapeuta quiere enseñar.

La insistencia en DBT en que los pacientes que se involucran en conductas parasuicidas entre sesiones deben participar en un detallado análisis en cadena y un análisis de la solución de la conducta antes que otros temas puedan tratarse es un ejemplo de corrección-sobrecorrección. La consecuencia negativa expandida es la preocupación natural del terapeuta por el paciente y el querer asegurarse de que está conducta problema se detenga. Si una persona es tan miserable que comete un acto parasuicida, ¿Cómo puede un terapeuta responsable ignorarlo? El terapeuta insiste en ocuparse del problema. El procedimiento de corrección-sobrecorrección es el análisis del problema y el análisis de la solución. Aunque muchos pacientes borderline quieren discutir los problemas que producen sus conductas problemas, a muy pocos les gusta discutir sobre los eventos y las conductas que llevaron a la respuesta, para casi todos, es una consecuencia aversiva. Por otro lado, tienen temas sobre los que les gustaría hablar. El refuerzo es la capacidad de hablar sobre otras cosas. Una paciente mía que solía tener intentos de suicidio, sobredosis, dejó de hacerlo por completo. Le pregunté que era lo que había pasado. Ella dijo que se había dado cuenta de que si no se detenía, no podría hablar sobre ninguna otra cosa.

Una estrategia similar se utiliza en el grupo de habilidades. Por ejemplo cuando un paciente no ha realizado ninguna tarea, el coordinador se involucra en un análisis completo y empático sobre los factores que inhibieron o interfirieron con la práctica. En el grupo los demás miembros son alentados a ofrecer ideas sobre cómo contrarrestar tales influencias. Si el paciente se niega el terapeuta puede involucrarse en hacer un análisis completo de su resistencia. Un paciente solía estar por el grupo de habilidades en una niebla emocional, diciendo que no se había acordado de hacer la tarea o que había estado tan sobrepasada que no había podido practicar sus habilidades. Una semana, después de algunos meses de frustración, ella comenzó a reportar y discutir algunos intentos de prácticas. Su práctica así como su participación en el grupo se incrementaron, y un tiempo después estaba interactuando al nivel de otros miembros del grupo. Su terapeuta individual le preguntó que es lo que había sucedido. Ella dijo que estaba cansada de utilizar el tiempo del grupo en analizar por que no había practicado la tarea e intentando encontrar alguna manera más fácil de realizarla.

Corrección-Sobrecorrección es un ejemplo de cómo utilizar tanto el palo como la zanahoria. La interacción con el terapeuta muchas veces es la zanahoria, y la corrección-sobrecorrección es el palo. Un paciente que se retiraba de una cita al atardecer no sólo tiró cosas de las paredes si no que robó pertenencias de las personas que trabajaban en la clínica. Ella cruzó los límites tanto del terapeuta como los de la clínica (un tema discutido más abajo), en un claro caso de conducta que atenta contra la terapia. Como consecuencia no sólo se le pidió que hiciera que la clínica volviera a su estado anterior y que devolviera lo que había robado, sino que mejorara la seguridad de la clínica al atardecer contribuyendo

con el costo de pagar a una recepcionista que se quedara después de hora. La zanahoria fue otra cita con su terapeuta. Otra paciente reparó los agujeros que había realizado en una pared dándole patadas, pintando y revocando la habitación mientras lo hacía. Una vez que la pared estuvo reparada las sesiones continuaron. Un paciente mío (con mi ayuda) desarrolló el patrón de llamar por teléfono por las tardes a mi casa, amenazar con que se iba a suicidar y actuar de una manera tan abusiva que comencé a temer volver a casa y a desear que la terapia con ella se terminara. En cambio, limité mi tiempo al teléfono con él a veinte minutos semanales, dividido en dos llamados. Aun más, le dije que su tarea era no sólo corregir la interacción telefónica conmigo lo que podría influir en mi deseo de hablar con ella, sino sobre corregirlo de tal forma que yo tuviera ganas de hacerlo. En ese momento cambie nuestro contrato. Le tomo un año pero finalmente tuvo éxito.

Vacaciones de la Terapia como una Consecuencia Aversiva

Otra guía en el uso del castigo es que debe ser lo suficientemente poderoso como para funcionar. El último castigo es la terminación de la terapia, una consecuencia que muchos de los pacientes borderline han experimentado más de una vez. Muchas clínicas de internación y terapeutas tienen reglas claras sobre alguna conducta que si sucede, aunque sea una vez, dará por terminada la terapia. Actos parasuicidas, especialmente los que son de alto nivel de letalidad, son conductas que típicamente llevan a la terminación de la terapia. Otros ejemplos es ver a otros terapeutas, internarse sin autorización, llevar armas a terapia, atacar al terapeuta, y conductas por el estilo.

DBT desalienta la terminación unilateral de la terapia. Es como si el terapeuta dijera “Si realmente tenes la conducta por la que venís a terapia, la terapia se terminara”. La terminación de la terapia también termina con las posibilidades que tiene el terapeuta de ayudar al paciente a hacer los cambios que necesita realizar. Poner al paciente en “vacaciones de la terapia” es una estrategia a la que se puede recurrir en DBT. Las vacaciones se utilizan tanto para las conductas relevantes objetivo como para las conductas relevantes para los límites. Se requieren dos condiciones: (1) Todas las demás contingencias deben haber fallado, y (2) La conducta o la falta de determinada conducta es tan seria que cruza los límites terapéuticos o los límites personales del terapeuta. Los “límites terapéuticos” son los límites dentro de los cuales el terapeuta puede conducir una terapia efectiva. Una vacación puede utilizarse cuando el terapeuta cree que a menos que el paciente cambie su conducta, el terapeuta no podrá ayudarlo; esto significa la conducta del paciente está interfiriendo con la terapia de tal manera que una terapia efectiva ya no es posible. Los “límites Personales” como se dijo en capítulos anteriores, son los límites dentro de los cuales el terapeuta desea trabajar con un paciente. Una vacación puede instituirse cuando el terapeuta ya no tiene deseo de continuar a menos que las cosas cambien. Las condiciones por las que puede decretarse una vacación pueden cambiar de terapeuta a terapeuta.

Una vacación es la cesación de la terapia por un período determinado de tiempo, o hasta que una determinada condición se alcance o un cambio sea realizado. Un número de pasos se precisan para organizar una vacación. Primero, el terapeuta debe identificar la conducta que se tiene que cambiar, las expectativas deben ser expresadas claramente. Segundo, el terapeuta debe darle al paciente la oportunidad suficiente como para cambiar la conducta y ayudarlo a hacerlo. Esto significa que el paciente debe ser capaz de evitar la vacación. Tercero, las condiciones deben ser presentadas como resultado de limitaciones

del terapeuta como terapeuta (ver más abajo la discusión sobre observar límites). Esto significa que el terapeuta necesita mostrar cierta humildad, haciendo saber que otro terapeuta podría aceptar tratar al paciente sin estas condiciones. Cuarto, el terapeuta debe dejar claro que una vez que la condición haya sido alcanzada o el tiempo requerido haya pasado el paciente puede volver a terapia. Quinto, mientras el paciente está de vacaciones el terapeuta debe mantener contacto intermitente por teléfono o carta, alentando al paciente a hacer el cambio y volver a la terapia (dicho de manera coloquial el terapeuta pateo a la paciente afuera y entonces se desvive para que vuelva). Finalmente, el terapeuta le da una derivación o un terapeuta de backup para que el paciente pueda utilizar mientras está de vacaciones.

Aquí un ejemplo. Después de trabajar con un paciente por algún tiempo, comencé a creer que si ella no acordaba en trabajar sobre reducir el consumo excesivo de alcohol no podríamos avanzar más. No podía determinar si el abuso de alcohol estaba causando mucho de los problemas restantes o si eran el resultado de esos problemas. Ella se negó, creyendo que el alcohol la ayudaba más que lo que la dañaba. Le di tres meses para llegar a una decisión diferente – para elegir entre el alcohol y yo, para decirlo de alguna manera. Ella tenía que trabajar conmigo para entrar a un tratamiento para abuso de sustancias o para alcoholismo. Si ella se negaba, yo no podía continuar el tratamiento, pero (y esto es en lo que las vacaciones difieren de una terminación) yo volvería a trabajar con ella tan pronto como ella estuviera dispuesta a trabajar sobre este punto. Ella sentía que no podía dejar de tomar si yo la presionaba. Me pareció justo y le sugerí que viera a alguien más para que la ayudaran a decidir que es lo que quería hacer, y le di vacaciones. Cumpliendo una condena por manejar alcoholizada se le ordenó participar en un número de horas semanales en una terapia para abuso de sustancias indicada por la corte, por lo que no tuvo tiempo de trabajar conmigo. Después de completar el programa de dos años ordenado por la corte, me llamó para recomenzar la terapia.

Le di vacaciones a otro paciente porque sentía que no podía ayudarla a menos que se involucrar en algunas actividades productivas. A causa de su severa dislexia, epilepsia, y una condición degenerativa nerviosa, sin mencionar 15 años de hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes, estaba a cargo del servicio social. Sus opciones eran al menos 20hs de estudio por semana, un trabajo de voluntaria, o vacaciones de la terapia. Le di seis meses para comenzar la escuela o para hacer counseling voluntario, y después 6 meses más para comenzar a trabajar o estudiar. Ella logró la primera condición el día antes del deadline. Ella no logró la segunda condición y se tomó vacaciones, con mi sugerencia de ver a otro terapeuta que la ayudara a decidir si quería continuar la terapia conmigo. Ella continuó en la terapia de grupo y consiguió un terapeuta que la viera individualmente. Estaba tan enojada conmigo que se negaba a hablarme y termino internada nuevamente, donde trató que el personal me llamara para hacerme cambiar de opinión. Cada tantas semanas la alcanzaba antes de que el grupo comenzara y le decía cuanto la extrañaba en terapia individual y que me costaba esperar hasta que ella pudiera organizar algunas actividades productivas. Finalmente lo hizo y la terapia recomenzó.

Los ejemplos citados más arriba involucran la ausencia de una conducta que yo creía era esencial para conducir la terapia. ¿Qué hace un terapeuta cuando el paciente activamente realiza conductas altamente destructivas para la terapia o que extinguen el deseo del terapeuta de continuar trabajando (límites personales) y todos los demás procedimientos de cambio han fallado? Una paciente de uno de nuestros terapeutas llamaba repetidas veces a la casa dejando mensajes en la contestadora. La frecuencia y lo abusivo

de los mensajes habían sido foco de manejo de contingencias por algún tiempo. En un llamado, la paciente amenazó no sólo la vida del terapeuta sino también la de su hijo de 9 años que estaba justo escuchando cuando el mensaje fue grabado. La conducta del paciente claramente cruzó los límites personales del terapeuta. Se le dijo a la paciente que si su conducta se repetía por cualquier motivo, sería puesta en vacaciones de la terapia. La paciente repitió la conducta y fue puesta de vacaciones. Otro terapeuta tomó el caso. Las condiciones eran que ella podía volver a su terapia anterior si era capaz de pasar 30 días sin contactarse con el terapeuta o con personas asociadas al terapeuta de ninguna manera (por teléfono, carta, mensajes, etc). Esta era la condición requerida para que el terapeuta estuviera seguro de que el paciente sería capaz de controlar su conducta en el futuro. La condición a ser alcanzada era que el paciente debía reasegurar al terapeuta a través de su conducta de que la continuación de la terapia no sería riesgosa para su familia.

Las vacaciones que se otorgan luego de conductas adversas sólo se utilizan cuando la conducta realmente interfiere con la posibilidad de conducir una terapia. Una manera de recordar esto es que la conducta del paciente y el castigo deben ocurrir, cuando es posible, dentro del mismo sistema, contexto o arena. Si la conducta interfiere con la terapia la terapia debe detenerse. Como en la técnica dialéctica del extending (Ver capítulo 7) el terapeuta extiende o exagera las consecuencias normales de la conducta del paciente. El terapeuta necesita saber también cuán aversivas serán las vacaciones. Para algunos pacientes, perder un par de sesiones luego de una conducta disfuncional es en verdad un refuerzo, se sienten demasiado avergonzados como para volver. Obviamente a ese tipo de pacientes no se le debe asignar unas vacaciones cortas. Para otros, incluso una semana de vacaciones es altamente aversiva y suficiente para tener un efecto sobre su conducta. O una vacación parcial, como el no poder hacer llamado telefónicos por un periodo determinado de tiempo (digamos si el paciente está haciendo llamados abusivos), puede ser suficiente. Generalmente si el patrón de conducta es muy extremo y todo lo demás ha fallado (incluso las vacaciones); el terapeuta debe considerar poner al paciente de vacaciones hasta el final del periodo contratado. En ese momento el paciente tiene permitido regresar y renegociar un nuevo contrato de terapia con el terapeuta. En DBT, sólo una situación requiere el otorgar automáticamente una vacación hasta el final del contrato: el perder 4 sesiones de terapia seguidas (ver en el capítulo 4 el desarrollo sobre esta regla).

Terminar la Terapia... como el último recurso aversivo

Como en el matrimonio o en una relación con un familiar una ruptura definitiva es vista como el último recurso. Sin embargo, bajo algunas circunstancias la terminación es inevitable e incluso aconsejable. Al comienzo de la terapia, antes de que una relación fuerte se haya generado, el terapeuta puede terminar la terapia si cree que otro terapeuta puede ser de mayor ayuda. Obviamente esta es solamente una opción si otro terapeuta está disponible. En las etapas más tardías de la relación DBT debe terminar antes del periodo de tiempo contratado sólo después de que toda opción disponible para salvar la relación se ha realizado, incluyendo una atención decidida a las conductas que atentan con la terapia, supervisión externa o “terapia de pareja”, y vacaciones. La idea es tratar las conductas que causan el bournout antes de que el bournout suceda. Sin embargo, si el bournout ocurre, a pesar de todos los esfuerzos, la situación puede ser irreparable; esto significa que el terapeuta puede no recuperarse. En ese caso, es mejor dar por terminada la terapia y derivar que continuar con una relación destructiva. El punto importante aquí es recordar que la

terminación por parte del terapeuta es vista en DBT como un fracaso de la terapia, no un fracaso del paciente.

Castigo versus maltrato

Tratar a paciente borderline es extremadamente estresante; a veces, la conducta objetivo para el cambio es la misma que incrementa el estrés. Sentimientos de revancha y hostilidad hacia el paciente no son poco comunes bajo estas circunstancias. Maltratar al paciente, sin embargo, no es una manera apropiada de expresar estos sentimientos. En mi experiencia, es extraordinariamente fácil para el terapeuta maltratar al paciente de manera encubierta, y esconder la conducta bajo el disfraz de una respuesta terapéutica. Hospitalizar de manera involuntaria a un paciente (o negarse a hospitalizarlo), sugerir una derivación, dar por terminada la terapia, sobremedicarlo, confrontar al paciente, hacer interpretaciones invalidantes sobre motivaciones inconscientes, y escribir notas del caso peyorativas pueden parecer todas acciones “terapéuticas” incluso cuando se utilicen de maneras no terapéuticas. Con las consecuencias aversivas sobretodo, el terapeuta debe observar su propia conducta con los pacientes borderline cuidadosamente. Las reuniones de equipo y la supervisión son extremadamente necesarias aquí.

Existen un número de guías para evaluar la legitimidad de las respuestas aversivas. Primero, la conducta a ser castigada debe ser un objetivo relevante. Con la excepción de la observación de los propios límites (ver un poco más abajo), DBT ignora las conductas que no son blanco, incluso cuando el terapeuta privada o profesionalmente las desaprobe. Segundo, las conductas más bajas en la jerarquía DBT son ignoradas a favor de las conductas más altas en la jerarquía. Esto significa que en DBT los terapeutas dejan de lado muchas conductas maladaptativas. (Conductas ignoradas en las primeras etapas de la terapia, sin embargo, pueden no ser ignoradas en etapas posteriores). Tercero si la extinción o el refuerzo de conductas adaptativas funcionaran igual de bien, las consecuencias aversivas deben dejarse para intentos posteriores. Finalmente, las ganancias deben superar a los riesgos, como lo describo a continuación.

Efectos secundarios negativos de las consecuencias aversivas

Las consecuencias aversivas, incluso cuando se las utiliza de manera conciente, tienen importantes efectos secundarios. Primero el castigo sólo funciona para suprimir la conducta; no enseña una nueva conducta. Esto significa que el castigo utilizado por sí solo no le enseña al individuo a resolver sus problemas y alcanzar sus necesidades de una manera adaptativa. Una vez que se detiene el castigo – al final de la terapia o cuando el paciente es dado de alta de la internación- es probable que la conducta castigada regrese. Segundo, los efectos del castigo generalmente duran hasta que la persona que sostiene el castigo se encuentra cerca; esto significa que es posible que la conducta castigada continúe en secreto. Esto puede crear problemas terapéuticos serios si el terapeuta está utilizando el castigo para controlar conductas suicidas. Tercero, las personas generalmente se alejan o evitan a las personas que las castigan. Esto significa que el uso de consecuencias aversivas como procedimiento terapéutico es probable que debilite el lazo interpersonal positivo necesario para el tratamiento de los pacientes borderline. Con los pacientes borderline en particular las consecuencias aversivas pueden producir alineación, retracción emocional y dificultades para hablar, terminación prematura del tratamiento, y conducta suicidas

(incluyendo el suicidio acabado). Los efectos iatrogénicos muchas veces son el resultado del emparejamiento equivocado del castigo con la conducta. Por ejemplo, una confrontación dura a un paciente replegado o disociado durante la sesión es poco probable que lo ayude a hablar. Comentar los efectos de su repliegue –“Se que es difícil para vos pero no puedo ayudarte si no encuentro la manera de traerte nuevamente a sesión”- puede ser útil. Tomados en conjunto, estos efectos secundarios negativos sugieren que las consecuencias aversivas deben ser los últimos procedimientos de manejo de contingencias en ser elegidos.

Determinando la Potencia de las Consecuencias

El terapeuta no puede asumir que una consecuencia será neutral, un refuerzo o un castigo para un paciente. Lo que funciona con un paciente puede no funcionar con otro. La única manera de determinar si una consecuencia está funcionando es observar cuidadosamente. Aunque el terapeuta puede utilizar su teoría o sus supuestos así como las sugerencias sobre posibles refuerzos o castigos por parte del paciente, esto no garantiza que funcionarán en verdad. No hay sustituto para la observación y la experimentación en este tema. Los posibles refuerzos no sólo cambian entre las personas, sino por el contexto en la misma persona. Este patrón crea una enorme dificultad y frustración para el terapeuta. El elogio, la calidez, el consejo, la nutrición, el aliento, el creer en el paciente, el contacto, la disponibilidad, por ejemplo, pueden o no ser refuerzos dependiendo de el estado particular del paciente y de los eventos actuales (ej. El contexto). Es importante para el terapeuta y para el paciente aprender no sólo que consecuencias reforzarán o castigarán una conducta sino también bajo qué condiciones lo harán.

Elogio como refuerzo

Los pacientes suicidas y borderline muchas veces están ávidos de un elogio y al mismo tiempo temerosos de recibirlo. El temor puede ser expresado directamente o a través de frases indirectas (ej. pedidos de no ser elogiados, preguntas sobre la validez del elogio del terapeuta, etc). A veces incluso regresan a conductas más disfuncionales después de un elogio. Puede haber muchas razones par este disgusto por el elogio. Un paciente puede temer que el elogio significa que está haciendo las cosas bien y que la terapia está por terminarse. El miedo al abandono asoma. O el paciente puede interpretar que el elogio es un intento del terapeuta de controlarlo. El enojo y el pánico pueden aparecer entonces. Cuando los elogian los pacientes borderline pueden temer que el terapeuta espere ahora más de lo que ellos pueden dar. El miedo al fracaso y a defraudar al terapeuta entran en escena. Otras veces el elogio puede ser recibido como una negación de las verdaderas dificultades por las que el paciente atraviesa. El paciente experimenta una forma de invalidación. El tema central en todas estas reacciones es que el paciente teme ser dejado sólo, ser independiente del terapeuta y autosuficiente antes de ser capaz de serlo.

El temor de los pacientes al elogio puede haberse reforzado de muchas maneras. En el pasado el elogio puede haber estado asociado con el retiro de ayuda y asistencia, o con el castigo por el siguiente fracaso en la misma tarea. Si así fue el elogio ante el éxito o el hacer bien una tarea sobre la que no está segura de poder volver a hacerla puede ser señal de la ausencia futura de ayuda que todavía es necesaria o la amenaza de un castigo. Un cliente mío del grupo de habilidades casi nunca me daba la oportunidad de elogiarla,

siempre decía que no había practicado ningún comportamiento nuevo, era más miserable ahora que nunca, y quería matarse. Cualquier intento por elogiarla se encontraba con el reclamo de que obviamente yo no la estaba entendiendo. Después de 6 meses, comencé a preguntarle si el programa era efectivo para ella y si debía continuarlo. En ese momento ella demostró cuánto había aprendido realmente, manteniendo que ella no me lo había hecho saber antes, porque si yo lo sabía podía no dejarla continuar con el grupo.

Una paciente borderline mía muchas veces se ponía metas muy altas y poco realistas. Como consecuencia ella muchas veces creía que no merecía el elogio. Cualquiera sería capaz de hacer aquello por lo que la terapeuta estaba elogiándola. El elogio era experimentado como un reflejo de lo inadecuada que era. Esto es especialmente probable si se elogian conductas triviales o si el elogio es otorgado de una manera poco sincera. El resultado puede ser la culpa o la humillación, seguidas rápidamente por enojo autodirigido, y a veces, episodios parasuicidas. El terapeuta debe anticipar este y otros efectos negativos del elogio y trabajar para contrarestarlos. Por ejemplo, el terapeuta puede explorar las expectativas poco realistas sobre sí misma. Analizar los “Debería” (Ver capítulo 8) así como utilizar estrategias de modificación cognitiva (ver capítulo 11).

Generalmente la incapacidad para aceptar un elogio apropiado debe ser vista como una conducta que interfiere con la terapia y analizada y tratada como tal. El terapeuta debe discutir las consecuencias sobre la incapacidad de aceptar un elogio, tanto en la terapia como afuera de la terapia. La estrategia es continuar elogiando cuando sea apropiado – esto es dando feedback positivo luego de un progreso o un cambio positivo. Pero para que esto funcione el terapeuta debe ser cuidadoso de no aparejar el elogio con consecuencias negativas para el paciente. Esto significa que el elogio no deben seguirse de retirada de la calidez o de limitaciones en el contacto. Después de elogiar al paciente, muchas veces los reaseguro sobre que sé que todavía tienen muchas otras dificultades sobre las que trabajar. El terapeuta debe estar especialmente atento sobre no subir las expectativas muy alto después de una conducta que merece elogio. Por ejemplo, elogiar al paciente por atravesar una experiencia especialmente difícil sin recurrir a conductas parasuicidas, y entonces la próxima vez que la paciente comente una conducta parasuicida acusarla de no querer mejorar su conducta (ya que ahora el terapeuta sabe que puede), puede reforzar el temor del paciente al elogio.

La exposición continuada al elogio en una atmosfera que no refuerza el temor, la vergüenza, o el enojo puede a largo plazo cambiar la valencia del elogio de negativa a neutral. Emparejar el elogio con otras conductas terapéuticas positivas puede llevar eventualmente a cambiar la valencia a positivo. El razonamiento detrás de esto es que importante para el paciente aprender a reforzarse a través del elogio. El elogio es uno de los reforzadores sociales más comunes en la vida diaria. Una persona que se ve castigada por el elogio o al que el elogio le resulta neutral está en clara desventaja.

Más Comentarios sobre las Contingencias Relacionales

En el capítulo 5 discutí sobre los pacientes “apegados” y los pacientes “mariposa”. El paciente “apegado” es aquel que tiene pocas dificultades para establecer una relación cercana e íntima con el terapeuta. Con estos pacientes la calidez, la aprobación, la intimidad es probable que sean fuertes refuerzos. En contraste una relación terapéutica cercana puede no ser un refuerzo para el paciente “mariposa”. En cambio, para estos pacientes, la cercanía terapéutica puede ser aversiva. Esto puede deberse a factores circunscriptos especialmente a

la relación con el terapeuta, o ser el reflejo de temas más generales relacionadas con la cercanía y la intimidad interpersonal. Por ejemplo, un paciente adolescente puede trabajar para obtener autonomía de los adultos, incluyendo al terapeuta. Las conductas del terapeuta que son señal de mucha intimidad o cercanía pueden ser entonces contraproducentes.

La clave aquí, como en todo el manejo de contingencias, es mantener los ojos en los efectos de la calidez interpersonal y el apego en las conductas de los pacientes. Yo encuentro útil la teoría del set point en la regulación del peso corporal para aplicarla al dominio interpersonal. La teoría del set point sugiere que cada individuo tiene un set point para la regulación de su peso, por lo que el cuerpo defenderá ese peso (más o menos 10 pounds). Cuando se sobrepasa el rango del set point el individuo deja de tener hambre y tiene dificultades para comer; el metabolismo de la persona se acelera para llevarlo nuevamente al set point. Cuando se va por debajo del rango del set point, el individuo se siente famélico y encuentra difícil pensar en otra cosa que no sea en comida; el metabolismo se hace más lento de tal forma que es difícil que la persona pierda más peso. Por analogía cada individuo tiene un set point del rango de intimidad con el que se siente confortable y defenderá ese rango, para decirlo de alguna manera. Cuando se sobrepasa ese rango las personas empujarán a los otros hacia fuera, y los intentos de mayor intimidad serán experimentados como aversivos. Incluso un pequeño paso hacia una mayor intimidad será percibido como amenazante. Cuando se va por debajo de ese rango las personas buscan mayor intimidad, calidez y cercanía que entonces serán experimentadas como reforzadores; la frialdad y las conductas de distanciamiento serán experimentadas como aversivos; e incluso grandes pasos dados en la dirección de una mayor intimidad serán vistos como inadecuados. Los comentarios frecuentes de los terapeutas sobre que sus pacientes borderline “nunca tienen suficiente” refleja este fenómeno. Sospecho es esto es raramente cierto, si es que lo es alguna vez. Desde mi punto de vista el paciente “apegado” y el paciente “mariposa” difieren en su respectivos set point relacionales. El paciente “apegado” una vez que está en una relación segura y cálida por el tiempo suficiente, eventualmente se relajara y dejara de empujar (como una persona flaca con un set point de peso alto dejara de tener un hambre insaciable después de ganar peso suficiente y alcanzar el rango de su set point). El paciente “mariposa”, si se le da suficiente espacio para moverse, no castigándolo por sus frecuentes vuelos fuera de la mano del terapeuta, y no castigándolo cuando regresa, se volverá con el tiempo más apegado.

Principio de Saciedad

La analogía del set point señala un segundo punto importante, que se aplica al uso del elogio (discutido un poco más arriba) así como de cualquier otro refuerzo: la potencia de cualquier refuerzo depende de si el individuo ya ha recibido el nivel deseado o necesitado del refuerzo. La pregunta es está ¿Está la persona saciada de aquello que le ofrecemos? Una comida no es un buen refuerzo para una persona que acaba de terminar una cena sustanciosa. Demasiado elogio, libertad, calidez, demasiados llamados telefónicos, no funcionarían. El secreto es “sólo lo justo”. Desafortunadamente no hay sustituto (otra vez) para el ensayo y el error y la observación cercana para determinar que es “sólo lo justo” para un paciente particular. El principio también sugiere que si el terapeuta ofrece demasiadas “cosas buenas”, el valor de lo que ofrece como refuerzo es probable que disminuya.

Utilizando las Consecuencias Naturales sobre las Consecuencias Arbitrarias

Cuando sea posible deben aplicarse consecuencias naturales por sobre las artificiales. Las consecuencias naturales son aquellas que se derivan y que son resultado característico de la conducta en la vida diaria. Las consecuencias son intrínsecas, más que extrínsecas, a la situación y a la conducta. Sonreír, moverse un poco más cerca, y asistir son consecuencias naturales ante alguien que dice algo que nos gusta; dar el proverbial M&M es un ejemplo de refuerzo arbitrario. Darle al paciente aquello que pide es una consecuencia natural de una conducta asertiva habilidosa. Decir “Bien” pero no darle lo que ella quiere no sólo es un refuerzo arbitrario, sino que es bastante menos potente.

Las consecuencias naturales se utilizan por dos razones: los pacientes las prefieren, y funcionan mejor. Con respecto a la preferencia, en mi experiencia los pacientes borderline tienen muy buen ojo para detectar las consecuencias arbitrarias, no confían en ellas y les desagradan profundamente. Muchas de las discusiones entre los pacientes y los terapeutas giran alrededor de lo razonable o no que es una consecuencia, especialmente las aversivas. Cuanto más arbitraria es la consecuencia es más difícil que el paciente la vea como el resultado de su conducta. En cambio es capaz de verla como el resultado de características del terapeuta o del tratamiento que tienen poco que ver con él. Verá al terapeuta como un autócrata, alguien desapegado, o simplemente como alguien al que hay que pagar para obtener su aprobación. La relación entre la consecuencia y la conducta- una parte esencial del aprendizaje- se perdió.

Las consecuencias naturales también funcionan mejor porque promueven la generalización. Las conductas bajo el control de consecuencias arbitrarias tienen menos probabilidad de generalizarse a otras situaciones; esto significa que se puede esperar una regresión o una pérdida de las ganancias. El uso de consecuencias interpersonales y de la técnica de corrección-sobrecorrección, descrita más arriba, ha sido diseñada para alcanzar estos criterios. Las reacciones interpersonales del terapeuta, positivas y negativas, es probable que califiquen como naturales mientras esas respuestas sean genuinas y razonablemente típicas o similares a las de otras personas. Observar los límites (ver más abajo) y las estrategias de comunicación recíproca (ver Capítulo 12), también reflejan esta preferencia por las consecuencias naturales.

A veces, sin embargo, refuerzos arbitrarios son la única respuesta efectiva disponible para el terapeuta. En estos casos, el terapeuta debe emparejar la consecuencia arbitraria con una consecuencia más natural. Como la consecuencia natural queda asociada con la arbitraria, el terapeuta puede gradualmente, después de un tiempo, retirar el uso del reforzador arbitrario. La idea es tratar de fortalecer la efectividad de las consecuencias naturales al aparejarlas con consecuencias arbitrarias muy deseables. (Este punto también se tuvo en cuenta cuando se desarrolló el elogio). Para volver al ejemplo de la conducta asertiva descrita más arriba elogiar que lo que el paciente dice que surtió efecto en el terapeuta mientras al mismo tiempo se le da lo que pide es un ejemplo de aparejar un reforzador arbitrario con uno natural.

Principios del Moldeamiento (Shaping)

En el moldeamiento, la aproximación gradual a la conducta objetivo (o meta) se refuerza. El moldeamiento requiere que el terapeuta rompa la conducta deseada en pequeños pasos y

enseñe los pasos de manera secuencial. El moldeamiento es esencial con todos los pacientes, pero particularmente con los pacientes borderline porque sus historias pasadas favorecen la desesperanza y la pasividad. Tratar de extraer una conducta adaptativa a un paciente con estas características sin reforzar los pequeños pasos en el camino hacia la meta simplemente no funciona. Es como prometerle a un mochilero un banquete si puede llegar al otro lado de una montaña y después negarse a alimentarlo durante los diez días que dura la travesía.

El moldeamiento tiene que ver con cual es la conducta que el terapeuta espera del paciente y está dispuesto a reforzar. El fracaso del ambiente del paciente en el intento de enseñarle conductas más adaptativas puede deberse, al menos en parte, al fracaso en los principios del moldeamiento. Esto es que las expectativas del ambiente son tan altas para las capacidades del paciente; que como resultado, el progreso es muchas veces castigado porque no alcanza las expectativas, más que reforzado porque representa una mejoría sobre la conducta pasada. Los estándares poco realistas de los pacientes borderlines, discutidos a través de todo el libro, son otro resultado de la falla en la aplicación de los principios del moldeamiento.

Puede ser útil pensar una línea que parte desde donde el paciente está al comienzo de la terapia y que termina donde el paciente quiere llegar (conductas objetivos). Cuando el terapeuta debe reforzar, castigar o ignorar conductas relevantes objetivo depende de (1) la localización actual del paciente en el continuo, (2) su capacidad para producir conductas en el continuo, (3) los requerimientos de la situación. Si el paciente se ha movido a través del continuo – esto significa si la conducta representa un progreso- el terapeuta debe reforzarla. Si no, el terapeuta debe ignorarla o castigarla y, si es necesario, enseñar una nueva conducta. Durante cada interacción, el terapeuta debe continuamente hacer encajar las conductas del paciente con su estatus presente (incluyendo sus vulnerabilidades dentro de la situación), sus capacidades potenciales, y la naturaleza de la situación. Esta información, a su vez, es utilizada para producir una respuesta terapéutica. No es raro que trabajar con esta población sea tan difícil. Porque la complejidad y la extensión de los problemas de los pacientes borderline, así como la naturaleza cambiante de sus déficits según los contextos, lleva a que el terapeuta deba mantener un gran número de variables en su cabeza al mismo tiempo. Mantener tanta información organizada y disponible para su utilización es difícil bajo las mejores circunstancias. Esto es amplificado con pacientes que causan tanto estrés a sus terapeutas haciendo que el uso flexible de la información sea una tarea difícil.

DBT se aproxima a este problema de dos maneras. Primero, una jerarquía de problemas clara permite al terapeuta organizar la información – atender a algunas conductas e ignorar otras. El terapeuta no le presta igual atención a todas las conductas. En cambio, el terapeuta chequea conductas asociadas a la jerarquía de conductas objetivo y luego le presta atención sólo a aquellas que son relevantes para el objetivo actual mayor en la jerarquía. De esta manera la tarea se simplifica. Segundo, la estrategia de consulta al paciente, desarrollada en el capítulo 13, está diseñada para limitar el número de personas que el terapeuta está “tratando”. En contraste con la mayoría de los otros programas, DBT estipula que el terapeuta sólo trata al paciente. No existe necesidad de organizar y tratar de implementar planes de tratamiento con otros profesionales, esto significa que cada terapeuta sólo debe preocuparse sobre sus propias respuestas al paciente. Nuevamente DBT enfrenta la dificultad disminuyendo el foco del terapeuta a un monto manejable de complejidad.

PROCEDIMIENTO DE OBSERVAR LOS LÍMITES PERSONALES

Observar los límites personales es simple en teoría y difícil en la práctica. Es la aplicación de las estrategias de resolución de problemas y los procedimientos de manejo de contingencias a las conductas de los pacientes que amenazan con cruzar los límites personales del terapeuta. Observar los límites es esencial en DBT. La responsabilidad de cuidar los límites personales recae en el terapeuta, no en el paciente. El terapeuta debe estar conciente de qué conductas del paciente es capaz y está deseoso de tolerar y cuáles son inaceptables. Esta información debe dársele al paciente con tiempo, antes de que sea demasiado tarde. El terapeuta debe también especificar cuáles conductas son aceptables sólo de manera temporaria y cuales son aceptables por mucho tiempo, así como cuales son las conductas del cliente que es probable que lleven al terapeuta al burnout y cuales no. Las conductas del paciente que cruzan los límites personales del terapeuta son un tipo especial de conductas que atentan contra la terapia; esto es, las conductas relevantes para los límites son secundarias sólo a las conductas suicidas y parasuicidas (o otras conductas que atentan contra la vida) como objetivo de la terapia. Amenazan la terapia porque interfieren con la capacidad o el deseo del terapeuta de llevar adelante la terapia. Es crucial para el terapeuta no ignorar estas conductas; de otra forma el terapeuta terminara tarde o temprano en burnout, dará por terminada la terapia, o lastimará al paciente. Al observar los límites el terapeuta cuida al paciente al cuidarse a sí mismo.

Explicación de Observar los límites

Los límites y cómo sostenerlos constituye una preocupación en casi cualquier discusión sobre el tratamiento de pacientes borderline. Estas discusiones generalmente quedan encuadradas en términos de cómo contener o detener las conductas maladaptativas del paciente. Green, Goldberg, Goldstein, y Leibenluft (1988), por ejemplo sostienen: “Deben estas (técnicas terapéuticas estándar) fracasar al contener los acting out regresivos, por lo que se necesitan medidas más vigorosas que tomen la forma de intervenciones que pongan límites apropiados” (p.ix). Las conductas maladaptativas son concebidas como el resultado de la falta de fronteras del paciente o de la falta de límites del self; el objetivo principal entonces es poner límites, de esta manera se está reforzando el sentido de identidad del paciente al aumentar sus fronteras personales (ver Green et al., 1988, por una revisión de la literatura).

Observar los límites en DBT, en contraste, se preocupa de preservar los límites personales del terapeuta – El sentido del self del terapeuta, si se quiere. El objetivo es asegurarse de que las contingencias que operan en la terapia no castiguen el deseo del terapeuta de mantenerse involucrado. El foco está puesto en la relación entre los límites personales del terapeuta y las conductas del paciente. Cuando el paciente empuja los límites personales del terapeuta, la situación es examinada en términos de encaje entre las necesidades y deseos del paciente y las capacidades o deseos del terapeuta. Esto significa que no se asume que el paciente está desordenado (ej. Demasiado necesitado, demasiado fluido). Ni se asume que el terapeuta está demasiado desordenado (ej. Manifestando problemas contratanferenciales). En vez se cree que las personas, legítimamente o no, muchas veces quieren o desean de las otras personas lo que los otros no son capaces o no tienen deseos de dar. Empujan los límites. El encaje interpersonal es pobre.

Esto no significa que las conductas del paciente o los límites del terapeuta no deben examinarse en búsqueda de desorden. La capacidad de limitar las propias demandas sobre los otros, más allá de las propias necesidades, es en sí misma una habilidad interpersonal importante; las relaciones recíprocas requieren la capacidad de observar y respetar los límites personales de la otra persona. De la misma manera la habilidad de observar los propios límites en una relación es igualmente importante, y muchos terapeutas tienen un déficit de esta habilidad. Aunque DBT, mucho más que otras terapias comportamentales, enfatiza el impacto del terapeuta en la experiencia y percepción de la terapia por parte del paciente, también lo ve influido de manera recíproca por la conducta del paciente. Esto no significa que los roles del paciente y el terapeuta deben ser vistos como simétricos; se espera que el terapeuta genere hipótesis más precisas sobre los factores que influyen la relación y de despliegue una mayor habilidad interpersonal durante las sesiones. También se espera que el terapeuta controle su propia conducta, al menos lo suficiente como para asegurarse de que no va a causarle daño al paciente. A pesar de estas advertencias, creemos que el terapeuta está inevitablemente afectado por las conductas del paciente; dependiendo de cual sea esta conducta, interferirá o promoverá la motivación y la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente.

Límites Naturales versus Límites Arbitrarios

Con muy pocas excepciones, no hay límites arbitrarios en DBT. La única conducta que está arbitrariamente limitada es el abandono de la terapia individual o del grupo de habilidades: La terapia se suspende si el paciente abandona cualquiera de las dos. Los únicos límites arbitrarios para los terapeutas son aquellos sostenidos por las guías de ética profesional. Las relaciones sexuales con los pacientes, por ejemplo, no son aceptables bajo ninguna circunstancia.

Los límites naturales varían según el terapeuta, y el mismo terapeuta puede cambiarlos a través del tiempo, como resultado de un número de factores. Estos incluyen eventos personales en la vida del terapeuta y en el ambiente de trabajo, la relación terapeuta-paciente actual, los objetivos del terapeuta para el paciente – y las características de cada paciente. Los límites se contraen cuando el terapeuta está enfermo o sobrecargado de trabajo, y se amplían cuando está descansado y con una cantidad razonable de casos. Los límites de un terapeuta de mi equipo disminuyeron cuando él y su esposa tuvieron un hijo. Es esperable que los terapeutas que cuentan con un equipo o con una supervisión amplíen sus límites más que los terapeutas que trabajan solos o en ambientes hostiles. Mi voluntad de trabajar con un paciente que grita durante las sesiones es mucho mayor en mi práctica privada que en la clínica donde podría molestar a otros. Mi voluntad de trabajar con una amenaza de suicidio que surge al final de la sesión es mucho mayor si no tengo a otro paciente esperando que si lo tengo.

Aun más, cada terapeuta del equipo, incluso aquellos que trabajan con el mismo paciente, puede tener diferentes límites. El límite de un terapeuta puede ser muy amplio y el del otro muy angosto. Por ejemplo, un terapeuta puede leer cuidadosamente cada mail que un paciente envía, no importa la longitud o la frecuencia en que son enviadas, mientras otro puede no hacerlo. Un terapeuta puede tener deseos de llamar a un paciente mientras está de vacaciones mientras otro no lo tiene. Mis límites sobre el riesgo suicida que soy capaz de tolerar en mis pacientes ambulatorios es mayor que el de muchos terapeutas en Seattle. A algunos terapeutas no les importa cuando sus pacientes faltan o cancelan sesiones, o se

retrasan con el pago, a otro sí les preocupa. Pacientes con conductas demandantes o aquellos que se sientan en la sala de espera todo el día preocupan a algunos terapeutas y a otros no. La lista podría no tener fin.

Generalmente una alianza terapéutica fuerte lleva a límites más amplios. Las personas están dispuestas a tolerar más y a hacer más por aquellos a quienes sienten cerca que por aquellos de los que están lejanos. Los límites terapéuticos generalmente se amplían con aquellos pacientes que trabajan duro y se angostan con aquellos que se rehúsan a cumplir o se resisten a las intervenciones. Las maneras en que los límites se ven afectados por las conductas de los pacientes, sin embargo, puede variar entre los miembros del mismo equipo terapéutico. Por ejemplo los límites de algunos terapeutas pueden angostarse cuando los atacan y ampliarse cuando no; otros terapeutas pueden tomárselo con calma y no se ven afectados por ellos. Yo estoy dispuesta a dar bastante tiempo a los llamados telefónicos, incluso en horarios inconvenientes, a los pacientes que llaman y parecen beneficiarse por esos llamados. Los pacientes que dicen sentirse igual al principio que al final y que critican mi disposición de quedarme hablando con ellos por más tiempo, no son pacientes con los que quiero tener una conversación larga. Si el paciente es de los que dicen “Si, pero...” o rechaza todas mis intervenciones no afecta mis límites demasiado, suelo sentirlo como un desafío. A otros terapeutas con los que trabajo parecen no afectarles tanto la ingratitud tanto como me afecta a mí, pero se niegan a hablar largamente con los pacientes que rechazan sus sugerencias.

En DBT no hay necesidad de que los límites sean universales entre los miembros de un equipo o con todos los pacientes. Solo es importante que cada terapeuta entienda sus propios límites personales y los comunique claramente a cada paciente. Esta variabilidad de los límites entre distintos terapeutas y del mismo terapeuta a través del tiempo y los pacientes provee al mismo tiempo una mayor similitud entre el ambiente del tratamiento y la vida cotidiana. La vida y la gente no son consistentes, no siempre están disponibles para las necesidades individuales. Incluso las personas más cercanas a veces se distancian o no logran alcanzar nuestras expectativas. El objetivo DBT es enseñarles a los pacientes como interactuar natural y felizmente con estos límites interpersonales naturales.

Observar los límites naturales o personales requiere de bastante más apertura y asertividad que lo que requiere observar límites arbitrarios. El terapeuta DBT no puede cubrirse en reglas predeterminadas. No hay libro que leer que nos diga cómo tratar al paciente cuando este llega 35 minutos tarde. DBT no provee un libro de reglas o límites porque las reglas o los límites arbitrarios no toman en cuenta la individualidad de las personas en la relación. El terapeuta debe tomar responsabilidad sobre sus propios límites. Esto puede ser una tarea difícil a veces, especialmente cuando el paciente sufre intensamente y los límites agregan más sufrimiento. Hay, sin embargo, algunas guías sobre la observación efectiva de los límites, que se discuten un poco más abajo y que se resumen en la tabla 10.3.

1. MONITOREANDO LOS LÍMITES

Se requiere que los terapeutas observen sus propios límites con respecto a cuál es la conducta del paciente que es aceptable en cada relación terapéutica, y observar esos límites en la conducción de la terapia. En particular el terapeuta debe ser cuidadoso y observar continuamente la relación entre las conductas del paciente y sus propia voluntad y deseo de interactuar y trabajar con el paciente, su sensación de estar sobrecargado, la creencia sobre

si puede ser efectivo con el paciente, y sus sentimientos de burnout. Este proceso es mucho más fácil para los terapeutas experimentados que para los más noveles. Como un terapeuta de mi equipo dijo una vez: “Es muy difícil saber cuáles son tus límites antes de que sean traspasados”. Los signos de alerta incluyen sentimientos de incomodidad, enojo, frustración, y sensaciones de “Oh, no, no de vuelta...”. La idea es que el terapeuta pueda darse cuenta antes de que sus límites sean traspasados – Antes de que de forma repentina sean incapaces o no tengan voluntad de interactuar con un paciente nunca más. Las reuniones de equipo pueden ser de gran utilidad sobre este punto.

2. SER HONESTO SOBRE LOS LÍMITES

Los límites del terapeuta no son presentados como si fueran establecidos por el bien del paciente sino más bien por el bien del terapeuta. Aunque la distinción es artificial, ya que el bienestar de ambas partes es esencial para la relación terapéutica, el énfasis es muy diferente a que se presentaran los límites como si fueran para el bien del paciente. La diferencia en el énfasis lleva a diferentes resultados. El punto más importante que es el paciente quien tiene la última palabra sobre qué es lo que le conviene (no es una niña), pero no tiene la última palabra sobre qué es lo mejor para el terapeuta. Se podría hacer una analogía con el hecho de que el terapeuta le diga al paciente que no fume en el consultorio porque es malo para su salud como opuesto a que le diga que a él no le gusta inhalar humo. La primera vez ambos pueden discutir sobre el tema; como mínimo, el paciente puede argumentar razonablemente que su salud física es su responsabilidad. En segundo lugar, el terapeuta puede modelar conductas de autocuidado. A veces esta segunda opción es la única opción honesta; la mayoría del tiempo las personas (incluyendo los terapeutas) tratamos de controlar la conducta de los otros diciéndoles que es por su propio bien cuando en verdad es por nuestro propio beneficio.

La honestidad como estrategia es sumamente efectiva. Los pacientes borderline ansían ser respetados; ser honesto sobre los límites del terapeuta es en última instancia una forma de respetar al paciente. Es tratarlo como un adulto. El terapeuta podrá estar de acuerdo con el paciente en que los límites no son justos (cuando no lo sean), pero deberá señalar que si va más allá de ellos terminará probablemente por lastimar al paciente. Si es necesario el terapeuta puede revisar las veces que la paciente fue lastimada por otros terapeutas que no cuidaron sus límites personales adecuadamente.

La deshonestidad y/o confusión sobre los límites de quien son observados es un tema especial para los psicoterapeutas por varias razones. Primero, algunas teorías de psicoterapia sugieren que traspasar los límites del terapeuta es patológico por definición. El terapeuta que me decía que todos los llamados de un paciente a la casa del terapeuta son un acto de agresión hacia el terapeuta (ver capítulo 3) es un ejemplo de este tipo de dificultad. Esta perspectiva teórica u otras similares hacen difícil la evaluación de la flexibilidad relacional. El terapeuta estará poco dispuesto a examinar la posibilidad de que el problema provenga de propia incapacidad o falta de deseo de ampliar sus límites por el bien del paciente. Conceptos como contratransferencia focalizan sabiamente en la patología posible de los límites del terapeuta; sin embargo, no dan un modelo de “dificultad en el encaje” donde los límites legítimos del terapeuta lo llevan a no poder cubrir las necesidades legítimas del paciente. Segundo, ser terapeuta es una posición de poder con respecto a las demás personas. Permite que la arrogancia y la deshonestidad pasen sin ser chequeadas. Esta posibilidad es una de las razones por las que la supervisión es tan importante en DBT.

Tabla 10.3. Checklist de Procedimientos de Observar los Límites Personales

- T MONITOREA su propios límites mientras conduce la terapia: <ul style="list-style-type: none">- Continuamente.- Con cada paciente por separado.
- T comunica sus propios límites con HONESTIDAD y de manera directa, en términos de la capacidad o del deseo de T de cubrir los deseos o necesidades de P. <ul style="list-style-type: none">- Con respecto al horario, duración y frecuencia de los llamados telefónicos.- Con respecto a la violación de la privacidad de T.- Con respecto a infracciones hacia la propiedad, tiempo, etc. de T.- Con respecto a las conductas agresivas en sesión o dirigidas hacia T.- Con respecto al tipo de tratamiento que T está deseoso de llevar adelante o del que quiere ser parte.- Con respecto al deseo de T de arriesgarse a una conducta suicida de P.
- T AMPLIA sus límites temporariamente cuando es necesario. <ul style="list-style-type: none">- T consigue un reemplazo u otro tipo de ayuda cuando T está al cercano a sus límites y P lo necesita.- T ayuda a P a afrontar efectivamente con los límites de T cuando no hay riesgo por los límites.
- T es FIRME DE MANERA CONSISTENTE sobre sus propios límites. <ul style="list-style-type: none">- T utiliza manejo de contingencias vis-à-vis límites.
- T combina VALIDACIÓN, TRANQUILIZA AL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS junto con el procedimiento de observar los propios límites.
Tácticas AntiDBT
<ul style="list-style-type: none">- T se niega a ampliar sus límites de manera temporaria cuando P claramente necesita de T más de lo usual.- Los límites de T cambian o fluctúan de manera arbitraria y de una manera poco predecible.- T presenta los límites como si fueran para el bien del P más que por el propio bienestar de T.

Tercero, a la mayoría de los terapeutas se les ha enseñado que la terapia es sólo para el bien del paciente; en los programas de entrenamiento el beneficio del terapeuta es raramente abordado. El terapeuta puede sentirse fácilmente culpable o de alguna manera “no-terapéutico” si atiende a sus propios deseos y necesidades. Los pacientes borderline sufren muchas veces de manera terrible, y a veces los terapeutas sienten que podría aliviar ese sufrimiento si solo ampliaran sus límites. Las opciones para el terapeuta en ese momento son (1) Cruzar de manera reiterada sus propios límites (2) Decidir que lo que el paciente desea es patológico (3) permitir que el paciente siga sufriendo y aceptar la responsabilidad por ser incapaz de ayudar. La dificultad para aceptar que el terapeuta es la causa más cercana del sufrimiento del paciente es la que lleva muchas veces a elegir una de las primeras dos opciones. Observar los límites personales lleva a la tercera opción. En mi experiencia es la dificultad para aceptar que es la propia impotencia la que causa la mayor dificultad a los terapeutas nuevos e inexpertos; la arrogancia es muchas veces el problema de los más experimentados.

3. AMPLIAR LOS LÍMITES TEMPORARIAMENTE CUANDO SEA NECESARIO

Observar los límites no es una licencia para ser poco cuidadoso o irresponsable a necesidades importantes del paciente. Ni es un permiso para tener respuestas caóticas a los pedidos y demandas del paciente. Es necesario de que terapeutas corran sus límites, se expandan a si mismos, y den aquello que no tienen ganas de dar. Esto es particularmente cierto con pacientes suicidas crónicos y pacientes borderline. Una analogía con un cirujano puede ser útil aquí. Cuando está de guardia un cirujano no puede negarse ir al hospital para una emergencia porque preferiría quedarse en casa diciendo que esto vulnera sus límites

personales. Pero incluso los cirujanos deben estar de guardia periódicamente. Un cirujano que estuvo de guardia cinco noches seguidas durmiendo apenas una o dos horas cada noche, puede alcanzar su propio límite y necesitar que alguien tome las urgencias durante uno o dos días. Nadie puede sobrevivir mucho tiempo sin dormir. De manera parecida cuando un terapeuta está por alcanzar su propio límite y la vida del paciente está en riesgo, la estrategia apropiada es involucrar a otros profesionales en el cuidado del paciente. Cuando los límites son un tema y la vida del paciente no está en juego, estrategias de resolución de problemas y procedimientos de cambio son las estrategias apropiadas. La dialéctica aquí es cruzar los propios límites cuando es necesario, por un lado, y observarlos cuando es necesario, por el otro.

4. SER FIRME DE MANERA CONSISTENTE

Muchas veces los pacientes quieren que los terapeutas amplíen sus límites argumentando que sus necesidades son válidas, criticando a los terapeutas, y a veces amenazando con conseguir otro terapeuta o cometer suicidio. Pueden involucrarse en conductas parasuicidas o negarse a cooperar hasta que el terapeuta “coopere” con ellos. En las clínicas e internaciones pueden buscar a otras personas del staff y tratar de conseguir su asistencia, quejarse vociferando ante otros pacientes o ir a ver al supervisor. Como dicen los terapeutas psicodinámicos, pueden hacer un “acting out”.

El punto importante aquí es que observar los límites muchas veces significa colocar la conducta del paciente en un programa de extinción. La respuesta a los esfuerzos del paciente para que el terapeuta extienda sus límites es simple: “yo soy el que soy”. Al final el terapeuta no tiene otra opción que observar sus propios límites. Es tentador cuando se está bajo mucha presión vacilar entre expandir los límites o atacar al paciente, transmitiendo directa o indirectamente que sus demandas son excesivas o inapropiadas. Uno debe resistirse a esa tentación. Ceder y apaciguar la subsiguiente escalada de la conducta sólo reforzará la conducta que el terapeuta está tratando de detener; responder de manera punitiva hace que corramos el riesgo de encontrarnos con los efectos secundarios negativos de las consecuencias aversivas. La táctica es utilizar la misma estrategia del “disco rayado” que se le enseña a los pacientes durante el grupo de habilidades: Una y otra vez, el terapeuta sostiene su posición de manera calma, clara y firme. Es útil también recordar que el observar los propios límites será probablemente para el beneficio del paciente (el terapeuta no terminará la terapia abruptamente o lastimará al paciente de otra manera).

5. COMBINAR TRANQUILIZAR, VALIDAR, Y ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON OBSERVAR LOS PROPIOS LÍMITES

La importancia de tranquilizar al pacientes mientras al mismo tiempo se observan los límites personales no puede ser subrayada en exceso. No darle a el paciente lo que quiere, o no están dispuesto a tolerar una conducta en particular, no significa que el terapeuta no pueda confortar al paciente de ninguna manera. El terapeuta debe validar el estrés y ayudar al paciente a encontrar otras maneras de afrontar el problema. Al observar los límites personales el terapeuta debe intercalar durante todo el proceso estrategias de resolución de

problemas y validación. Invalidar las necesidades y deseos de los pacientes es muy raramente terapéutico.

Áreas Problemáticas para Observar los Límites con Pacientes Borderline

Llamados Telefónicos

Ya que DBT alienta más que prohibir el contacto telefónico, el terapeuta debe determinar a qué horas estará disponible y cuan largos pueden ser los llamados. Los terapeutas que no están dispuestos a aceptar llamados después de hora probablemente no deberían trabajar con pacientes borderline. Más allá de esto las necesidades de cada paciente individual y de cada terapeuta así como temas más de corto plazo deberían considerarse para determinar un contrato sobre llamados telefónicos. Un terapeuta que nunca sostuvo alguna restricción para los llamados telefónicos (aunque sea que el paciente no puede llamar sólo para charlar a las 2 de la mañana) o nunca tuvo un paciente demandante o está condenado al burnout y a rechazar de sus pacientes.

La duración y la frecuencia de llamados permitidos varían entre los terapeutas y entre los pacientes del mismo terapeuta. Algunos terapeutas están deseosos de recibir llamados casi siempre y no parece preocuparle la cantidad de llamados. Un terapeuta que trabajaba conmigo solía pintar y trabajar en madera en el sótano de su casa todas las tardes. Los pacientes que llamaban durante la tarde tenían casi tiempo ilimitado ya que el continuaba tallando o pintando mientras hablaba. Otros terapeutas no están dispuestos a que los llamados se extiendan demasiado y aprenden a terminar los llamados rápidamente o a llamar nuevamente más tarde cuando es conveniente. Las condiciones para los llamados telefónicos también pueden variar. Por ejemplo, en nuestra clínica hay terapeutas que (1) toman llamados sólo a través del contestador telefónico y después regresan la llamada (el terapeuta necesita tomar un vaso de agua para “prepararse”; (2) terminan los llamados inmediatamente a determinadas horas a menos que se trate de una emergencia (el terapeuta en este caso tenía que levantarse al alba); (3) Solo regresaba las llamadas a la tarde, sugiriendo que el paciente llamara a emergencia para las crisis durante el día (la agenda del día del terapeuta está demasiado apretada como para permitirse devolver llamadas); (4) terminan los llamados inmediatamente a menos que los pacientes ya hayan realizado un determinado número de habilidades (el terapeuta está cansado de “hacer por” este paciente y cree que es poco terapéutico); o (5) da por terminado los llamados si el paciente consumió alcohol en las últimas 6 horas (el alcohol interfiere con la capacidad del paciente de ser ayudado); o (6) se niega a tomar otra llamada durante esa semana si el paciente llama y después se niega a participar de la resolución del problema (el terapeuta siempre se sentía frustrado después de uno de estos llamados). El punto importante aquí es que cada terapeuta debe configurar sus propios límites, los que a su vez deben ser respetados tanto por el terapeuta como por el equipo y los supervisores.

Conductas Suicidas

Algunos terapeutas tienen más tolerancia para las amenazas de suicidio, especialmente con las muy serias. Algunos están más dispuestos que otros a seguir un plan de tratamiento bien pensado pero riesgoso que los pone en riesgo de ser demandado si el paciente comenta suicidio. Algunos terapeutas están filosóficamente en contra del confinamiento involuntario

para prevenir el suicidio; otros no lo están. Cada terapeuta debe examinar sus propios límites personales en estas áreas. En general los pacientes necesitan saber que la continuación de sus conductas suicidas serias tienen probabilidad, al menos, de tensar los límites del terapeuta. En mi clínica y en las áreas clínicas en las que soy responsable los pacientes que se involucran en conductas letales no tienen permitido tener drogas letales. Algunos riesgos no están dentro de mis límites. Interné pacientes cuando necesitaba un descanso de sus llamados durante las crisis y de sus amenazas de suicidio. Sin embargo, cuando las consecuencias de observar los límites son extremas para los pacientes (ej. Compromiso involuntario), es esencial que el terapeuta advierta al paciente tanto como que observe sus límites personales. El tema de observar los límites personales y las conductas suicidas se desarrolla en mayor profundidad en el capítulo 15.

Comentarios Finales

Es muy importante que el terapeuta esté consciente de las contingencias que está aplicando durante la terapia. Es igualmente importante que esté atento a los efectos de las contingencias en la conducta, sean esos efectos premeditados o no. Muchos terapeutas parecen sentir que es inaceptable influir en los pacientes aplicándoles consecuencias. Las consecuencias positivas son vistas como coimas, y las contingencias negativas vistas como coercitivas, manipulativas, o amenazantes. Muchas veces estos terapeutas valoran la autonomía y creen que la conducta que está bajo el control de la influencia externa no es tan “real” o tan permanente como las conductas que están bajo la influencia del control interno. En otras palabras esos terapeutas valoran las conductas que están bajo el control de la “intención” o la “elección”. Los terapeutas que creen que las intenciones y elecciones inconscientes a veces parecen funcionar como si creyeran que toda conducta está en verdad bajo control de la elección o la intención; la intención o la elección son simplemente conscientes o inconscientes. El objetivo de la terapia en este caso sería el de lograr que todas las conductas sean intencionales y conscientes. Los terapeutas cognitivos conductuales seguramente estarían de acuerdo con este objetivo, al menos en lo que se refiere a las conductas maladaptativas indeseadas.

La diferencia entre una aproximación basada en la “elección” o la “intención” y la terapia cognitiva conductual son dos. Primero, la terapia cognitiva conductual preguntará qué es lo que controla el “elegir” y la “intención”. Si está pregunta se responde diciendo que uno elige lo que quiere o prefiere, ninguna información nueva se agrega. La explicación es post hoc. Los terapeutas cognitivos conductuales sostienen que la elección y la intención son controladas por los resultados, tanto comportamentales como ambientales. La gente elige y tiene intenciones que previamente fueron reforzadas; evitan aquellas que fueron castigadas.

Segundo, los terapeutas cognitivos conductuales no sugerirán que cuando una conducta no está bajo el control de la elección o la intención consciente debe estar bajo el control de la intención inconsciente. Esta sería una aseveración tautológica. En cambio la terapia cognitiva conductual ve la falta de relación entre la elección o la intención y la acción como el problema a ser resuelto. Tal conexión debe ser aprendida. Tal conexión se aprende cuando los resultados refuerzan la conducta que encaja con la intención o la elección previa. Desde esta perspectiva la elección y la intención son actividades cognitivas (incluso cuando debe haber un componente emocional especialmente con la intención). Por

lo que la relación entre elección o intención y acción es una conexión conducta-conducta. La conexión no se supone a priori. El problema con los pacientes borderline es muchas veces la incapacidad que tienen para influir su conducta con sus intenciones, elecciones y compromisos anteriores. Por lo que el terapeuta debe arreglárselas para de forma sistemática reforzar esa conexión conducta- conducta.

Una fe excesiva en la elección como determinante de la conducta ignora el rol de la capacidad comportamental. La noción de elección supone la libertad de poder seguir las propias elecciones. Uno no puede hacer aquello que es incapaz de hacer no importa cuántas veces o cuan seguido elija hacerlo. Los pacientes borderline son incapaces de controlar su conducta en la manera en que ellos y sus terapeutas quisieran que lo hicieran. Aunque las contingencias a veces crean capacidades allí donde no había ninguna o había pocas anteriormente, las buenas intenciones son insuficientes para lograr control conductual y el cambio.

11

Procedimientos de Cambio: Parte II. Entrenamiento en Habilidades Exposición y Modificación Cognitiva

Marsha Linehan

PROCEDIMIENTOS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades son necesarios cuando la resolución de un problema requiere de habilidades que no están en el repertorio conductual actual del individuo. Esto significa que bajo circunstancias ideales (donde la conducta no es interferida por el miedo, por motivaciones conflictivas, por creencias poco realistas, etc), el individuo no puede producir las conductas requeridas. El término “habilidad” como se lo utiliza en DBT es sinónimo de “capacidad”, e incluye en un sentido amplio el repertorio de respuestas cognitivas, emocionales y conductuales (o de acción) junto con su integración, necesaria para una performance efectiva. La efectividad es medida tanto por las consecuencias directas como indirectas de la conducta. Una conducta efectiva puede definirse como aquella que lleva a un máximo de consecuencias positivas con un mínimo de consecuencias negativas. Entonces “Habilidad” se utiliza tanto en el sentido de “usando medios habilidosos” como en el sentido de responder en una situación de manera efectiva y adaptativa.

La integración de las habilidades se enfatiza en DBT porque muchas veces el individuo tiene las conductas que componen una habilidad pero no puede usarlas juntas de manera coherente cuando es necesario. Por ejemplo, todo el mundo tiene la palabra “no” en su repertorio. Pero una persona puede no ser capaz de ponerla junto con otras palabras en una frase habilidosa para rechazar una invitación sin importunar a la persona que ofrece la invitación. Una respuesta interpersonal habilidosa requiere poner juntas las palabras que uno ya conoce en oraciones efectivas, con un apropiado lenguaje corporal, entonación, contacto visual, etc. El componente de la habilidad es raramente novedoso; la combinación sin embargo, lo es. En DBT casi toda conducta deseada puede ser pensada como una habilidad. Esto es, afrontar efectivamente los problemas mientras se evitan conductas maladaptativas o respuestas inefectivas es considerado como el resultado de la utilización de las habilidades propias. El objetivo de DBT es reemplazar conductas no habilidosas, inefectivas y maladaptativas con respuestas habilidosas.

Durante el entrenamiento de habilidades, y de forma más general a través de todo DBT, el terapeuta insiste en toda oportunidad en que el paciente se involucre activamente en la adquisición y práctica de las habilidades que necesita para afrontar su vida. El terapeuta desafía repetida, intencional y directamente el estilo pasivo de resolución de problemas del paciente. Los procedimientos descritos más abajo pueden ser aplicados informalmente por todo terapeuta cuando sea apropiado pero son aplicados de manera más formal y estructurada durante los módulos de entrenamiento de habilidades (descritos en el manual que acompaña este volumen).

Existen tres tipos de procedimientos de entrenamiento de habilidades: (1) Adquisición de Habilidades (ej. Instrucción, modelado); (2) Fortalecimiento de la habilidad (ej. Ensayo conductual, feedback); y (3) Generalización de las habilidades (ej. Tareas para el hogar, discusión sobre las similitudes y diferencias entre situaciones). En la adquisición de habilidades el terapeuta trata de enseñar nuevas habilidades. En el fortalecimiento y la generalización el terapeuta trata de mejorar las habilidades e incrementar la probabilidad de que la persona las utilice en una situación relevante. El fortalecimiento y la generalización de las habilidades, a su vez, requiere de la aplicación de estrategias de manejo de contingencias, y procedimientos de exposición y de modificación cognitiva. Esto significa que una vez que el terapeuta está seguro de que un patrón de respuesta en particular se encuentra dentro del repertorio conductual del paciente, entonces se aplican otros procedimientos para incrementar el uso de estos patrones en la vida diaria. Es este énfasis en la enseñanza activa y consciente, típica de las terapias cognitivas conductuales, lo que diferencia DBT de muchos otros tratamientos para pacientes borderline. Alguno de los procedimientos de entrenamiento de habilidades, sin embargo, son idénticos a aquellos utilizados en la psicoterapia de apoyo dinámica.

El objetivo del entrenamiento en habilidades es determinado por los parámetros de DBT (ej. Mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades de self management), así como por el análisis conductual en cada caso individual. Casi cualquier patrón de conducta que el individuo no tenga en su repertorio conductual pero que sería útil para mejorar su vida puede ser un objetivo de entrenamiento en habilidades. La elección sobre un procedimiento específico (ej. Adquisición vs. Fortalecimiento) depende de las habilidades que el paciente ya tiene.

Orientando y Generando compromiso hacia el Entrenamiento de Habilidades: Revisión de la Tarea

Orientar es el medio principal por el que el terapeuta vende tanto las nuevas conductas y el valor que tiene aprenderlas como la probabilidad de que los procedimientos DBT funcionen. El entrenamiento de habilidades sólo puede realizarse si la persona colabora activamente con el programa de tratamiento. Algunos pacientes tienen tanto un déficit en sus habilidades como temor de adquirir nuevas habilidades. Puede ser útil señalar que aprender nuevas habilidades no necesariamente significa que uno tenga que utilizarlas. Es decir que el paciente puede adquirir las habilidades y después elegir cuándo usarlas y cuándo no. El problema del paciente es parecido al que tienen las personas con temor a volar. No quieren reducir su temor porque entonces tendrán que volar. A veces un paciente no quiere aprender nuevas habilidades porque ha perdido la esperanza de que alguna cosa pueda realmente ayudarlo. Para mí es útil señalar que las habilidades que les estoy enseñando me ayudaron y también les fueron útiles a otras personas que conozco. Sin

embargo ningún terapeuta puede asegurar por adelantado que una habilidad en particular ayudará a un individuo en particular.

Antes de enseñar alguna habilidad nueva el terapeuta debe dar una explicación (u obtenerla de una manera socrática de los pacientes) de por qué esa habilidad en particular o ese conjunto de habilidades puede ser útil. A veces esta tarea llevara solo un par de comentarios y otras requerirá una discusión más extensa. (Explicaciones sobre cada una de las habilidades se presentan en el manual que acompaña a este texto). En la resolución de problemas individuales esto generalmente ocurre durante la etapa de análisis de las soluciones. En algún momento el terapeuta debe explicar la lógica de sus métodos de enseñanza – esto es, la explicación de los procedimientos de entrenamiento en habilidades de DBT. El punto más importante, y debe repetirlo tan seguido como sea necesario, es que el aprendizaje de una nueva habilidad requiere de práctica, práctica, práctica. Igualmente importante es que la practica se realice en las situaciones donde la habilidad es necesaria. Si el paciente no puede entenderlo no hay mucha esperanza de que aprenda nada nuevo.

PROCEDIMIENTOS DE ADQUISICIÓN DE HABILIDADES

Los procedimientos de adquisición de habilidades se preocupan por remediar los déficit de habilidades. DBT no supone que todos los problemas, ni la mayoría de ellos, de los pacientes borderline son de naturaleza motivacional. En cambio, la capacidad del paciente en esa área en particular es evaluada, y los procedimientos de adquisición de habilidades se utilizan si existe un déficit. A veces, en lugar de utilizar otros medios de evaluación, el terapeuta emplea los procedimientos de adquisición de habilidades y observa si se produce algún cambio en la conducta.

Un nota sobre la evaluación de capacidades

Puede ser muy difícil saber con pacientes borderline si son incapaces de hacer algo o si son capaces pero se ven inhibidos emocionalmente o limitados por factores ambientales. Aunque ésta es una pregunta difícil con cualquier población, puede ser particularmente difícil con los individuos borderline por su incapacidad para analizar su propia conducta y capacidades. Por ejemplo, confunden muchas veces el tener miedo de hacer algo con no ser capaces de hacerlo. Además existen poderosas contingencias en contra de que admitan que tienen alguna habilidad conductual, como ya desarrolle en el capítulo 10. Una preocupación particular aquí es el temor de que si admiten tener capacidades, el terapeuta pueda decidir (prematuramente) dar por terminada la terapia. O el paciente puede temer que si se sabe que es capaz de hacer algo en un contexto, el terapeuta piense que es capaz de hacerlo en todos los contextos, incluyendo aquellos en donde no puede hacerlo. El terapeuta retirará entonces su asistencia, asistencia que el paciente todavía necesita, posibilitando un nuevo fracaso (con todas las pérdidas asociadas y los demás problemas que éste podría causar). Los pacientes también pueden decir que no saben cómo se sienten o qué es lo que piensan, o que no pueden encontrar las palabras, cuando en verdad tienen temor de expresar sus pensamientos y emociones. Como muchos pacientes dicen, muchas veces no quieren sentirse vulnerables. Finalmente, a algunos pacientes sus familias y terapeutas les enseñaron a ver sus problemas como un problema de motivación. Pueden haber “comprado” este punto de vista completamente (pensar que podrían hacer todo lo que quisieran pero que en verdad no lo desean) o revelarse completamente y nunca entrever la

posibilidad de que factores motivacionales puedan ser tan importantes como los factores relacionados con la capacidad (creen que no pueden hacer nada, y esto incluye el aprender maneras más adaptativas de comportarse).

Algunos terapeutas responden a las afirmaciones de los clientes sobre que son incapaces de hacer nada con afirmaciones igualmente polarizadas de que podrían si tan sólo lo intentaran. Fallar en comportarse de una manera habilidosa y reclamar que no se sabe cómo actuar de manera diferentes es visto como resistencia (o al menos como determinado por motivos que están fuera de la conciencia del paciente). Dar consejos, prestar asistencia, dar sugerencias o enseñar nuevas conductas es visto como una manera de alentar la dependencia y la necesidad de gratificación que entorpece el camino de la “verdadera” terapia. Otros terapeutas, por supuesto, caen en la trampa de creer que estos pacientes casi no pueden hacer nada. A veces van tan lejos como para creer que los pacientes son incapaces de aprender nuevas habilidades. Aceptación, nutrición e intervenciones ambientales constituyen el armamento de estos terapeutas. No es sorprendente, cuando estas dos orientaciones coexisten dentro de un mismo equipo de tratamiento, que aparezcan el conflicto y la “escisión del equipo”. Una aproximación dialéctica sugiere buscar una síntesis (Desarrollaré este tema más adelante en el Capítulo 13).

Para evaluar si un patrón conductual está dentro del repertorio de un paciente, el terapeuta debe encontrar la manera de generar las condiciones ideales para que se produzca la conducta. Para las conductas interpersonales, una aproximación podría ser un rol playing en el consultorio- o, si el paciente se niega, pedirle que describa qué es lo que diría en una situación en particular. Muchas veces me asombra que individuos que parecen muy habilidosos interpersonalmente no puedan dar respuestas razonables en ciertas situaciones de rol playing, cuando individuos que parecen pasivos, dóciles y poco habilidosos son muchas veces capaces de responder de manera habilidosa en la seguridad del consultorio. Al analizar la tolerancia al malestar, el terapeuta puede pedirle al paciente que describa qué técnicas usa o piensa que son útiles para tolerar las situaciones difíciles o estresantes. La regulación emocional puede a veces evaluarse interrumpiendo la sesión y pidiéndole al paciente que intente cambiar su estado emocional. Las habilidades de self-managment y las habilidades de mindfulness pueden ser analizadas al observar la conducta del paciente en sesión y preguntando sobre su conducta en la vida diaria.

Si el paciente produce la conducta, el terapeuta sabrá que la conducta está en su repertorio. Sin embargo, si no lo hace, el terapeuta no puede estar seguro; como en la estadística no hay manera de poner a prueba la hipótesis nula. Cuando se está en duda (lo que muchas veces será el caso), es mejor seguir con los procedimientos de adquisición de habilidades. Generalmente, no hay ningún daño en hacerlo, y la mayoría de los procedimientos también afectan otros factores relacionados con la conducta habilidosa. Por ejemplo, tanto el instruir como el modelado (los principales procedimientos de adquisición) pueden funcionar porque le dan “permiso” al individuo para realizar la conducta y esto reduce las inhibiciones más que porque agregue una conducta al repertorio conductual de la persona. Estos dos procedimientos básicos son descritos más abajo y resumidos en la tabla 11.1.

1. INSTRUCCIONES

Las instrucciones son descripciones verbales de los componentes de la respuesta a ser aprendidos. De acuerdo con las necesidades del paciente, pueden variar desde guías

generales (“Cuando reestructures tus pensamientos asegúrate de chequear la probabilidad de que las consecuencias esperadas ocurran”, “Pensá de manera reforzante”) a sugerencias específicas sobre qué es lo que el paciente debe hacer (“En el momento en que la urgencia aparece, quiero que vayas a la heladera, agarres un cubo de hielo y lo mantengas en tu mano por 10 minutos”) o pensar (“Repetite una y otra vez: “Puedo hacerlo””). Pueden presentarse de una manera didáctica con un formato de conferencia con un pizarrón como ayuda. En DBT estándar se entregan instrucciones escritas sobre cada habilidad (ver el manual que acompaña este volumen); aunque también pueden darse otros libros de autoayuda. Las instrucciones pueden proporcionarse como si fueran hipótesis a ser consideradas, pueden ser presentadas como una tesis y una antítesis a ser sintetizadas o pueden ser extraídas del paciente utilizando el método socrático. En todos los casos el terapeuta debe ser cuidadoso de no sobresimplificar la facilidad de comportarse de manera habilidosa o de aprender la habilidad.

Tabla 11.1 Checklist de Procedimientos de Adquisición de Habilidades

- T evalúa las capacidades relevantes a los objetivos.
 - T crea las circunstancias que conducen a la performance de las habilidades que P tiene.
 - T observa la conducta de P en sesión y en las consultas telefónicas.
 - T pregunta a P como manejaría idealmente una situación o un problema.
 - T le pide a P que intente una nueva conducta, como cambiar una emoción, durante la sesión o en la interacción telefónica.
 - T realiza un rol playing con P
 - T INSTRUYE a P en la habilidad que va a aprender
 - T especifica las conductas necesarias y su patrón en términos lo suficientemente concretos como para que P lo entienda.
 - T segmenta las instrucciones en pasos fáciles de seguir.
 - T comienza con una tarea simple relacionada con las capacidades y temores de P y entonces procede a aspectos más difíciles de la habilidad.
 - T otorga ejemplos de la habilidad a aprender.
 - T le da a P un folleto que describa la habilidad
 - T MODELA la habilidad conductual
 - T realiza un rol playing con P.
 - T utiliza conductas habilidosas cuando interactúa con P.
 - T piensa en voz alta, utilizando autodiálogos que modelen un pensamiento adaptativo.
 - T devela el uso que él le dio a las conductas habilidosas en su propia vida.
 - T cuenta historias que ilustren la utilización de las conductas habilidosas.
 - T señala modelos en el ambiente para que P observe.
 - Otras personas que P conoce que tienen la conducta habilidosa.
 - Figura públicas que muestren la conducta habilidosa.
 - Libros (ej. Biografías), películas.
-

2. MODELADO

El modelado puede ser realizado por el terapeuta, por otras personas en el contexto del paciente, por grabaciones de audio y video o material impreso. Cualquier procedimiento que le dé al paciente ejemplos de respuestas alternativas apropiadas es una forma de modelado. La ventaja del modelado realizado por el terapeuta es que la situación y los materiales pueden disponerse para alcanzar las necesidades del paciente.

Existen un número de maneras en que el terapeuta puede modelar una conducta habilidosa. En sesión puede realizarse un rol playing para mostrar conductas interpersonales apropiadas. Cuando surgen situaciones entre el paciente y el terapeuta similares a las que el paciente encuentra en su ambiente natural el terapeuta puede modelar el manejo efectivo de la situación. El terapeuta también puede utilizar autodiálogos (hablando en voz alta) para modelar afirmaciones de afrontamiento, auto instrucciones, o reestructurando expectativas y creencias problemáticas. Por ejemplo, el terapeuta puede decir, “Ok, esto es lo que me diría a mí mismo “Estoy abrumado ¿Qué es lo primero que tengo que hacer cuando me siento abrumado? Desarmar la situación en partes y hacer una lista. Y después hacer la primero cosa de la lista”. Contar historias, relacionar eventos históricos, o dar ejemplos alegóricos (Ver Capítulo 7) muchas veces pueden ser maneras útiles para mostrar estrategias de vida alternativas. Finalmente las autodevelaciones del terapeuta pueden utilizarse para modelar conductas alternativas, especialmente si el terapeuta tuvo problemas en su vida similares a los que el paciente está afrontando actualmente. Esta táctica se discute en mayor profundidad en al Capítulo 12.

Además del modelado dentro de la sesión, puede ser útil que el paciente observe conductas y respuestas de personas competentes en su propio ambiente. Las conductas que observa pueden discutirse y practicarse para su uso eventual por parte del paciente. Modelos escritos de cómo aplicar cierta sugerencia terapéutica también puede ser útil. Biografías, autobiografías y novelas sobre personas que afrontaron problemas similares también dan nuevas ideas. También es útil discutir con el paciente cualquier conducta modelada por el terapeuta o presentada como modelo afuera de la terapia, para estar seguro de que el paciente está observando las respuestas relevantes.

PROCEDIMIENTOS DE FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES

Una vez que la conducta fue adquirida, los procedimientos de fortalecimiento de la habilidad se utilizan para dar forma, perfeccionar, e incrementar la probabilidad de que se la utilice. Si la práctica no es reforzada, la habilidad no es aprendida; no puede enfatizarse este punto por demás, ya que la práctica de habilidades es una conducta que requiere esfuerzo y que va directamente en contra de la tendencia de los pacientes de usar un estilo de conducta pasivo. Los procedimientos de fortalecimiento de las habilidades se resumen en la tabla 11.2.

1. ENSAYO CONDUCTUAL

Un ensayo conductual es cualquier procedimiento en el que el paciente practique las respuestas que aprendió. Puede realizarse en las interacciones con el terapeuta, en situaciones simuladas, o en vivo. Cualquier conducta habilidosa puede, en principio, ser practicada: por ej. secuencias verbales, acciones no verbales, patrones de pensamiento o resolución de problemas cognitivo, y algunos de los componentes fisiológico y de respuesta emocional.

Tabla 11.2. Checklist de Procedimientos de Fortalecimiento

- T usa ENSAYO CONDUCTUAL.

- T realiza rol playing con P.
- T guía a P en la práctica en sesión.
- T guía a P en la práctica imaginaria (encubierta).
- T guía a P en la práctica en vivo.

- T REFUERZA las habilidades conductuales

- T le da a P FEEDBACK conductual específico.

- T Realiza COACH P.

Tácticas AntiDBT

- T castiga o ignora las conductas de P que representan progresos, y en cambio hace que T se sienta incómodo.

- El terapeuta focaliza el feedback en los motivos más que en la performance.

- T no da información sobre la relación entre los motivos inferidos y las conductas específicas.

- T le da a P feedback sobre cada detalle en vez de seleccionar los puntos importantes.

El ensayo puede ser abierto o encubierto. Varias formas de ensayo abierto son útiles. Por ejemplo, el terapeuta y el paciente pueden hacer un rol playing de la situación problemática así el paciente puede practicar el responder apropiadamente. Puede utilizarse biofeedback, un método de práctica del control de las respuestas fisiológicas, o el terapeuta le puede pedir al paciente que se relaje durante la sesión. En el aprendizaje de habilidades cognitivas, se le puede pedir al paciente que verbalice las afirmaciones efectivas. En el caso específico de la reestructuración cognitiva se le puede pedir al paciente que primero observe y verbalice las creencias, reglas y expectativas disfuncionales generadas por la situación problemática, y después reestructure estas creencias generando afirmaciones de afrontamiento más útiles. El ensayo encubierto –esto es que el paciente practique la respuesta requerida en la imaginación- también puede ser una manera efectiva de fortalecer las habilidades. Puede ser más efectivo que el ensayo abierto para la enseñanza de habilidades cognitivas más complejas, y también es útil cuando los pacientes se niegan a participar de un ensayo abierto. Se le puede pedir a un paciente que practique regulación emocional, sin embargo “la conducta emocional” generalmente no puede practicarse de forma directa. El paciente no puede practicar enojarse, sentirse triste o experimentar alegría. Pero sí puede practicar componentes específicos de la emoción (cambiar la

expresión facial, generar pensamientos que generen o inhiban la emoción, cambiar la tensión muscular, etc.).

En mi experiencia, a los pacientes raramente les gustan los ensayos conductuales, lo que significa que es necesario utilizar una gran cantidad de persuasión y de moldeamiento (shaping). Si el paciente no realizara el rol playing de una situación interpersonal, por ejemplo, el terapeuta puede tratar de que la sobrelleve a través del diálogo (“Entonces ¿Qué puedes decir?”), o tratar de practicar solo una parte de una nueva habilidad así el paciente no se siente abrumado. La esencia del mensaje aquí es que para lograr ser diferente el paciente debe practicar el actuar diferente. A algunos terapeutas tampoco les gusta el ensayo conductual, especialmente cuando requiere que uno realice un rol playing con el paciente. Cuando el terapeuta se siente incómodo o con vergüenza realizando rol playing, la mejor solución es que practique con otros miembros del equipo. Otras veces, el terapeuta se resiste al rol playing porque no quiere presionar al paciente a realizar un ensayo conductual. Tal terapeuta puede no ser conciente de la cantidad abundante de datos que indican que el ensayo conductual está relacionado con la mejoría terapéutica (ej. Linehan et al., 1979).

2. REFUERZO DE LAS NUEVAS HABILIDADES

El refuerzo por parte del terapeuta de las conductas del paciente es uno de los medios más poderosos de moldeamiento y de fortalecimiento de las habilidades conductuales de los pacientes con conductas suicidas y pacientes borderline. Frecuentemente estos pacientes vivieron en ambientes que abusaban del castigo. Ellos esperan el feedback negativo o el castigo del mundo en general y de su terapeuta en particular, y aplican frases autopunitivas como estrategia casi exclusiva para moldear su propia conducta. A largo plazo el refuerzo por parte del terapeuta puede mejorar la autoimagen del paciente, incrementar el uso de conductas habilidosas, y aumentar el sentido de control sobre los resultados positivos en su vida.

La técnica de otorgar un refuerzo adecuado se discutió de manera extensa en el Capítulo 10. Aquí, sin embargo, es importante señalar que el terapeuta debe estar alerta a percibir las conductas del paciente que representen una mejoría, incluso si esto hace que el terapeuta se sienta incómodo. Por ejemplo enseñar habilidades interpersonales para ser utilizadas con los padres pero luego castigar o ignorar las mismas habilidades cuando son utilizadas en la sesión no es terapéutico. Alentar al paciente a pensar por sí mismo, pero después castigarlo o ignorarlo cuando está en desacuerdo con el terapeuta no es terapéutico. Destacar que “no encajar” en todas las circunstancias no es un desastre y que el malestar puede tolerarse, pero después no tolerar que el paciente no encaje en el programa o en las nociones preconcebidas de cómo un paciente borderline tiene que actuar, no es terapéutico.

3. FEEDBACK Y COACHING

La respuesta de feedback es otorgar información al paciente sobre su performance. Resalto que el feedback debe dirigirse a la performance y no a los motivos que supuestamente llevaron a la performance. Uno de los factores desafortunados en la vida de muchos individuos borderline es que las personas pocas veces les dieron feedback sobre su conducta que no estuviera contaminada de la interpretación sobre sus posibles motivos o intenciones. Cuando los presuntos motivos que les atribuyen son inexactos, muchas veces el individuo descarta o se distrae del valioso feedback que puede estar recibiendo sobre su propia conducta. El feedback del terapeuta debe ser conductual y específico; esto significa, el terapeuta debe decirle al paciente exactamente qué es lo que está haciendo que parece indicativo de que los problemas continúan o que hay algún progreso. Decirle a un paciente que es manipulativo, que expresa una necesidad de control, que esta sobrerreaccionando, siendo dependiente, o realizando un acting out simplemente no ayuda si no hay referentes conductuales claros para esos términos. Eso es, por supuesto, especialmente cierto cuando el terapeuta está señalando una conducta problema correctamente pero infiriendo incorrectamente las motivaciones. Muchas de las discusiones entre pacientes y terapeutas se deben a esta falta de exactitud.

El terapeuta debe prestar atención a la conducta del paciente (tanto dentro de la sesión como a las conductas que reporta entre sesiones) y seleccionar aquellas respuestas sobre las que el paciente debe recibir feedback. Al comienzo de la terapia, cuando el paciente hace pocas cosas que parecen competentes, el terapeuta está en general advertido de dar feedback sobre el número limitado de respuestas componentes. Por ejemplo, el terapeuta puede limitar su feedback a una o dos respuestas que es preciso mejorar, incluso cuando otros déficits pueden comentarse. Dar feedback sobre un mayor número de respuestas puede llevar a una sobrecarga de estímulos y/o ser contraproducente para la tasa de progreso. El paradigma de respuesta del moldeamiento (Shaping) (Desarrollado de manera más extensa en el Capítulo 10) debe utilizarse con el feedback; el coaching y los refuerzos diseñados para alentar las sucesivas aproximaciones a una objetivo de performance efectiva.

Los pacientes borderline muchas veces desean feedback sobre su conducta, pero al mismo tiempo son muy sensibles al feedback negativo. La solución aquí es rodear el feedback negativo con feedback positivo. Tratar al paciente como demasiado frágil para tolerar el feedback negativo no es actuar a su favor. Una importante parte del feedback es dar información sobre los efectos de la conducta del paciente en el terapeuta. Esto se discute de manera más extensa en el Capítulo 12 en conexión con las estrategias de comunicación recíproca.

El coaching es la combinación de feedback con instrucción. El terapeuta le dice al paciente cómo la respuesta discrepa del criterio o de la performance habilidosa y cómo puede mejorarla. Es decir, coaching es decirle al paciente qué hacer o cómo mejorar. La práctica clínica sugiere que el “permiso” para comportarse de determinada manera que está implícito en el coaching es muchas veces todo lo que se necesita para lograr un cambio de conducta.

PROCEDIMIENTOS DE GENERALIZACIÓN DE LAS HABILIDADES

DBT no presume que las habilidades aprendidas durante la terapia necesariamente se generalizarán a las situaciones de la vida diaria externas a la terapia. Por lo tanto es muy importante que el terapeuta activamente aliente la transferencia de las habilidades. Un número específico de procedimientos para lograrlo se desarrollan más abajo y se resumen en la tabla 11.3.

Tabla 11.3. Checklist Procedimientos de Generalización de Habilidades

- T genera un PROGRAMA DE GENERALIZACIÓN de las habilidades.
 - T enseña una variedad de respuestas habilidosas para cada situación.
 - T varía las situaciones de entrenamiento para la práctica de habilidades.
 - T duplica dentro de la relación terapéutica características importantes de las relaciones interpersonales de P fuera de la terapia.
 - T CONSULTA a P entre las sesiones para aplicar las habilidades en vivo.
 - T asiste a P en la aplicación de las habilidades en las situaciones problemáticas vía los llamados telefónicos.
 - T le da una GRABACIÓN de la sesión para que P la escuche entre las sesiones
 - T da TAREAS DE ENSAYO CONDUCTUAL
 - En DBT estándar (con terapia individual separada del entrenamiento en habilidades) el terapeuta individual le da a P tareas específicas para que practique con el coordinador del grupo de habilidades; el coordinador del grupo de habilidades le da tareas específicas para que practique con el terapeuta individual.
 - T relaciona las tareas con las necesidades y capacidades de P; T utiliza los principios del moldeamiento (Shaping).
 - T ayuda a P a CREAR UN AMBIENTE que refuerce sus conductas habilidosas.
 - T le enseña a P como conseguir refuerzo de la comunidad natural de P.
 - T le enseña a P conductas que encajen con las contingencias naturales en el ambiente de P.
 - T le enseña a P habilidades de self management, especialmente cómo estructurar su ambiente.
 - T es explícito y firme hacia la necesidad de refuerzo de P o el arreglo del refuerzo ambiental de respuestas deseables si es que la vida de P va a cambiar.
 - En las sesiones de familia o de pareja, T resalta la necesidad de refuerzo social para las conductas adaptativas y la reducción del castigo de las conductas adaptativas.
 - T desvanece el refuerzo hasta llegar a un programa de refuerzo intermitente, de tal forma que el refuerzo de T es menos frecuente que el refuerzo ambiental.
-

1. PROGRAMANDO LA GENERALIZACIÓN

En cada paso del entrenamiento de habilidades el terapeuta debe activamente programar dos tipos de generalización. En la del primer tipo, técnicamente llamada “Generalización de la respuesta”, el terapeuta se ocupa de que la habilidad aprendida sea general y flexible, de tal forma que en la mayoría de las situaciones el paciente tenga un número de conductas opcionales para elegir. Al aplicar los procedimientos descritos más arriba, el terapeuta debe ser cuidadoso de modelar, instruir, reforzar, y prescribir una variedad de respuestas habilidosas para cada situación. Por ejemplo, cuando genera soluciones habilidosas para situaciones problemáticas, el terapeuta debe ayudar al paciente a pensar un número de

respuestas diferentes más que detenerse una vez que se sugiere una respuesta habilidosa. De manera similar una variedad de respuestas diferentes deben ser modeladas y reforzadas para el mismo tipo de situación. En el segundo tipo, técnicamente llamado “generalización del estímulo”, el terapeuta se ocupa de que las habilidades aprendidas en una situación se generalicen a otros contextos. La mayoría de los procedimientos listados más abajo están diseñados para aumentar este tipo de generalización. La idea básica es que el terapeuta debe alentar al paciente a utilizar estas habilidades en tantos contextos como sea posible. Es especialmente importante que el terapeuta intente duplicar en la relación terapéutica características importantes de las relaciones interpersonales del paciente afuera de la terapia. Una manera de hacer esto, mientras se sigue siendo genuino, es resaltar las similitudes entre las situaciones exteriores y los problemas e interacciones que suceden dentro de la terapia.

2. CONSULTA ENTRE SESIONES

Se debe alentar al paciente a buscar ayuda entre las sesiones si es incapaz de aplicar las nuevas habilidades en su ambiente natural. En la terapia individual esta consulta se obtendrá a través de los llamados telefónicos al terapeuta. Otra técnica, desarrollada por Charles Swenson en el Cornell Medical Center / New York Hospital at White Plains que se desarrolla más detalladamente en el Capítulo 6, es proveer de un consultor conductual que tenga día y horarios fijos cuya tarea sea la de ayudar a los pacientes a aplicar sus habilidades en la vida diaria. Durante las internaciones se puede alentar a los pacientes a buscar ayuda de los miembros del staff cuando tengan dificultades.

Durante estas interacciones el terapeuta y el paciente pueden discutir sobre la aplicación de habilidades relevantes en las situaciones reales de la vida del paciente. En general esta interacción se da con un formato de resolución de problemas, con el terapeuta siendo cuidadoso de que el paciente arribe a soluciones efectivas o de utilizar sus habilidades, más que simplemente dándole las soluciones al paciente. Es más probable que se ceda a la tentación de dar soluciones en vez de trabajar con el paciente cuando el terapeuta tiene poco tiempo o no quiere que el paciente lo moleste en ese momento. En estos casos, es preferible que el terapeuta le pida al paciente que llame de nuevo o que venga en un horario más conveniente. Los llamados telefónicos y otras estrategias de consultas ad hoc se discuten en mayor detalle en el Capítulo 15.

2. DAR UNA GRABACIÓN DE LA SESIÓN

Todas las sesiones de terapia deberían grabarse para que puedan evaluarse y supervisarse. Una segunda grabación puede realizarse para el paciente; el paciente puede oír la grabación entre las sesiones. Existen varias razones para utilizar estrategias de monitoreo grabado. Primero, a causa de los grandes niveles de activación emocional que los pacientes tienen durante las sesiones, pueden surgir dificultades de concentración que acompañan a la ansiedad y a la depresión, o respuestas disociativas durante las cuales el paciente es incapaz de atender a lo que se le transmite. El paciente puede mejorar su capacidad para retener el material que se le ofrece durante la sesión oyendo la grabación. Segundo, escuchar la

grabación puede otorgar al paciente importantes insight sobre su conducta, sobre las reacciones del terapeuta hacia su persona, y sobre la interacción entre ambos. Tercero, escuchar la grabación en su casa puede ayudar a que el paciente use e integre este material en su contexto natural. Esencialmente esta reaprendiendo los insight terapéuticos fuera de la sesión. Finalmente, muchos pacientes relatan que escuchar las grabaciones les sirvió cuando se sentían abrumados, en pánico, o incapaces de afrontar las situaciones. Escuchar la grabación simplemente había tenido casi el mismo efecto que tener otra sesión extra con el terapeuta. Este tipo de uso a las grabaciones debe alentarse.

Muchos problemas pueden surgir al darle al paciente grabaciones para que las revise. Uno de los problemas es que el paciente puede no poder pagar los cassettes o cds. Si efectivamente este es el caso, (y muchas veces lo es), se le deben dar al paciente varios cassettes en blanco al comienzo de la terapia para que los utilice. Se le debe prestar un grabador y el problema de obtener el dinero para comprar su propio grabado o conseguir uno prestado debe ser un tema abordado con estrategias de resolución de problemas. Si no se encuentran ninguna otra solución se deben arreglar las cosas de tal forma que el paciente pueda escuchar las grabaciones en el consultorio del terapeuta. Otras veces el paciente puede olvidarse de traer la grabación a sesión. Si escuchar la grabación es una parte integral de la terapia, tal olvido debe analizarse y ser tratado como una conducta que atenta contra la terapia. Finalmente un paciente puede sostener que es incapaz de escuchar las sesiones por qué le resulta incomodo escucharse a ella misma. En esta circunstancia el terapeuta puede señalar que la mayoría de los pacientes encuentran difícil escuchar las sesiones al principio, pero que con el tiempo el escucharlas no sólo se vuelve más fácil sino que también puede ser muy beneficioso. Sin embargo, escuchar las grabaciones no puede volverse una lucha de poder dentro de la sesión de terapia. Si el paciente se niega firmemente a escuchar las grabaciones, sus deseos deben respetarse. El tema puede reintroducirse ocasionalmente durante el tratamiento para ver si el paciente puede ser persuadido de cambiar de idea.

4. ENSAYOS CONDUCTUALES EN VIVO

Las tareas semanales son una parte importante de los módulos estructurados de aprendizaje de habilidades y son la principal manera en que se busca la generalización de las habilidades a la vida diaria. Es esencial entonces que tanto el entrenador como el terapeuta individual se ocupen de que la tarea se realice, pregunten cómo resulto realizarla, y ayuden a sobrepasar los obstáculos que puedan haber surgido en la realización de la práctica asignada. No hay suficiente tiempo durante el entrenamiento de habilidades para prestarle atención a los problemas individuales. Los pacientes muchas veces se resisten a admitir o discutir sus dificultades. DBT estándar combina entrenamiento en habilidades con terapia individual. Es esencial que el terapeuta individual se focalicen en ayudar al paciente a aplicar las habilidades que está aprendiendo a los problemas por los que busca ayuda. No es necesario decir que el terapeuta individual debe estar al tanto de lo que el paciente está aprendiendo en el grupo de habilidades.

Las tareas que son asignadas en el grupo son claves para las habilidades que están siendo enseñadas. El terapeuta individual, sin embargo, puede querer usar alguna tarea y los formularios que las acompañan durante la terapia, en base a su necesidad. En la terapia

individual, el uso de formularios de tareas pueden asociarse con las necesidades del individuo. Por ejemplo, una de estos formularios se focaliza en identificar y etiquetar emociones, y lleva al paciente por una serie de pasos para ayudarlo a clarificar qué es lo que está sintiendo. El terapeuta individual puede sugerir que el paciente use este formulario cuando está abrumada por sus emociones. El manual que acompaña este volumen contiene una larga lista de formularios para asignación de tareas, que son enseñadas en el grupo de habilidades DBT. No hay razón, por supuesto, para que el terapeuta individual no lea estos formularios para encontrar aquellos que les puedan servir a sus pacientes o le sean útiles según su preferencia o necesidad.

Usando estrategias de consulta al paciente en el desarrollo de la tarea. En DBT estándar los pacientes muchas veces se quejan de un terapeuta mientras están interactuando con otro terapeuta del programa. Tales quejas también se oyen en las clínicas, en los tratamientos en hospital de día, durante las internaciones. Los problemas con otros terapeutas en el programa de tratamiento otorgan una oportunidad para que el terapeuta y el paciente trabajen una variedad de habilidades, que pueden entonces practicarse con el otro terapeuta.

Por ejemplo (como muchas veces sucede en mi programa), un paciente se queja a su terapeuta individual sobre que el coordinador del grupo de habilidades esta siendo poco razonable o está cometiendo algún error de otro tipo. El terapeuta individual debe responder ayudando al paciente a analizar la situación y a determinar qué grupo de habilidades sería la más apropiada o útil de practicar con el otro terapeuta. El paciente puede practicar habilidades interpersonales para que el coordinador cambie su conducta. O puede ser una oportunidad para practicar estrategias de tolerancia al malestar – aceptando como son tanto al grupo de habilidades como las propias emociones que el grupo genera. O si la emoción es particularmente intensa o dolorosa, puede ser una oportunidad para que el paciente trate de modular la emoción o cambiar la respuesta emocional para este tipo particular de problema interpersonal. Todo el tiempo el terapeuta individual debe prestar particular atención en ayudar al paciente a practicar sus habilidades mindfulness en la situación, particularmente las de no emitir juicio. En la siguiente sesión el paciente y el terapeuta pueden revisar como fue la práctica de la habilidad. Casi tan seguido como en el caso anterior las quejas van en la otra dirección: Los pacientes se quejan de sus terapeutas individuales durante el entrenamiento en habilidades. El coordinador del grupo entonces ayuda al paciente a pensar como las habilidades podrían servirle con su terapeuta individual.

Con los pacientes suicidas puede ser útil que practiquen nuevas habilidades, particularmente en sus comunicaciones sobre sus conductas suicidas, con pacientes internados y personal de emergencias. Por ejemplo, los pacientes pueden practicar habilidades interpersonales para ingresar a la internación, para conseguir una externación, para lograr mayor (o menor) atención de parte del personal, apaciguar las preocupaciones del personal de emergencias, prevenir internaciones involuntarias, etc. Las habilidades de tolerancia al malestar y de regulación emocional pueden practicarse si las reglas son arbitrarias, las restricciones poco razonables, y las demandas abrumantes. Enseñar a los pacientes a utilizar sus habilidades con otros profesionales de la salud es tan importante en DBT que todo el conjunto de estrategias de tratamiento se utiliza con tal fin– las estrategias de consulta al paciente (descritas en el Capítulo 13).

Utilizando Estrategias Dialécticas y Estrategias de Moldeamiento (Shaping) para idear tareas. Desde la perspectiva DBT, los problemas in vivo y las situaciones terapéuticas pueden ser vistos como oportunidades para practicar habilidades conductuales. Cambiar el encuadre de esta manera (de problema a oportunidad) es un ejemplo de la estrategia dialéctica “hacer limonada de los limones” descrita en el Capítulo 7. La tensión dialéctica es generalmente aquí entre querer que el paciente practique sus nuevas habilidades en una situación difícil y querer que el paciente tenga experiencias exitosas que refuercen y fortalezcan sus nuevas habilidades. Los principios del moldeamiento (Shaping) (vistos en el Capítulo 10) son igualmente cruciales para idear tareas y deben ser utilizados por el terapeuta continuamente. Los pacientes que sólo quieren practicar en las situaciones muy seguras deben ser empujados, y los pacientes que quieren practicar en situaciones que están por encima de su habilidad deben ser contenidos.

5. CAMBIO AMBIENTAL

Como desarrollé previamente los individuos borderline tienden a un estilo pasivo de regulación personal. En un continuo entre dos polos que está entre la autorregulación interna y la regulación externa del ambiente, están más cerca del polo de la regulación del ambiente. Muchos terapeutas parecen creer que el polo de la autorregulación es inherentemente mejor o más maduro, y gastan mucho más tiempo en la terapia intentando que los pacientes borderline sean más regulados. Aunque DBT no sugiere lo contrario – que ese estilo de regulación del ambiente sea preferible – sugiere que acompañar las fortalezas del paciente es probablemente más fácil y más beneficioso al largo plazo. Esto es, una vez que se aprendieron las habilidades conductuales, el terapeuta debe ayudar al paciente cómo maximizar la tendencia del ambiente natural para reforzar los comportamientos habilidosos sobre los no habilidosos. Esto puede incluir enseñarle al paciente cómo crear estructura, cómo hacer compromisos públicos en vez de privados, y cómo generar refuerzo de los otros por conductas habilidosas más que por conductas no habilidosas. Esto no significa que no se le deba enseñar al paciente habilidades de autorregulación; más bien, el tipo de habilidades de regulación emocional que se le enseñen deben acompañar sus fortalezas. El escribir formularios diarios de automonitoreo por ejemplo es preferible a tratar de observar la conducta cada día y hacer notas mentales de lo que sucedió. Mantener el alcohol fuera de la casa es preferible a una estrategia de autodiálogo que inhiba el tomar la botella.

Es necesario resaltar un tema más aquí. A veces las habilidades recientemente aprendidas por los pacientes no se generalizan porque ellos castigan su propia conducta en el mundo real. Esto sucede porque generalmente sus expectativas son tan altas que simplemente nunca alcanzan el criterio de refuerzo. Este patrón debe cambiar si la generalización y el progreso van a suceder. Problemas con el auto-refuerzo y el auto-castigo se discuten de manera más detallada en el capítulo 8 y 10. Las estrategias de validación, utilizadas para contrarrestar este problema, también deben utilizarse aquí.

Sesiones de Pareja y de Familia. Una de las maneras de maximizar la generalización es hacer que los individuos de la comunidad cercanos al paciente vengan a sesión. Generalmente, serán miembros de la familia del paciente o el esposo o pareja del paciente. Las sesiones de pareja y de familia promueven la generalización de muchas

maneras. Las habilidades aprendidas y practicadas con el terapeuta pueden practicarse con otros significativos. Estas sesiones también permiten que el terapeuta observe con el paciente exactamente cuáles son las dificultades; muchas veces ambas partes se darán cuenta que las habilidades enseñadas simplemente no son suficientes, y que nuevas habilidades deben desarrollarse. Estas sesiones también dan la oportunidad de instruir a la familia o pareja sobre la necesidad de reforzar las conductas adaptativas sobre las no adaptativas. Muchas veces las nuevas habilidades no se generalizan porque son castigadas más que reforzadas en el ambiente natural del paciente. Las habilidades asertivas por ejemplo muchas veces generan un problema, especialmente cuando el verdadero ambiente del paciente no tiene tiempo, energía o deseo de responder a las necesidades del paciente.

Principio de desvanecimiento. Al principio del entrenamiento en habilidades, el terapeuta modela, instruye, refuerza, da feedback, y da coach al paciente por utilizar las habilidades tanto en la terapia como fuera de las sesiones en su ambiente natural. Si la conducta habilidosa va a volverse independiente de la figura del terapeuta, sin embargo, el terapeuta debe gradualmente desvanecer el uso de estos procedimientos, especialmente la instrucción y el refuerzo. El objetivo es que retraer los procedimientos de entrenamiento de habilidades a un programa de refuerzo intermitente, de tal forma que el terapeuta dé menos instrucción y coaching que el que el paciente puede otorgarse a sí mismo, y menos modelado, feedback y refuerzo del que el paciente recibe de su medio natural.

PROCEDIMIENTOS BASADOS EN LA EXPOSICIÓN

Los procedimientos basados en la exposición fueron diseñados originalmente para reducir el miedo y las reacciones de miedo problemáticas e indeseadas. En DBT estos procedimientos se amplían y se modifican de alguna manera para tratar otras emociones, incluyendo la culpa, la vergüenza, y el enojo. Cuatro condiciones prevalentes entre los individuos borderline sugieren que el foco directo sobre emociones dolorosas es necesario en cualquier terapia para estos individuos. Primero, la ansiedad, el miedo, el pánico, la vergüenza, la culpa, la tristeza y el enojo son un problema mayor para mucho de ellos. El valor funcional de muchas conductas disfuncionales borderline yace en su efectividad para reducir estas emociones. Segundo, aunque los individuos borderline muchas veces tienen las habilidades requeridas para una situación en particular, su capacidad es interferida por el miedo, la vergüenza o la culpa anticipatorios o es interferida por el malestar o el enojo excesivos. Tercero, muchos paciente borderline tienen tanto temor de experimentar o expresar sus emociones que son incapaces de discutir algunos temas esenciales durante la terapia. En otras palabras son fóbicos emocionales. Finalmente, a causa de los eventos pasados postraumáticos (incluyendo el abuso sexual infantil) muchos individuos borderline sufren de reacciones emocionales intrusivas irresueltas asociadas con el estrés. Algunos patrones borderline pueden estar relacionados directamente con este tipo de respuestas emocionales. En DBT los procedimientos basados en la exposición concebidos ampliamente son un importante ingrediente en el tratamiento de estas dificultades.

Ya nadie discute el valor que tiene la exposición a los objetos o a las situaciones temidas en el tratamiento de los desordenes emocionales asociados a la ansiedad. La exposición a las claves relacionadas con la ansiedad es importante en el tratamiento de miedos disfuncionales, pánico, fobias, respuestas de estrés postraumático, agorafobia, pensamiento obsesivo, conductas compulsivas, y ansiedad general (Barlow, 1988). La

exposición sin embargo no fue tradicionalmente aplicada a emociones como la vergüenza, la culpa, el enojo. En DBT versiones modificadas de los procedimientos basados en la exposición se utilizan para reducir estas emociones así como las emociones relacionadas con el miedo. En particular, los procedimientos utilizados en DBT incluyen la exposición no reforzada a eventos que provocan miedo, dolor, culpa, vergüenza y enojo mientras que al mismo tiempo se bloquean o revierten acciones emocionales y tendencias expresivas automáticas y maladaptativas. El énfasis está puesto tanto en la exposición como en actuar diferente.

Los procedimientos basados en la exposición se utilizan de una manera informal en DBT. Esto significa que no hay un módulo formal en el que la totalidad de la sesión o una serie de sesiones sean dedicadas a la utilización de estos procedimientos de una manera explícita. La excepción aquí es el tratamiento de las reacciones de estrés postraumático que se tratan en la segunda etapa de la terapia. En el caso de abuso sexual en particular, la estrategia a emplear es utilizar los procedimientos basados en la exposición DBT de una manera muy focalizada. De manera alternativa cualquier módulo bien desarrollado de tratamiento, especialmente los desarrollados para víctimas de abuso, puede insertarse o hacer coincidir con el tratamiento.

Más allá de la naturaleza informal de la exposición en DBT este proceso sin embargo atraviesa todo el tratamiento. Muchas de las estrategias que discutí previamente pueden ser reanalizadas en términos de sus tendencias a exponer al paciente a estímulos condicionados emocionales y a bloquear las tendencias de acción emocional asociadas. Los pasos claves en la exposición son los siguientes: (1) Se presenta el estímulo que encaja con la situación problema y que genera la respuesta afectiva condicionada; (2) La respuesta afectiva no es reforzada; (3) Las respuestas maladaptativas de afrontamiento incluyendo las respuestas de escape o otras tendencias de acción son bloqueadas; (4) Se aumenta el sentido de control que la persona tiene sobre la situación y (5) La exposición dura lo suficiente y es tan frecuente como para funcionar.

Orientar y Generar Compromiso hacia la Exposición: Revisión de la Tarea

El viejo consejo que dice “Si te caes de un caballo, móntalo de nuevo” es un ejemplo del tratamiento de exposición para el miedo. La mayoría de los pacientes oyó esta expresión o alguna similar. Al orientar al paciente hacia la exposición, el terapeuta debe enfatizar la efectividad de este consejo. El terapeuta debe convencer al paciente que, haciendo lo contrario que lo que su emoción le pide que haga, obtendrá un beneficio en el largo plazo. Generalmente el paciente estará de acuerdo con el principio pero no verá por qué es relevante para sus propios problemas. Es tarea del terapeuta hacer que sea relevante. Las Estrategias Dialécticas como el Contar Historias y otros usos de la metáfora pueden ser muy útiles aquí.

Nuevamente, los pacientes borderline tienen miedo de sus emociones, especialmente de las negativas, por lo que tratan de evitarlas bloqueando la experiencia de la emoción. Evitan las claves de la emoción e inhiben la experiencia de la emoción; por lo que no tienen oportunidad de aprender que, cuando se las suelta, las emociones vienen y se van. La tarea del terapeuta es convencer al paciente de que las emociones son como olas que vienen del mar hacia la playa. Si uno las deja el agua viene y se va. Los pacientes fóbicos a las emociones tratan de impedir que vengan construyendo una pared, pero en vez

de dejar el agua fuera, la pared en verdad deja atrapada el agua junto a la pared. Derribar la pared es la solución.

La mayoría de las veces que se realiza una exposición la colaboración del paciente es crucial. El paciente puede bloquear la exposición disociándose, despersonalizándose, distrayéndose con otras imágenes y pensamientos, yéndose o retirándose, disgregándose, o cambiando de tema; para decirlo brevemente puede dejar de ver y oír. Las estrategias de orientación y compromiso por lo tanto son cruciales. En particular es útil orientar al paciente sobre el hecho de que exposiciones muy breves crean malestar pero no ayudan. Esto significa que si el paciente termina la exposición demasiado rápido, solo se sentirá peor en vez de mejor. Validar la dificultad extrema de la exposición a estímulos temidos y amenazantes, y combinarla con la estrategia foot-in-the-door, es muy importante en este caso.

Ayudar al paciente a entender la lógica de los tratamientos por exposición es generalmente clave para lograr su compromiso y su colaboración. Rever los resultados de investigaciones y la propia experiencia clínica y personal del terapeuta también puede ser útil. Explicar de una manera simple como funcionan las emociones y como las emociones cambian también puede servir. Tan importante como con la teoría del aprendizaje y con manejo de contingencias, es que el terapeuta tenga una idea razonable sobre las investigaciones sobre las emociones para lograr orientar al paciente en el uso de tratamientos basados en la exposición apropiadamente. Existen una cantidad de libros excelentes que pueden ayudar, incluyendo los de Barlow (1988) y los de Greenberg y Safran (1987). Un número de teorías compiten para explicar el cambio emocional. Dependiendo del grado de resistencia y de sofisticación estas deben discutirse durante la orientación. La efectividad de la exposición ha sido atribuida a los procesos de extinción, habituación, y de fortalecimiento biológico (ver Barlow, 1988, para una revisión). Las teorías de procesamiento de información sugieren que el cambio es el resultado del procesamiento emocional que lleva a la integración de información correctiva novedosa incompatible con la existente en las estructuras cognitivas relacionadas (Foa & Kozak, 1986). La idea general es que las reacciones de ansiedad aprendidas o condicionadas pueden desaprenderse o descondicionarse. Barlow (1988) y otras (ej. Izard, 1977) sin embargo citando teorías e investigaciones actuales, sugieren que la efectividad de estos procedimientos es atribuible al hecho de que los procedimientos basados en la exposición previenen las tendencias de acción asociadas con la emoción. En todos los procedimientos que tienen como objetivo reducir el miedo, por ejemplo, el escape y la evitación producidos por el temor son sistemáticamente bloqueados. Esto es que la tendencia de acción asociada al miedo (flight) es prevenida. Como dice Barlow en los procedimientos de exposición los individuos “actúan ellos mismos” hacia nuevas emociones.

Con la excepción de bloquear el escape prematuro cuando se trata el miedo, los procedimientos de exposición estándar no focalizan generalmente en cambiar las conductas emocionales durante la exposición a las situaciones que provocan las emociones. En DBT este énfasis es agregado y es muy importante otorgar una explicación clara y convincente al paciente. Muchos pacientes creen que expresar una emoción de manera diferente de la que la sienten es invalidante. Efectivamente los ambientes invalidantes premian el esconder y “enmascarar” las emociones negativas por lo que el pedido del terapeuta de cambiar las conductas emocionales tiene muchas probabilidades de ser experimentado como invalidante. El terapeuta puede sostener una cantidad puntos al responder a este cuestionamiento.

Es importante diferenciar entre “enmascarar las emociones” y “cambiar la expresión emocional”. El enmascarar generalmente involucra el tensar los músculos faciales. Expresar la emoción opuesta, como expresar calma en contraste con el miedo o satisfacción en contraste con la culpa o la vergüenza, requiere la relajación de esos mismos músculos. Enmascarar y tensar es algo muy diferente a relajar; por ejemplo sonreír para enmascarar el enojo se siente muy diferente a sonreír como expresión de alegría. Hacer que un paciente intente una expresión facial diferente puede ser muy efectivo.

La idea detrás de cambiar las expresiones faciales y posturales es que los músculos, especialmente los de la cara, mandan mensajes al cerebro sobre como uno se está sintiendo. Estos mensajes a su vez amplifican o mantienen la emoción original. En los procedimientos basados en la exposición de DBT la idea es tratar de que el cuerpo y cara envíen mensajes diferentes al cerebro –por ejemplo de que la situación temida no es atemorizante. Enmascarar, contrariamente a relajar, envía el mensaje de “Esto es atemorizante y no puedo dejar que se note”. En un sentido similar las acciones envían información al cerebro sobre las emociones. Cambiar las acciones cambia el mensaje. La literatura de investigación deja bastante claro que cambiar el mensaje puede cambiar la duración y la intensidad de la emoción. Inhibir la expresión emocional, modular (reducir o incrementar) la intensidad o la duración de la expresión, y simular la expresión emocional puede utilizarse para regular o incluso activar emociones genuinas (Duncan & Laird, 1977; Laird, 1974; Laird, Wagener, Halal, & Szegda, 1982; Rhodewalt & Comer, 1978; Zuckerman, Klorman, Larrance, & Spiegel, 1981; Lanzetta, Carwright, Smith, & Kleck, 1976; Lanzetta & Orr, 1980). Modular la expresión emocional es otro método de regulación emocional y control. Esta información puede ser revisada con el paciente.

Cambiar las expresiones y las tendencias de acción deben presentarse como tácticas para cambiar aquellas emociones que el paciente quiere cambiar. Es decir la táctica puede utilizarse para reducir emociones disfuncionales, indeseadas y aversivas en las situaciones que las generan. No se utilizan para cambiar todas las emociones aversivas, efectivamente, el principio central de DBT es que la incapacidad para tolerar las emociones aversivas más que las emociones aversivas en sí mismas es la fuente de los patrones conductuales borderline. Esto significa que tolerar las emociones más que cambiarlas es muchas veces el objetivo de DBT. Tampoco hay procedimientos basados en la exposición dirigidos a cambiar la expresividad emocional per se. Por el contrario, el principal foco de DBT es reducir el temor asociado con la expresión ordinaria de las emociones. Las estrategias específicas basadas en la exposición se desarrollan abajo y son resumidas en la tabla 11.4.

1. OFRECER UNA EXPOSICIÓN NO REFORZADA

El primer requerimiento es que el individuo se exponga a las claves que disparan una emoción aversiva de tal manera que no se recondicione la misma emoción que el terapeuta y el paciente están tratando de reducir. Es decir que la persona no debe reexperimentar el mismo tipo de condiciones que produjeron la reacción emocional aversiva en primer lugar. Para decirlo más elegantemente, la situación de exposición no refuerza la respuesta de ansiedad. Como dicen Foa y Kozak (1986) la situación de exposición debe contener “información correctiva”.

Criterios para el no refuerzo

En el caso de las emociones relacionadas con el miedo, la persona debe ser expuesta a las claves que activan su ansiedad o sus respuestas de miedo de tal forma que nueva información sea recibida y procesada. La situación tiene que dar nueva información sobre las cualidades amenazantes de la situación. Por ejemplo para un estudiante que fracasó en cinco exámenes seguidos y generó ansiedad ante los exámenes, dar otro examen en el que le vaya mal no reducirá su ansiedad a los exámenes. Aunque la situación alcanza para generar miedo, no existe información correctiva; en cambio el miedo a los exámenes se ve reforzado. Si una persona teme que una vez que comienza a sentir una emoción perderá el control (ej. Desmayarse), y entonces esto le sucede, la exposición incrementó el temor en vez de reducirlo. Un punto importante a tener en mente, entonces, es que los procedimientos basados en la exposición para emociones aversivas, incluyendo el miedo, se garantizan cuando las respuestas emocionales son sobrerreacciones a las circunstancias presentes – en el caso del miedo, cuando el temor es desproporcionado para la amenaza actual.

En el caso de la culpa, el requerimiento para una exposición no reforzante es que el procedimiento debe utilizarse solamente cuando la culpa no tiene sostén. La culpa puede tener sostén tanto por las firmes creencias de la persona, por códigos morales o por la comunidad social. Por “culpa sin sostén” queremos decir que el individuo en sus momentos calmos –utilizando su mente sabia para decirlo así- no cree que su acción sea equivocada o inmoral. Esto es que la culpa no tenga sostén en sus propias creencias o código moral. No se enfrenta entonces con condenas sociales creíbles o acusaciones personales durante la reexposición; esto es que no recibe nueva información que cambie su posición de la aceptación a la condena. Los tratamientos basados en la exposición a las claves del abuso sexual infantil en presencia de un terapeuta empático reducen la culpa condicionada. La exposición a las claves de un acto que el individuo cree firmemente que está mal (ej. Robar, engañar, mentir o lastimar a un amigo), especialmente si el acto no fue reparado, pueden aumentar la culpa en vez de reducirla. Un individuo que se siente culpable de defender sus derechos posiblemente se sentirá más culpable si en el momento en que practica sus habilidades asertivas se le dice que es egoísta o sobrecontrolador.

La vergüenza es particularmente molesta y difícil, principalmente porque está tan extendida entre los individuos borderline y porque por su propia naturaleza la vergüenza interfiere con el libre fluir del discurso terapéutico. El evento interpersonal que refuerza la vergüenza es la censura o la humillación pública. Los problemas que la vergüenza crea en la conducción de la terapia con individuos borderline residen primero en que muchas veces no es expresada de una manera que el terapeuta pueda comprender, y segundo, que muchas veces el paciente intenta esconder sus sentimientos de vergüenza. El terapeuta muchas veces ni sabe que existe un problema con la vergüenza. Los eventos interpersonales que refuerzan la vergüenza son el ostracismo, el rechazo y la pérdida de respeto de los otros. Por lo que es particularmente importante que cuando el paciente está revelando material vergonzoso el terapeuta responda con validación como opuesto a la censura, con aceptación más que con rechazo. En particular el terapeuta debe estar alerta al hecho de que el revelar eventos vergonzoso es de por sí vergonzoso. Debe tenerse cuidado de responder y validar el acto de revelación.

Como en el caso de la vergüenza y la culpa, la eficacia de la exposición en la reducción del enojo no ha sido explorada en detalle por la literatura científica sobre las

emociones. Su eficacia se encuentra posiblemente ligada a la prevención de tendencia de acción del enojo y a sus tendencias expresivas asociadas, y la inducción de acciones y pensamientos opuestos, que discutiré más adelante. Con respecto al procedimiento de la exposición no reforzada, sin embargo, parece razonable suponer que la atención debe dirigirse a alterar cuánto realmente frustra o es percibida como frustrante la situación para los objetivos del individuo. Por ejemplo si un paciente quiere hablar sobre el tema A

Tabla 11.4. Checklist de Procedimientos Basados en la Exposición

- T orienta hacia los procedimientos basados en la exposición y genera compromiso sobre la colaboración.
 - T se asegura de que P entendió los principios de los procedimientos basados en la exposición de tal forma que pueda colaborar mejor.
 - T distingue entre “enmascarar la emoción” y “cambiar la expresión de la emoción”.
 - T provee de una EXPOSICION NO REFORZADA a las claves que generan la respuesta emocional problemática.
 - T se asegura de que nueva información sobre el miedo y la situación que genera miedo es recibida y procesada.
 - Para la culpa y la vergüenza problemáticas T utiliza procedimientos de exposición sólo cuando la culpa y la vergüenza no son sostenidas por la situación.
 - T presenta situaciones que generan enojo que eventualmente terminan de la manera en que P desea si P tolera la frustración un poco.
 - T encaja la situación de exposición con la situación problema.
 - T se asegura de que la exposición realmente se lleve a cabo.
 - T está atento a tácticas de distracción.
 - En la exposición encubierta, T tiene que describirle la escena a P en detalla y en tiempo presente.
 - T gradúa la intensidad de la exposición.
 - T se asegura de que la duración de la exposición es suficiente como para generar la emoción y para que alguna reducción de la misma acontezca, pero no tan larga que P pierda el control.
 - T utiliza estrategias y procedimientos de cambio específicos como técnicas de exposición cuando sea apropiado:
 - Análisis en Cadena.
 - Entrenamiento en Habilidades.
 - Manejo de Contingencias.
 - Retirar y Desvanecer Acciones de Sostén.
 - T BLOQUEA LAS TENDENCIAS DE ACCION asociadas con las emociones problemáticas.
 - T bloquea la tendencia de P a escapar o evitar cuando siente miedo.
 - T bloquea la tendencia de P a esconderse o retirarse cuando siente vergüenza.
 - T bloquea la tendencia de P a reparar o a castigarse cuando siente culpa sin sostén.
 - T bloquea la tendencia de P a las respuestas hostiles o agresivas, o si P tiene temor de experimentar el enojo T bloquea la evitación del enojo y lo ayuda a desinhibir la experiencia del enojo.
 - T ayuda a P a EXPRESAR EMOCIONES CONTRARIAS a las que esta sintiendo.
-

-
- T diferencia entre “enmascarar” y expresar una emoción diferente.
 - T aumenta el SENSACION DE CONTROL de P sobre los eventos aversivos que activan el afecto.
 - T diseña la exposición colaborativamente con P.
 - T instruye a P al principio sobre el control último que tiene sobre el estímulo y que puede dar por terminada la exposición en cualquier momento.
 - T logra que P colabore manteniéndose en la condición que es estímulo de la emoción tanto tiempo como sea posible.
 - T ayuda a P a dejar o escapar de las situaciones voluntariamente en vez de hacerlo automáticamente.
 - T es vulnerable a la influencia de P.
 - T utiliza procedimientos formales basados en la exposición cuando es necesario, especialmente en el tratamiento de las respuestas de estrés postraumático (segunda etapa de DBT).

Tácticas AntiDBT

- T alienta a P a enmascarar la emoción.
 - T refuerza intentos maladaptativos de P de escapar o evitar emociones.
 - T castiga estilos adaptativos de terminar con situaciones aversivas.
 - T olvida los principios del moldeamiento (Shaping).
 - T trata a P como excesivamente frágil.
-

durante la sesión, y responde con ira cuando el terapeuta quiere hablar sobre las conductas parasuicidas durante la semana. Exposiciones consistentes en sesiones donde a hablar de las conductas parasuicidas les siga el hablar del tema A, es probable que reduzcan la respuesta de enojo hacia la insistencia del terapeuta de hablar de las conductas parasuicidas. Exposiciones consistentes a perder la posibilidad de hablar del tema A harán (siendo todas las demás cosas iguales) que su enojo aumente. De la misma manera la exposición consistente a no encontrar al terapeuta durante las crisis que terminan en eventos no deseados como sufrimiento intenso u hospitalización es probable que aumente el enojo del paciente cuando nuevamente se exponga a situaciones de crisis y no pueda encontrar al terapeuta. La exposición consistente a no encontrar al terapeuta, aparejada con encontrar la ayuda en otros o hacer un uso independiente de las habilidades para evitar el sufrimiento o la hospitalización, desactiva la situación.

Un número de otros principios deben recordarse. El terapeuta debe estar seguro de que los eventos o la situación de exposición coinciden con la situación o los eventos problemáticos. Segundo, el terapeuta no debe asumir que la exposición sucede sólo porque el paciente está en la situación. Tercero, la exposición debe ser lo suficientemente intensa como para evocar las emociones pero no tanto como para interferir con el procesamiento de información ni que produzca evitación de la terapia. Cuarto, la exposición debe durar lo suficiente como para activar la emoción pero no tanto como para que el paciente pierda el control.

Hacer coincidir la situación de exposición con la situación problemática

No hay un buen sustituto para la evaluación de las características de la situación que genera la situación problemática y de los elementos de la situación que refuerzan la respuesta

emocional. La situación de exposición debe imitar a la situación problema. El contexto es de suma importancia aquí. Por ejemplo, una persona que tiene dificultades para ser asertivo con un amigo íntimo puede no tener problemas de serlo con un extraño, y viceversa. Una persona a la que no le preocupa que la critiquen en su casa puede estar muy preocupada con ser criticada en su trabajo. Robar pequeñas cosas de una tienda puede generar muy poca culpa, mientras que robarle algo a una amiga puede generar bastante culpa. El terapeuta debe ser tan cuidadoso en evaluar aquellos eventos que refuerzan o recondicionan la emoción así como en evaluar la situación que la genera. Por ejemplo, el estudiante con temor a los exámenes probablemente tiene temor tanto al examen en sí como a reprobar el examen. El temor a dar exámenes puede verse reforzado por el fracaso en los exámenes, el temor al fracaso puede verse reforzado por las consecuencias del fracaso, como ser expulsado del colegio, el temor a ser expulsado verse reforzado por la pérdida de amigos y de status social, etc. Los parámetros de la situación que hacen la diferencia pueden variar entre pacientes, entre emociones y entre problemas; un tratamiento efectivo precisa de exposición por turnos a cada uno de estos parámetros. La exposición llevada a cabo dentro del contexto seguro de la terapia debe ser suplementada por la exposición directa en la vida diaria del ambiente del paciente. Cuanto más práctica en exponerse tienen los pacientes en su vida diaria, mejor. Los procedimientos de generalización discutidos antes para el entrenamiento en habilidades pueden ser doblemente eficientes si son aplicados a los procedimientos basados en la exposición.

Asegurarse de que la Exposición se lleve a cabo

La presentación de las claves relevantes a la emoción puede ser directa o indirecta. En la exposición directa el paciente es expuesto a la situación real o a eventos relacionados emocionalmente. Los individuos entran en la situación temida, hacen cosas que temen, y piensan y hablan sobre temas asociados con la emoción temida. Ella repite las mismas cosas de las que esta avergonzada o de las que se siente culpable. El mensaje es simple: La única manera de salir de las emociones es a través de ellas. Dependiendo de las situaciones, la exposición durante las sesiones puede incluir confrontación verbal, discusión estructurada sobre temas emocionales evitados, o instrucciones al paciente de practicar conciencia mindfulness durante la interacción. Para muchos pacientes borderline el simple hecho de ir a la sesión de terapia es una condición de exposición. Prácticamente todo lo que en terapia genera emociones condicionadas problemáticas puede ser foco de exposición directa, mientras el terapeuta sea cuidadoso de dar nueva información correctiva al lado del elemento que genera la emoción. La exposición indirecta o encubierta involucra el hacer que el paciente imagine las escenas que generan la emoción. Con la exposición imaginaria es particularmente importante que el terapeuta guíe al paciente a “entrar” en la imagen, más que mirar como si fuera un televisor. Entre sesiones, la exposición encubierta puede practicarse escuchando la grabación de la sesión. Con temas particularmente difíciles el terapeuta puede considerar hacer grabaciones especiales de exposición para que sean escuchadas entre las sesiones.

Es muy importante que el terapeuta se asegure de que la exposición que él supone está sucediendo, esté realmente llevándose a cabo. El terapeuta debe estar atento a tácticas

de distracción cognitivas, como disociarse, despersonalizarse, focalizarse en pensamientos o imágenes no relacionados, soñar despierto, y otras. A veces estas estrategias de evitación son tan automáticas que el paciente no está ni siquiera consciente de su existencia. Cuando se utiliza exposición encubierta, el terapeuta debe pedirle al paciente que describa la escena minuto a minuto en el mayor detalle posible en tiempo presente.

Graduando la intensidad de la exposición

¿El terapeuta debe hacer que el paciente entre a la piletta desde la parte poco profunda o debe empujar al paciente a la parte profunda en la primera oportunidad? Esta pregunta fue controversial durante años. La intensidad de la exposición varía desde exposiciones de muy baja intensidad y de exposición muy graduada de desensibilización sistemática a una exposición muy intensa de implosión o con procedimientos de flooding. La literatura acumulada sugiere que la exposición debe ser al menos lo suficientemente intensa como para generar la emoción condicionada. No hay necesidad, sin embargo, de exponer al paciente a situaciones extremas. En cambio, la exposición gradual hacia claves cada vez más activadoras es más fácil para el paciente e igual de efectiva.

Controlando la duración de la exposición

El tema de la duración de la exposición también fue tema de controversia teórica en la literatura sobre el miedo. Los datos son complejos, pero tres puntos son importantes. La exposición debe durar lo suficiente como para generar la emoción aversiva a un nivel relativamente intenso pero todavía tolerable. Escapar o alejar la atención una vez que la emoción fue generada es improbable que sea beneficioso. Segundo, el paciente debe terminar la exposición voluntariamente en vez de permitir procesos automáticos (disociación, despersonalización, huidas impulsivas, atacar al terapeuta, etc) para detener la exposición. Con el temor, en particular, el aprendizaje de que el paciente puede controlar la cantidad y el grado de exposición, puede ser de por sí terapéutico y generar exposiciones futuras menos atemorizantes (este punto se desarrollara en mayor medida más adelante). Tercero, cuando la emoción problema es el miedo (incluyendo el temor a las emociones), vergüenza o culpa, alguna reducción en la emoción debería suceder antes de que la exposición termine. Aunque no está claro si este es un ingrediente esencial, la tendencia de los pacientes borderline de creer que las emociones son incontrolables e interminables sugiere que la información correctiva otorgada por esta táctica puede ser muy importante. La relación entre la duración de la exposición puede exigir que ocasionalmente se pacten sesiones mas largas que lo normal. Por ejemplo, con temores complejos e intensos (como aquellos típicos de las víctimas de trauma), puede ser necesario que las exposiciones duren una hora o más.

Estrategias específicas de Cambio y Procedimientos como Técnicas de Exposición

Análisis Conductual como exposición. Como señalé repetidas veces y describí en el Capítulo 9, si el paciente realiza una conducta problema de prioridad alta entre las sesiones de terapia, un análisis en cadena minucioso y estructurado debe realizarse. Esto significa que el terapeuta le pide al paciente que hable públicamente y en detalle sobre su propia conducta maladaptativa y las circunstancias que la rodearon. Los individuos borderline muchas veces experimentan vergüenza, humillación, miedo a la desaprobación, ansiedad, y a veces pánico cuando se les pide que describan sus propias acciones y reacciones maladaptativas. Algunos experimentan tanto malestar o aflicción que temen no sobrevivir a la experiencia. Casi todos intentan evitar o generar un corto circuito en el análisis. Más de un paciente en nuestro programa fue “arrastrado, pateando y gritando” a través del proceso.

Como nosotros lo entendemos, el análisis en cadena de las conductas problemas de los pacientes borderline es una de las principales estrategias de resolución de problemas. Es la evaluación y el camino para generar insight y las interpretaciones conductuales (Capítulo 9). También es un procedimiento de corrección-sobrecorrección dentro del manejo de contingencias (Capítulo 10). Y también puede ser considerado una situación de exposición. El individuo es verbal e imaginariamente expuesto no sólo a sus propias conductas aversivas y a los eventos que la rodearon, sino también a la circunstancias de tener que hacerlo en público. Mientras que el terapeuta sea validante más que juicioso, empático más que censor social, y entiende y acepta más que humillar, este tipo de exposición no refuerza la vergüenza futura. Ya que individuo atraviesa los múltiples análisis en cadena de su conducta en presencia del terapeuta, sobrevive a la experiencia, y no pierde el afecto del terapeuta, la exposición no refuerza la ansiedad y el miedo.

Estrategias de manejo de contingencias y de entrenamiento en habilidades como exposición. Mucha de la práctica conductual relacionada con los módulos de entrenamiento en habilidades tiene, como uno de sus efectos, la exposición del individuo a actividades y situaciones asociadas con emociones intensas y aversivas. Se les pide a los pacientes rutinariamente que hagan cosas que temen o sobre las que se sienten culpables de manera poco realista, que entren en situaciones que les generan enojo o malestar, y que expongan al ojo público cosas de las que están avergonzados. En el manejo de contingencias y al observar los límites el terapeuta confronta al paciente con sus conductas problemáticas. Tanto en el manejo de contingencias como en el entrenamiento en habilidades, en otras palabras, el terapeuta le da al paciente feedback directo sobre sus conductas problemáticas y sobre sus posibles consecuencias. El paciente es expuesto a la desaprobación interpersonal o a la crítica y al señalamiento público de sus conductas negativas o problemáticas. Como en el análisis conductual, el procedimiento expone al paciente a las circunstancias que generan vergüenza y emociones relacionadas con el miedo. Sin embargo, en contraste con el análisis en cadena, donde la emoción es una consecuencia de la autodevelación del paciente, aquí la emoción es la respuesta a una acción del terapeuta. Efectivamente estos actos del terapeuta (confrontación, desaprobación) pueden ser aquellos justamente temidos por el paciente ante una autodevelación. El paciente puede responder rápidamente (y a veces a una velocidad que quita el aliento) con temor al abandono, vergüenza relacionada con la dependencia, enojo intenso, o las tres en rápida sucesión. Las tendencias de acción oscilantes de escapar, esconderse y atacar muchas veces confunden tanto al terapeuta como al paciente.

Una vez que el terapeuta se da cuenta de que el manejo de contingencias y el entrenamiento de habilidades contienen elementos de exposición, un número de guías sobre el uso de estos procedimientos debe seguirse. Primero, el terapeuta no debe dejar de usar los procedimientos simplemente porque al paciente le resultan molestos. En particular el terapeuta no debe ofrecer exposiciones demasiado cortas y detenerse en el medio de la activación del paciente. La táctica aquí debería ser echarse atrás levemente, tranquilizar al paciente, y detenerse cuando la activación del paciente (el miedo, la vergüenza, etc) desciendan, aunque sea levemente. Segundo, la exposición debe ser graduada en vez de masiva o intensa. Un poco de confrontación o desaprobación pueden a veces ser demasiado con pacientes borderline. Tercero, como con cualquier otro tipo de exposición, el terapeuta debe tener cuidado de que el procedimiento no refuerce aun más las respuestas de vergüenza o relacionadas con el miedo. Cuando un procedimiento genera enojo, el terapeuta debe mantener la exposición mientras que al mismo tiempo otorga información que disminuye la frustración real de necesidades u objetivos importantes. Finalmente, los procedimientos de manejo de contingencias y de entrenamiento en habilidades deben siempre combinarse con validación de la respuesta del paciente. El hecho de que necesite cambiar no significa que las reacciones no sean comprensibles, ni que todo aquello asociado con la conducta problema sea problemático. Desconectar el feedback conductual de los motivos presupuestos puede ser una táctica especialmente útil aquí.

Práctica Mindfulness como exposición. En la practica de mindfulness (descrita en detalle en el manual que acompaña este libro) se instruye a los pacientes a “experimentar” exactamente aquello que está sucediendo en el momento, sin intentar hacer que dure más ni hacer que dure menos. También se los instruye para que “den un paso atrás” y observen respuestas juiciosas sobre su propia conducta. La práctica de mindfulness puede ser particularmente beneficiosa para aquellos individuos que tienen temor o están avergonzados de sus propios pensamientos y emociones. La idea es dejar que los pensamientos, emociones y sensaciones vayan y vengan, suban y bajen, sin intentar ejercer control (aunque es importante señalar que, en verdad, el individuo está en control y puede detener el proceso en cualquier punto). En su totalidad, mindfulness es una instancia de exposición al natural surgir de pensamientos, emociones y sensaciones. Puede ser particularmente útil como una manera de alentar la exposición a claves somáticas asociadas con la emoción. El recondicionamiento se apoya en el hecho de que la persona no se echa atrás, para decirlo, y simplemente observa las sensaciones, pensamientos y emociones, en la forma que son, yendo y viniendo. Para muchos individuos borderline esta es una experiencia totalmente nueva y es importante para reducir su temor a las emociones.

Retirar las acciones de sostén del terapeuta como exposición. Durante la última etapa de la terapia, el terapeuta retira o desvanece alguna de las acciones de sostén y validación. Generalmente, este retiro genera gran ansiedad y a veces enojo. El paciente es expuesto a situaciones donde es privado de ayuda y debe ayudarse a sí mismo. El terapeuta muchas veces colabora con el paciente en generar un cortocircuito de esta exposición, es doloroso para ambos. Sin embargo, con el timing apropiado y con orientación; la exposición puede llevar a la reducción de la ansiedad sobre la independencia y la soledad. El secreto, por

supuesto, es no retirar la validación y el sostén antes de que el paciente pueda valerse por sí mismo. Hacerlo refuerza y recondiciona las emociones aversivas.

2. BLOQUEAR LAS TENDENCIAS DE ACCIÓN ASOCIADAS CON LAS EMOCIONES PROBLEMATICAS

Durante los procedimientos de exposición es esencial que el terapeuta bloquee las tendencias de acción asociadas con las emociones problemáticas. De alguna manera todo el tratamiento de DBT es una estrategia de este tipo; DBT se focaliza en cambiar las conductas asociadas a una emoción antes que cambiar la emoción que controla esta conducta. La idea básica aquí es seguir el consejo de Barlow (1988) y tratar que el paciente “actúe su forma” de sentir de manera diferente.

La respuesta más importante de bloquear es la evitación. La tendencia de acción fundamental asociada a las emociones relacionadas con el miedo es la evitación. Los pacientes borderline (y muchas otras poblaciones de pacientes también) tratan consistentemente de evitar situaciones que generan emociones aversivas. Durante las sesiones se resisten al análisis conductual y a discutir sobre las situaciones que les provocan emociones. Una vez que son persuadidos de participar, continuamente desvían la discusión a temas más confortables. Durante los procedimientos imaginarios, comienzan a pensar en alguna otra cosa. La mayoría de los pacientes evitan las tareas para el hogar y son reticentes de realizar rol playing en sesión. A veces, la evitación surge tan tempranamente en la cadena emocional que el paciente nunca experimenta la emoción aversiva. La tendencia de acción fundamental asociada con la vergüenza es esconderse. En terapia el esconderse se acompaña de cerrarse sobre sí mismo, dejar de revelar temas importantes o eventos, no traer el registro diario o no llenarlo adecuadamente, retirarse emocional y verbalmente, no venir a sesión o abandonar la terapia prematuramente. Las tendencias de acción más importantes relacionadas con la culpa son los intentos de reparar o de castigarse. Las confesiones y pedidos de disculpas excesivos, los regalos, largas cartas pidiendo perdón, y hacer favores a la persona que se lastimó, así como emitir juicios peyorativos o exageradamente críticos y conductas parasuicidas y suicidas, son respuestas típicas aquí.

La tarea del terapeuta es bloquear la evitación en el miedo, el esconderse en la vergüenza, y la reparación en la culpa. El objetivo es exponer a la persona a la situación emocional sin dejar que la persona cambie la situación escapando, escondiéndose o reparando. La mejor manera de hacer esto es, por supuesto, logrando la colaboración del paciente. Esto muchas veces puede lograrse a través de un proceso de orientación apropiado sobre los principios de la exposición; a veces el paciente necesitara ser reorientado muchas veces dentro de la misma sesión. Otras veces las respuestas de escape deben ser bloqueadas unilateralmente empujando verbalmente al paciente a volver a las claves, una y otra vez. El secreto es para el terapeuta ser persistente y tranquilizador, y evitar desmoralizarse el mismo.

El caso del enojo merece un comentario especial ya que escapar de la situación que genera la emoción en verdad va contra la tendencia de acción del enojo, al revés que el miedo, la vergüenza o la culpa. El enojo lleva naturalmente a la respuesta de “fight”, incluyendo el aproximarse y el atacar, quedarse fijado en la situación o volver sobre ella

una y otra vez, etc. Lo opuesto a esto es retirarse de la situación por algún tiempo (y pensar en otra cosa) o cambiar de tema. Cuando el enojo es una emoción condicionada que el terapeuta y el paciente están tratando de reducir, la respuesta a inhibir cae en la clase de respuestas que pueden ser consideradas de aproximación hostil o una respuesta de ataque. Primero el terapeuta, por supuesto, quiere bloquear la agresión real, incluyendo las conductas autodestructivas que muchas veces acompañan al enojo autodirigido. Además el terapeuta quiere bloquear o inhibir la tendencia del individuo a responder con agresiones verbales abiertas o encubiertas (ej. Diálogos y diatribas hostiles, gritos, amenazas agresivas, y comentarios sarcásticos). Las agresiones verbales, abiertas o encubiertas, usualmente incluyen juicios, escaladas verbales o revisiones mentales de los eventos frustrantes y sus consecuencias para el logro de los objetivos del paciente. A veces la agresión encubierta toma la forma de ataques verbales imaginarios sobre el objeto del enojo. La persona debe ser alentada a reemplazar estas respuestas hostiles con respuestas no juiciosas y no catastróficas. Reemplazarlas con pensamientos o conversaciones sobre temas no relacionados (distracción), sin embargo, puede ser igual de efectivo. Una de las prácticas mindfulness tiene que ver con el empatizar con nuestros enemigos, también tiene el efecto de cambiar la respuesta natural de enojo. La evidencia es suficientemente fuerte de que la catarsis incrementa más que disminuir el enojo.

El problema con muchos pacientes borderline no es la excesiva experiencia y expresión del enojo, sino la falta de expresión de él; es decir, ellos son fóbicos al enojo. En estos casos el objetivo es desinhibir la experiencia y la expresión del enojo. Muchos pacientes temen que si se enojan perderán el control y actuarán violentamente. También temen que si realizan alguna conducta hostil, abierta o encubierta, serán rechazados. Muchos tuvieron estas experiencias en el pasado. Con tales pacientes, el terapeuta debe combinar la exposición a la activación del enojo y conducta enojada con el entrenamiento en control de la expresión. La reducción de la fobia al enojo requerirá un balance entre aceptar la activación del enojo y su expresión (de tal forma que la vergüenza y la ansiedad por el rechazo no se vean reforzadas en adelante) y ayudar al paciente a inhibir la sobreexpresión (así el temor a perder el control no se ve reforzado).

3. BLOQUEANDO LAS TENDENCIAS EXPRESIVAS ASOCIADAS CON LA EMOCIÓN PROBLEMA

Como dije anteriormente cambiar la conducta expresiva de una emoción puede ser un medio efectivo de cambiar la emoción que se está experimentando. Por lo tanto, es útil instruir al paciente para que trate de expresar físicamente una emoción diferente de la que están generando las claves de la exposición – por ejemplo, focalizarse en relajar los músculos de la cara, y hacer media sonrisa. Los pacientes muchas veces se resisten a este procedimiento. Pueden temer que si relajan su cara llorarán; la mayoría de los pacientes borderline tiene miedo y vergüenza de llorar. El terapeuta debe tomar una aproximación gradual.

Trabajar con las expresiones posturales de la emoción también puede ser efectivo. La posición de la cabeza, los hombros, los brazos, el torso y las piernas es importante en la expresión de una emoción. Muchas veces será necesario que el terapeuta le de al paciente indicaciones precisas sobre los cambios exactos que tiene que hacer. Se le puede pedir al

paciente que practique frente a un espejo. Los problemas con la imagen corporal, especialmente de malestar ante el tamaño del cuerpo, estuvieron presentes en muchos de los pacientes borderline con los que trabajé; por lo que el terapeuta debe proceder en este tema con sumo cuidado y sensibilidad. Como hice notar anteriormente es importante señalar la diferencia entre enmascarar y relajar realmente y cambiar la expresión facial y corporal. Es necesario realizar mucha orientación sobre este punto.

Es importante saber cuándo instruir al paciente para que cambie su expresión emocional y cuándo no. La regla es razonablemente simple. Si una emoción secundaria a una emoción primaria es el objetivo de la reducción (ej. Miedo del miedo, vergüenza del enojo) y el terapeuta quiere exponer al paciente a la emoción primaria (miedo y enojo respectivamente) el objetivo aquí no es el cambio de la expresión de la emoción primaria, sino exponer al paciente a las claves de la emoción primaria (incluyendo las claves somáticas) asociadas con la expresión de la emoción. Cambiar la expresión de las emociones primarias en este caso es evitar la exposición. Bloquear y cambiar la expresión debe asociarse en cambio con las emociones secundarias. En el miedo al miedo, la evitación a las claves del miedo deben bloquearse; para la vergüenza generada por el enojo, el esconder el enojo y disculparse debe ser bloqueado. En contraste, si la emoción primaria (ej. Miedo o enojo primario disfuncional) es el objetivo de la reducción el terapeuta puede sugerir el cambio de la expresión emocional.

4. AUMENTANDO EL CONTROL SOBRE LOS EVENTOS AVERSIVOS

El hecho de que el terapeuta bloquee la evitación no significa que el paciente no debe terminar nunca la exposición. En cambio, ganar sentido de control sobre el evento aversivo parece importante para retomar el control emocional. Esto significa que mientras la evitación es bloqueada se le debe enseñar al individuo cómo controlar el evento. A veces dejar la situación y parar la exposición puede ser terapéutico. Como hice notar más arriba la idea general es que el paciente debe terminar la exposición voluntariamente –esto significa que debe controlar el final- más que terminarla de una manera automática o de una manera impulsiva que no está bajo el control del paciente. La estructura de DBT como un todo está diseñada para aumentar el control del individuo sobre su ambiente y sobre sí mismo. El aumentar el control, junto con la exposición a las condiciones relevantes a la emoción, presumiblemente amantaran la regulación emocional y disminuirán las emociones debilitantes.

Ya que muchas de las interacciones terapéuticas en DBT pueden construirse como una exposición, es importante que este principio guíe la práctica dándole al paciente algún control sobre cómo el tiempo de la sesión se utiliza. Esto significa que debe permitirse detener la exposición cuando la emoción generada sea insoportable. El terapeuta y el paciente deben trabajar juntos para lograr terminar las exposiciones de una manera colaborativa y positiva, como opuesta a una negativa y disfuncional. Empacarse o amenazar con suicidarse cuando el terapeuta confronta al paciente o insiste en el análisis en cadena de una conducta parasuicida, por ejemplo, no es el tipo de conductas de control que se alientan. Negociar la intensidad o la cantidad de confrontación durante las sesiones (especialmente cuando el paciente está más vulnerable de lo normal), organizar la agenda para que incluya la discusión de otros temas además del análisis en cadena, y otras tácticas

similares son conductas que se alientan. Con respecto al análisis en cadena en particular, negocio muchas veces tanto la cantidad de tiempo que le dedicaremos así como su ubicación dentro de la sesión (al comienzo, en el medio o al final). En resumen, cuando las conductas del terapeuta son las condiciones de la exposición, se le debe otorgar al paciente cierto control sobre lo que el terapeuta hace o cuándo lo hace. El terapeuta debe ser vulnerable a esta influencia.

Procedimientos de Exposición Estructurados

Aunque muchas de las estrategias de DBT aumentan la exposición terapéutica, el tratamiento del trauma que sigue al abuso sexual en particular puede necesitar de la implementación de procedimientos de exposición más formales. Otros eventos traumáticos, como la muerte de un familiar cercano o una catástrofe física, también pueden necesitar una atención más estructurada. Estos objetivos son el foco de atención de la segunda etapa de DBT, en la que el terapeuta mantiene el espíritu de DBT con aproximaciones más estructuradas a la exposición. En esta etapa, casi todas las sesiones deben dedicarse a la exposición, generalmente a la exposición imaginaria de las claves del trauma asociadas con el abuso. Para mantener al paciente atento y orientado el terapeuta le pide que describa el evento traumático detalle por detalle (incluyendo imágenes, sensaciones, olores y claves somáticas así como qué fue lo que pensaba en cada momento). Las sesiones deben grabarse. Se le debe indicar al paciente que practique exposición entre las sesiones. Incluso cuando se lo conduce en dosis bien controladas, este tratamiento produce tanta y a veces tan impredecible cantidad de estrés que se lo retrasa hasta que los objetivos de la primera etapa están bajo control. En algunas circunstancias, hospitalizar al paciente para realizar las primeras sesiones de exposición puede ser muy útil. Procedimientos de exposición formales fueron desarrollados por Foa (Foa & Kozak, 1986; Foa, Steketee, & Grayson, 1985) y Horowitz (1986), y pueden adaptarse para esta segunda parte del tratamiento.

PROCEDIMIENTOS DE MODIFICACIÓN COGNITIVA

La relación entre el procesamiento cognitivo, las emociones y la acción es compleja y multidireccional. La tradición clínica es rica en evidencia de que los individuos borderline tienen distorsiones cognitivas sobre los eventos, generalmente por involucrarse en atención selectiva, magnificar o exagerar eventos, formar conclusiones absolutas, y ver el mundo de una manera dicotómica, blanco y negro. Las personas borderline y con conductas suicidas también tienden a la rigidez cognitiva, que exacerba cualquier otro problema cognitivo que puedan tener. Las teorías cognitivas de la emoción y de los desórdenes emocionales (ej. Arnold, 1960, 1970; Beck et al., 1979; Beck et al., 1990; Lazarus, 1966; Mandler, 1975; Schachter & Singer, 1962; Lang, 1984) sugieren que las evaluaciones cognitivas de los eventos son el determinante principal de la respuesta emocional. Young (Young, 1987; Young & Swift, 1988) sugirió que esquemas maladaptativos tempranos sostienen los desórdenes de personalidad; tanto la percepción inicial del estímulo y la elaboración cognitiva de la percepción son concebidos como importantes. Un extenso cuerpo de investigación y de desarrollo teórico sugiere que las expectativas y las reglas, o las creencias implícitas o explícitas sobre las contingencias, son igualmente importantes para

determinar la acción (ver Hayes et al., 1989, para una revisión de esta literatura). Las terapias cognitivas, basadas en la teoría cognitiva de la emoción, apuntan a cambiar las evaluaciones típicas del individuo, las reglas y los estilos cognitivos como el primer paso para remediar las dificultades emocionales y conductuales.

DBT difiere de la terapia cognitiva y de muchas terapias Cognitivas Conductuales en el lugar que le da a la modificación cognitiva. Como hice notar repetidas veces, la primera tarea en DBT es encontrar y reforzar las creencias válidas del individuo borderline así como sus creencias funcionales, sus expectativas, reglas e interpretaciones. El objetivo es validar aspectos del contenido característico del individuo y de su estilo cognitivo. Sin embargo, una vez que esto ha sido hecho, el terapeuta está con un individuo que aunque arriba a conclusiones válidas en algunos casos, simultáneamente selecciona, procesa y recuerda información de manera disfuncional en otras muchas circunstancias. Esto crea nuevos problemas en vez de solucionar los actuales.

Para simplificar, utilizo el término “contenido cognitivo” para referirme a los supuestos, creencias, expectativas, reglas, pensamientos automáticos, autodiálogos, y esquemas. Contenido se refiere entonces tanto a lo que el individuo piensa como a lo que recuerda. “Pensar” como es utilizado aquí, se refiere al procesamiento verbal o de proposiciones cognitivas y puede suceder de manera conciente o inconsciente (ver Williams, en prensa, para una revisión sobre este tema). “Estilo cognitivo”, como yo utilizo ese término, se refiere a los modos característicos de procesamiento de información como rigidez cognitiva y flexibilidad, pensamiento convergente o divergente, pensamiento dicotómico, concentración, estilo de abstracción, y déficit de atención. La distinción no tiene un punto de corte claro como puede que yo haga creer pero es útil para discutir sobre el foco de los procesos cognitivos. Los procedimientos de modificación cognitivos en DBT ayudan al paciente a evaluar y cambiar el contenido cognitivo y a modificar los estilos cognitivos. Como la exposición sin embargo, la modificación cognitiva es más informal que formal. DBT no incluye módulos que consistan principalmente en actividades estructuradas diseñadas para el cambio cognitivo. En contraste con las terapias cognitivas de los trastorno de personalidad el objetivo principal del tratamiento no es la identificación y el cambio de los esquemas globales que se creen determinan el trastorno de personalidad. Sin embargo los procesos cognitivos no son ignorados. Una importante tarea es la evaluación del rol que juegan los contenidos cognitivos y los estilos cognitivos en generar y mantener las conductas problema, incluyendo las emociones. Procedimientos de modificación cognitiva son intercalados todo a través de DBT.

Un punto importante para recordar aquí es que, con los pacientes borderline, los procedimientos de modificación cognitiva deben estar siempre combinados con más validación que modificación. La mayoría de los pacientes borderline pasaron toda su vida escuchando a otras personas acusarlos de distorsionar y malinterpretar. Demasiado seguido, tal crítica fue una manera de dejar de lado reclamos legítimos de los pacientes. Decir “Todo el problema está en tu cabeza” es simplificar de manera desleal a la terapia cognitiva pero es lo que muchos pacientes entienden. Esto se debe a que el terapeuta da feedback al paciente sobre que este podría beneficiarse de examinar la utilidad de sus percepciones, conclusiones sobre los eventos, y recuerdos sobre los eventos, pero es probable que el paciente interprete esto de una manera todo o nada, como significando, una vez más, que el problema está “en su cabeza”. Un problema particular que surge es la dificultad que presenta la idea de que puede estar “equivocada” en una conclusión o creencia sin estarlo en todo lo que ella pensó y creyó. El problema es entendible. Si está distorsionando en este

momento, sin saberlo, entonces ¿cómo puede confiar en sus percepciones, creencias y recuerdos? ¿Qué guía se le dan para saber cuando puede confiar en sí misma y cuándo no? Ayudar al paciente a desarrollar esas guías es una parte importante de los procedimientos de modificación cognitiva en DBT.

Hay dos tipos de procedimientos de modificación cognitiva: la reestructuración cognitiva y la clarificación de contingencias. La reestructuración cognitiva apunta a cambiar el contenido general o habitual o la forma en que el paciente piensa, así como su estilo cognitivo. La clarificación de contingencias es un caso especial de reestructuración cognitiva más general. El foco está en modificar las reglas o expectativas “si-entonces” disfuncionales que operan en circunstancias específicas. La relación entre la clarificación de contingencias y la reestructuración cognitiva es similar a la que existe entre el análisis en cadena y el insight (ver Capítulo 9). Tanto en la clarificación de contingencias como en el análisis en cadena el foco está puesto en un evento o caso específico, el foco es el aquí y ahora, situaciones concretas, y relaciones contingentes. En ambos, en el insight y en la reestructuración cognitiva el foco está puesto en patrones de eventos, pensamientos, o reglas personales que acontecen durante muchos eventos, circunstancias, el énfasis está puesto en lo habitual o general.

La clarificación de contingencias es discutida aquí como un procedimiento especial para lograr que el terapeuta le preste atención y le de importancia. En mi experiencia los individuos borderline muchas veces tienen dificultades aprendiendo reglas de conducta apropiadas. Por “regla” quiero decir una proposición verbal, explícita o implícita, de relaciones contingentes entre eventos. Las reglas conductuales se refieren a relaciones contingentes entre conductas y resultados. Los paciente borderline, especialmente los adolescentes y los que trascurren su tercera década a veces parecen ingenuos para su edad. Por ejemplo verlos actuar cuando reportan sentimientos de desesperanza sugiere que esperan que los demás actúen con ellos de manera positiva y de forma altruista cuando esas expectativas son poco realistas. Los pacientes borderline frecuentemente responden bien a niveles altos de amenaza. En contraste pueden no responder a la comunicación diaria de contingencias, especialmente cuando esta comunicación es sutil o indirecta. A veces sólo amenazas extremas funcionan para modificar su conducta. Es como si uno debiera amenazarlos para lograr su atención o hacer que la regla quede establecida (para decirlo de una manera más positiva ellos a veces son muy buenos cuando tocan fondo). Las dificultades para aprender contingencias puede ser el resultado de muchos factores, incluyendo la influencia del humor en el aprendizaje y la atención, los problemas de atención de por sí, o dificultades mas generales en seleccionar, abstraer, y recordar información relevante. La clarificación de contingencias apunta a ocuparse de estos problemas.

Orientar hacia los Procedimientos de Modificación Cognitiva

Desde la perspectiva de DBT, los contenidos y los estilos cognitivos disfuncionales son al mismo tiempo causa de disfunciones emocionales y conductuales como resultado de ellos. Es el énfasis en lo segundo lo que diferencia DBT de muchos otros tratamientos cognitivos conductuales, y constituye una parte importante de la orientación que se le da a los pacientes. Se le dice al paciente que muchas de sus evaluaciones erróneas y de sus errores en el procesamiento de la información son el resultado normal del estado de ánimo y de la activación emocional extrema. Fallas en el aprendizaje y en la memorización de reglas

pueden ser el resultado de la interferencia del humor con el aprendizaje y la memoria. Distorsiones (o fallas para distorsionar normalmente) son vistas como el resultado de sus problemas no como sus causas fundamentales. Sin embargo, una vez que una distorsión cognitiva o un procesamiento disfuncional comienza, empeora más que mejorar los problemas. Las fallas para aprender y recordar, aunque entendibles, aun deben mejorarse.

En mi experiencia en la supervisión y consulta de terapeutas la idea de que los pacientes borderline no siempre están distorsionando, exagerando, magnificando, o simplemente “no entendiendo” parece extremadamente difícil de poner en práctica para la mayoría de los terapeutas. Ya que los pacientes utilizan la información de una manera diferente de la que lo hacen los terapeutas, observan partes de la situación que el terapeuta ignora, y llegan a conclusiones diferentes a las que llegó el terapeuta, es muy difícil para el terapeuta evitar él mismo pensar de manera dicotómica. Alguien tiene que estar equivocado; muchas veces el terapeuta asume que debe ser el paciente quien lo está. Incluso cuando el terapeuta estuviera dispuesto a explorar la posibilidad de que él mismo puede estar equivocado, esto no representaría un avance importante. La idea de que ambas partes pueden estar en los “cierto” es lo que se precisa. Puede ser muy útil que ambos terapeuta y paciente conozcan la literatura sobre humor, conducta y procesamiento cognitivo. El material del Capítulo 2 sobre la influencia del humor y la emoción en la cognición y el control de la atención (ver la sección de “vulnerabilidad emocional”) es muchas veces compartida con el paciente en dosis pequeñas durante la terapia cuando es necesario. Es crucial que el terapeuta entienda ese material y lo presente en un lenguaje que el paciente pueda entender y aceptar.

PROCEDIMIENTOS DE CLARIFICACIÓN DE CONTINGENCIAS

La clarificación de contingencias está diseñada para ayudar al individuo a observar y extraer las contingencias que operan en su vida. Como se hizo notar más arriba, las personas borderline a veces tienen dificultades atendiendo a contingencias relevantes, y fallan en comportarse de manera que hagan posible obtener consecuencias positivas. Otras veces, están atentos pero fracasan en extraer o recordar reglas importantes. Hay dos tipos de intervenciones de clarificación de contingencias. Primero el terapeuta resalta una regla natural que opera en la vida del paciente; esto significa que el terapeuta ayuda al paciente a atender y extraer la relación de “Si-entonces” implícitos. En este sentido la clarificación de contingencias es una parte del análisis en cadena, del insight y de las estrategias de comunicación recíproca. Segundo, el terapeuta le cuenta al paciente sobre las reglas que operan en una situación nueva a la que el paciente está entrando, y resalta las expectativas apropiadas. La clarificación de contingencias en este sentido se utiliza sobretodo con respecto a las contingencias que operan en la terapia. Los procedimientos se desarrollan abajo y se resumen en la tabla 11.5.

1. RESALTAR LAS CONTINGENCIAS ACTUALES

El primer objetivo es ayudar al paciente a observar, abstraer, y recordar las contingencias que operan en la vida diaria. Saber las reglas y predecir con precisión los resultados incrementa la posibilidad de una conducta sea adaptativa. En particular es importante que el paciente entienda los resultados de su propia conducta y los efectos que tiene en los demás. Los pacientes muchas veces le prestan atención a los detalles equivocados de la situación o,

contrariamente, pueden ser tan sensibles a los detalles que no pueden abstraer las relaciones “si-entonces” importantes. Clarificar los resultados de las conductas maladaptativas es particularmente importante para obtener un compromiso para el cambio: Si los resultados no son negativos o dolorosos ¿Para qué cambiar? Aquí se debe prestar atención tanto a los resultados a corto como a largo plazo, y a los efectos tanto en el paciente como en los otros.

Clarificar los efectos de situaciones, especialmente de las conductas de otras personas en las propias respuestas del paciente –emociones, pensamientos, y urgencias- es también importante. Los individuos borderline a veces tienen una capacidad extraordinaria para olvidar que ciertas situaciones o personas tienen efectos perjudiciales en ellos. Contradiendo toda evidencia insisten en esperar una respuesta diferente de la situación o de ellos mismos. Finalmente, el terapeuta también ayuda al paciente a identificar reglas generales que operan en el ambiente, especialmente reglas sociales. Como hice notar antes, los individuos borderline muchas veces tienen concepciones ingenuas sobre cómo responderán los otros durante un evento. Aunque son bastante buenos al predecir su conducta y la de los demás, tienen dificultades para predecir respuestas que nunca han experimentado. Esto es, su empatía es fuerte con las personas que están experimentando situaciones similares a las propias, pero débil con las personas que son diferentes.

Clarificación de contingencias en el Análisis en Cadena y las Estrategias de Insight. El conducir un análisis en cadena momento a momento de la conducta ofrece una oportunidad para que el terapeuta resalte las relaciones contingentes. Al examinar la cadena de eventos que llevaron a una conducta disfuncional el terapeuta ayuda al paciente a extraer reglas sobre qué fue lo que llevo a qué. Al examinar la utilidad funcional de las conductas objetivo el terapeuta ayuda a extraer reglas sobre los resultados de su propia conducta. El terapeuta pregunta, y alienta que el paciente haga preguntas como “¿Qué pasó entonces?”, “¿Cuál fue el efecto de eso en vos?”, “¿Cuál fue el efecto de lo que hiciste?” y “¿Cómo reaccionaron los otros?”. La idea es dirigir la atención del paciente a la relación entre su conducta y las respuestas de los otros. En las estrategias de insight, el terapeuta ayuda al paciente a resumir la información sobre un número de instancias de la conducta. El terapeuta debe resaltar reglas (ej. Patrones consistentes de “Si-entonces”) que emerjan a través del tiempo. La idea es articular las reglas de una forma breve, preposicional y entonces alentar al paciente a que se las repita al terapeuta repetidas veces periódicamente.

Tabla 11.5. Checklist de Procedimientos de Clarificación de Contingencias

- T RESALTA LAS CONTINGENCIAS; T focaliza la atención de P en los efectos de su conducta en los resultados actuales.
 - En la vida diaria.
 - Con respecto a las conductas problemas de P.
 - Con respecto a los efectos de la conducta de P en otras personas y sus respuestas a P.
 - Con respecto a los efectos de la conducta de P en la relación terapéutica.
 - Con respecto a los efectos de la conducta de P en los resultados del tratamiento.
 - T está mindfull para clarificar las contingencias cuando utiliza el análisis en cadena, el insight, y las estrategias de comunicación recíproca.
 - T CLARIFICA LAS CONTINGENCIAS FUTURAS EN TERAPIA, especialmente cuando orienta a P hacia DBT como una totalidad o sobre procedimientos particulares del tratamiento.
 - Qué es lo que T hará, dadas ciertas conductas de P (especialmente conductas suicidas y conductas que atentan con la terapia).
 - Qué es lo que P puede esperar de T y de los procedimientos del tratamiento.
-

2. COMUNICAR CONTINGENCIAS FUTURAS EN LA TERAPIA

Entre las contingencias más importantes para los pacientes borderline esta aquellas que conciernen a la terapia. La clarificación de contingencias tiene aquí dos aspectos: (1) qué es lo que el terapeuta hará, dadas ciertas conductas del paciente; (2) Qué es lo que el paciente puede esperar de manera razonable del terapeuta y de la terapia. DBT enfatiza la claridad y la directividad, al menos al principio de la terapia. En la etapa final, tal directividad debe desvanecerse y se debe alentar las capacidades del paciente para leer comunicaciones sobre las relaciones sutiles e indirectas.

Orientar a la terapia como un todo, y a los procedimientos del tratamiento tal como son implementados, ya fue desarrollado en este capítulo y en el anterior. Orientar es una estrategia de enseñanza sobre las reglas de la terapia. Se le dice al paciente qué conducta llevará a un resultado positivo y cuál no, y cuáles serán las consecuencias de algunas de esas conductas. Orientar no sólo ocurre al comienzo de la terapia (ver Capítulo 14 para reglas específicas importantes) y en cada nuevo procedimiento, sino que debe ser un telón de fondo de todo el tratamiento. El terapeuta debe estar continuamente enseñando, evaluando la comprensión y la memoria, y realizando coaching. Este proceso de clarificar continuamente las contingencias, en contextos diferentes y con estados de ánimo diferentes, es esencial para DBT. Especialmente durante las etapas iniciales de la terapia, el terapeuta no debe esperar que el paciente extraiga o recuerde las reglas. El fracaso en aprender o recordar las reglas no debe siempre ser interpretado como falta de voluntad.

PROCEDIMIENTOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva es una manera de ayudar al paciente a cambiar tanto el estilo como el contenido de su pensamiento. Cuatro aspectos del pensamiento son de interés: (1) Pensamiento no dialéctico (ej. Estilos de pensamientos dicotómicos, rígidos o extremos); (2) reglas falsas generales gobiernan la conducta (ej. Creencias, supuestos implícitos, ideas, expectativas); (3) descripciones disfuncionales (ej. Pensamientos automáticos, etiquetas exageradas y formas de nombrarse evaluativos); y (4) Localización disfuncional de la atención. El procedimiento primero requiere la observación y el análisis de estos aspectos del pensamiento del paciente, seguido de intentos de generar nuevos y más funcionales estilos, reglas, descripciones y estrategias atencionales para reemplazar aquellas que le causan problemas al paciente. El cambio puede ser iniciado por el desafío verbal de las distorsiones actuales y sesgos atencionales; ofreciendo teorías, explicaciones y descripciones alternativos y examinando la evidencia disponible (y obteniendo nueva evidencia cuando sea necesario) sobre la exactitud de las reglas y etiquetas del paciente. Los cambios son fortalecidos por la práctica repetida. Los procedimientos de modificación cognitiva se desarrollan más abajo y se resumen en la tabla 11.6.

1. ENSEÑANDO AUTOOBSERVACIÓN COGNITIVA

Si el paciente va a lograr monitorear y cambiar sus patrones cognitivos a través del tiempo y las situaciones, es crucial que aprenda a observar sus propios pensamientos y estilo. Por una variedad de razones los individuos borderline y con conductas suicidas raramente tienen esta capacidad. Su involucración en el proceso de evaluar o pensar sobre un evento o una situación es tan intenso que no son capaces de dar un paso atrás y observarse a sí

misimos, para decirlo de alguna forma, y reflexionar sobre su pensamientos y procesos de evaluación independientemente de las actividades en sí mismas. La estrategia principal utilizada es la práctica de la autoobservación cognitiva (ej. Ensayos conductuales donde se ensaya la observación de los procesos cognitivos), con el terapeuta dando instrucciones, feedback, coaching, y refuerzo. Los métodos prácticos pueden ir desde instruir al paciente para que intente imaginariamente mantenerse fuera de sí mismo y observar qué es lo que sucede en la sesión, darle la tarea de monitorear y escribir sus propios patrones de pensamiento durante situaciones específicas o bajo condiciones específicas. Si se da una tarea escrita es útil que el terapeuta revise con el paciente varias maneras de llevarla a cabo. La práctica de Mindfulness (ver el manual que acompaña el texto) y otras formas de meditación pueden también ayudar al aprendizaje de la autoobservación.

El problema clave aquí es enseñar la observación cognitiva, que se la necesita más cuando el paciente experimenta emociones extremas. Y es en esas situaciones donde es menos probable que el paciente tolere la emoción lo suficiente como para observar sus propios pensamientos y evaluaciones con precisión. El temor sobre qué es lo que encontrará si observa “adentro” con cuidado también puede llevar a la evitación de la tarea. Por lo que el terapeuta debe monitorear el procedimiento cuidadosamente para lograr mantener los requerimientos a un nivel que el paciente pueda lograr. Los principios del moldeamiento (Shaping) deben recordarse aquí.

Tabla 11.6. Checklist de Procedimientos de Reestructuración Cognitiva

- T explícitamente ayuda a P a OBSERVAR Y DESCRIBIR su propio estilo de pensamiento, reglas y descripciones verbales.
 - T IDENTIFICA, CONFRONTA Y DESAFIA reglas, etiquetas, estilos específicos disfuncionales pero de una manera dialéctica.
 - T asiste a P a GENERAR estilos, reglas y descripciones verbales más funcionales y precisas.
 - T no sostiene que es el dueño de la absoluta verdad.
 - T valora las formas intuitivas de conocimiento.
 - T valora tener información cuando no ha sido todavía recolectada.
 - T se focaliza en el pensamiento efectivo y funcional más que en el pensamiento “verdadero” o “preciso”.
 - T empuja a P a los límites de su capacidad para generar su propio estilo de pensamiento, reglas y descripciones verbales.
 - T ayuda a P a desarrollar guías para saber cuándo confiar y cuándo sospechar de sus propias interpretaciones.
 - T aplica manejo de contingencias y entrenamiento de habilidades en la modificación cognitiva.
 - T ayuda a P a integrar las estrategias cognitivas utilizadas en los módulos de entrenamiento en habilidades a la vida diaria.
 - T implementa o deriva a P a programas formales de terapia cognitiva cuando es apropiado.
- Tácticas AntiDBT
- T le dice a P que todos sus problemas están “en su cabeza”.
 - T sobresimplifica los problemas de P, sugiriendo que todo estaría bien si P fuera sólo capaz de cambiar su “actitud”, sus pensamientos o su manera de ver las cosas.
 - T se involucra en una lucha de poder con P sobre cómo deben pensarse las cosas.
-

2. IDENTIFICAR Y CONFRONTAR CONTENIDOS Y ESTILOS COGNITIVOS MALADAPTATIVOS

Como hice notar repetidas veces DBT sugiere que el contenido y el estilo cognitivo no es menos importante que factores ambientales y conductuales en el desarrollo y mantenimiento de los patrones disfuncionales borderline. Cuando se conduce un análisis en cadena el terapeuta debe buscar por antecedentes cognitivos y efectos de acciones y reacciones maladaptativas tan cuidadosamente como otros antecedentes y resultados.

Muchas de las estrategias DBT requieren que el terapeuta (explícita o implícitamente) identifique, desafíe, y confronte creencias problemáticas, supuestos, teorías, evaluaciones juiciosas, y tendencias a pensar de manera rígida y en términos absolutos (ej. Pensamiento no dialéctico). Las estrategias dialécticas, las estrategias de resolución de problemas, las estrategias de comunicación irreverente, y todos los módulos de entrenamiento en habilidades focalizan en su totalidad o en una parte de cómo el paciente organiza y usa la información y qué es lo que el paciente piensa de sí mismo, sobre la terapia, y sobre la relación entre ella y el mundo. La capacidad del terapeuta de descubrir los problemas cognitivos en instancias específicas, presentárselas al paciente de una manera persuasiva, y sugerir variables alternativas es muy importante. Un número de estrategias son discutidas en los Capítulos previos (ej. La estrategia dialéctica del abogado del diablo, la estrategia de compromiso de foot-in-the-door) están diseñadas teniendo esto en mente. Un estilo dialéctico es muy importante, sin embargo, de parte del terapeuta puede ayudar a que el paciente expanda sus opciones cognitivas más que probar que está “mal”. La validación de los puntos de vista existentes es importante mientras se sugieren otros posibles.

3. GENERANDO CONTENIDOS Y ESTILOS COGNITIVOS ALTERNATIVOS

Una vez que los patrones de pensamiento, las reglas y las expectativas disfuncionales y los estilos de pensamientos disfuncionales fueron identificados, el siguiente paso es encontrar maneras más adaptativas de pensar que los pacientes puedan adoptar. La regla más importante de DBT aquí es que el terapeuta debe enseñar y reforzar un estilo de pensamiento dialéctico sobre el puramente “racional” o puramente emocional. El pensamiento dialéctico (así como los dilemas dialécticos para los pacientes borderline) fueron discutidos en extenso en los Capítulos 2, 3, 5, y 7; por lo que no los definiré ni los discutiré en extenso aquí. Para mantenerse con una aproximación dialéctica el terapeuta, sin embargo, debe recordar que no debe encerrarse en la verdad absoluta. Incluso el pensamiento dialéctico tiene sus límites. Una de las tensiones dialécticas en la modificación cognitiva es entre el pensamiento racional y empírico por un lado, y el pensamiento intuitivo y emocional por otro. Por un lado, como en la mayoría de las terapias cognitivas (ej. La terapia cognitiva de Beck) el terapeuta debe realizar “experimentos” en el mundo real que pongan a prueba los supuestos, creencias y reglas. Por otro lado el terapeuta valora el conocimiento intuitivo que no puede ser probado en el sentido convencional. El pensamiento funcional y efectivo, más que ser necesariamente “verdadero” o preciso es valioso.

Como otras habilidades, aprender cómo pensar dialécticamente y funcionalmente requiere un esfuerzo activo de parte del paciente. El terapeuta puede ayudar en este esfuerzo haciendo preguntas durante la sesión y dando tareas cognitivas. En las últimas el terapeuta y el paciente siguen los pensamientos disfuncionales durante la semana e intentan reemplazarlos con pensamientos más funcionales, manteniendo notas diarias, y discutiendo los resultados durante la siguiente sesión (formularios para esta práctica están en el manual

que acompaña al texto). En muchos casos, el terapeuta al principio debe extraer pensamientos más o menos apropiados del paciente. Los pacientes borderline suelen decir “No tengo idea” cuando se les pide que produzcan nuevas formas de aproximarse a viejos problemas. Muchas veces, simplemente tienen miedo de revelar formas más efectivas de pensar por temor a ser castigadas o ridiculizadas. Una buena cantidad de empuje, aliento, y moldeamiento será necesaria para lograr que el paciente genere sus propios estilos de pensamiento, reglas, y descripciones verbales de los eventos más adaptativos.

4. DESARROLLANDO GUIAS PARA SABER CUANDO CONFIAR Y CUANDO SOSPECHAR DE LAS INTERPRETACIONES

Es crucial que el terapeuta se ocupe de la tendencia de los pacientes a creer que si se equivocó, tiene un sesgo, o una distorsión en una circunstancia, debe estar equivocado siempre – y que siempre lo estará en el futuro. Esto por supuesto es un ejemplo de pensamiento no dialéctico. ¿Pero cuál es la antítesis apropiada para tal aseveración? La mejor solución es ayudar al paciente a desarrollar guías que lo asistan para determinar cuándo debe probablemente confiar en sí misma y cuando debe al menos chequear sus percepciones y conclusiones.

Alguna de estas guías se aplican a casi todos nosotros. Los psicólogos de la personalidad y sociocognitivos estudiaron durante años la tendencia de las personas a sesgar sus evaluaciones y juicios. Un número de sesgos bien conocidos influyen a las personas en general, y los que son relevantes para la tarea que desarrollamos aquí son listados en la tabla 11.7. Cada paciente tendrá a su vez áreas en particular en las que el sesgo y la distorsión son más probables. Por lo que además de identificar áreas en general que deben observarse, las guías deben también cubrir las tendencias específicas de cada paciente en particular. Por ejemplo, un paciente puede tener errores característicos cuando está extremadamente enojado, o con ciertas personas en particular. Otras pueden estar sesgadas principalmente cuando están tristes. Las mujeres que sufren de síndrome premenstrual deben tener especial cuidado durante los días previos a su periodo menstrual. Los pacientes borderline muchas veces atienden de manera selectiva a las claves asociadas al rechazo. Las feministas pueden atender selectivamente las claves que pueden interpretarse como sexuales o sexistas. Una paciente mía que era soltera y quería casarse casi nunca veía a las personas que caminaban solas, pero podía dar casi una cifra exacta de cuantas parejas se había cruzado mientras caminaba.

Hay dos puntos importantes aquí. Primero se le debe decir al paciente que todas las personas tienen sesgos y distorsiones; y esto no significa que las personas no deben confiar nunca en sí mismas. Segundo, el conocimiento es poder, o al menos incrementa la seguridad. Saber cuándo y bajo qué circunstancias es más probable que suframos distorsiones y sesgos puede ser útil para que los percatemos y los corrijamos. La idea es normalizar más que patologizar el sesgo de la información.

Aplicando Contingencias y Entrenamiento de habilidades en la Modificación Cognitiva

Como en todas las intervenciones activas en DBT, el rol del terapeuta al confrontar y desafiar los estilos y contenidos de pensamiento maladaptativos, y en generar nuevos, más adaptativos y dialécticos, deben desvanecerse a través del tiempo cuando los pacientes se vuelven más competentes en observar y reemplazar sus propios errores y sesgos cognitivos.

Al principio de la terapia es muchas veces necesario que el terapeuta “lea la mente” (ver Capítulo 8 para una discusión extensa sobre este tema). Durante el desarrollo el terapeuta debe empujar al paciente a observar y describir sus propios pensamientos, supuestos y reglas maladaptativos y a generar nuevas maneras de pensar. Al final de la terapia, el paciente debe ser capaz de pensar más dialécticamente y pescarse a sí mismo en sus contenidos y estilos problemáticos, con poco o ningún coaching de parte del terapeuta. Los principios del manejo de contingencias y del entrenamiento en habilidades en el Capítulo 10 y en la primera parte de este capítulo deben aplicarse con los procedimientos de modificación cognitiva.

Tabla 11.7 Sesgos y Heurísticas del Juicio
1. Las personas son influenciadas por la capacidad relativa, o la accesibilidad a su memoria, de los eventos relacionados con el juicio que están realizando (“Heurística de capacidad”). (Ejemplo: La estimación subjetiva de la probabilidad de muerte por un número de causas esta relacionada con la exposición desproporcionada a eventos letales a través de la televisión, así como a lo memorables e imaginable que sean).
2. Las personas basan su juicio en el punto en el que ellos creen que un evento específico es prototípico de un grupo más grande de eventos (“Heurística de representatividad”). (Ejemplo: La tendencia a pasar por alto las índices base cuando se predijo que alguien lo hará. Por ejemplo, en la mayoría de los programas de doctorado, el 90% de los alumnos admitidos eventualmente terminan el doctorado. Sin embargo muchos estudiantes predicen que un estudiante que es desaprobado por su consejero no lo terminará. Esto pasa por alto el hecho de que la mayoría de los estudiantes terminan el doctorado, y que al menos alguno de ellos han enojado de sus consejeros).
3. La posición inicial que uno toma sigue influenciando el juicio posterior incluso cuando su poca relevancia sea obvia (“Heurística Ancla”). (Ejemplo: Las personas se apegan a sus hipótesis iniciales aunque la evidencia en la que inicialmente basaron su hipótesis este totalmente desacreditada)
4. Las personas toman la información que confirma sus creencias más que la que la desconfirma (“Sesgo de confirmación”). (Ejemplo: Cuando una persona trata de determinar si una persona tiene una particular característica de personalidad o tendencia, típicamente harán preguntas que tienden a confirmar más que a desconfirmar las características que están poniendo a prueba.
5. Las personas tienden a ajustar su recuerdo o reconstruir la probabilidad de sus juicios al conocimiento actual (“Sesgo de retrospectiva”). (Ejemplo: Cuando se le presenta historias clínicas y se requiere que expliquen un final hipotético, como el suicidio, la probabilidad estimada de que este resultado ocurra verdaderamente es sistemáticamente incrementada.)
6. Los estados de ánimos negativos producen un sesgo negativo consistente en el sesgo y en el juicio y la estimación del sesgo (“Sesgo del humor”). (Ejemplo: Cuando se está de buen humor (en comparación a cuando se está de mal humor o neutral) las personas dirán que están más satisfechas con lo que tienen y puntuarán su propia performance más positivamente, incluso cuando la performance este controlada experimentalmente dándoles falso feedback sobre su éxito o fracaso. Cuando las personas están de mal humor muestran un incremento global en su estimación de la probabilidad subjetiva de que una amplia gama de desastres sucedan.)
7. Cuando las personas se imaginan un resultado ocurriendo incrementan su estimación de la probabilidad de que ese resultado realmente suceda (“sesgo del resultado imaginado”). (Ejemplo: Las personas que se imaginan siendo acusadas falsamente de un crimen son más proclives a aceptar la idea de que ellos mismos podrían ser acusados de esa forma.)
Nota: Adaptado de The Psychological Treatment of Depression: A Guide to the Theory and Practice of Cognitive Behavior Therapy, 2 nd . Ed. Por J.M.G. Williams, 1993, New York: Free Press. Copyright 1993 por Free Press. Adaptada con permiso.

Integrando las Habilidades Cognitivas de los módulos de habilidades

Como dije arriba habilidades cognitivas son enseñadas en cada uno de los módulos de habilidades. Autodiálogos específicos son enseñados en los módulos de tolerancia al

malestar y de efectividad interpersonal; clarificar los resultados y las expectativas apropiadas sobre los mismos es también una parte importante del entrenamiento de efectividad interpersonal. Identificar y cambiar las evaluaciones juiciosas es una de las habilidades enseñadas en Mindfulness, así como la habilidad de observar desde la distancia. El módulo de regulación emocional incluye la habilidad de identificar las evaluaciones cognitivas relacionadas con la emoción. Si estas habilidades se enseñan en el grupo de habilidades pero el terapeuta individual utiliza diferente terminología o simplemente ignora estas habilidades es improbable que se aprendan y que ejerzan ningún beneficio al paciente. Por lo que es esencial para DBT que los terapeutas individuales presten mucha atención a las habilidades cognitivas que se enseñan en los módulos, y que las sostengan y refuercen.

Programas Formales de Terapia Cognitiva

No hay nada en DBT que prohíba la implementación o la derivación del paciente a programas formales de terapia cognitiva. Como un programa terapéutico coadyuvante, especialmente con pacientes que están listos y desean, puede ser muy recomendable. Procedimientos de cambio cognitivo estructurados y organizados no están incluidos de una manera formal en DBT por muchas razones. Primero, en mi experiencia, focalizarse primariamente en cambiar como el individuo piensa y utiliza la información como solución a sus problemas es muchas veces similar a un ambiente invalidante. Es difícil contrarrestar el mensaje de que el paciente debe pensar “bien” y que entonces todo estará bien. Aunque esta es una respuesta no intencionada y no dialéctica a una terapia cognitiva correctamente llevada a cabo, encontré que esta es una objeción extraordinariamente difícil de sobrepasar.

Segundo la terapia cognitiva formal generalmente requiere al menos algo de automonitoreo, escribir los pensamientos y los supuestos, y llevar a cabo experimentos. Estas actividades requieren de un número de habilidades preliminares que muchos pacientes borderline simplemente no tienen. Un programa que requiere una cantidad significativa de trabajo independiente al comienzo no es apropiado para pacientes severamente perturbados. Cuando el tratamiento cognitivo es modificado de tal forma que los procedimientos de cambio son llevados a cabo con el terapeuta dentro de la sesión, la diferencia entre los procedimientos de cambio de DBT y el de muchas otras terapias cognitivas disminuyen.

Comentarios Finales

En este capítulo y en el Capítulo 10 revisé los procedimientos básicos de cambio de la terapia cognitivo conductual y discutí sobre cómo pueden realizarse con pacientes borderline. Este conjunto de cuatro procedimientos –manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades, técnicas basadas en la exposición, y modificación cognitiva– son los procedimientos de cambio de la terapia conductual actual. DBT no incluye demasiadas cosas nuevas en este punto. Es importante que el lector mantenga en mente que puede y debe incluir cualquier técnica que crea es un procedimiento de cambio efectivo o que haya demostrado efectividad en la investigación. Por lo que usted o yo podemos escribir capítulos adicionales con procedimientos terapéuticos que yo no incluí. Por ejemplo si usted es un terapeuta Gestáltico, no hay razones para no incluir técnicas Gestálticas. Sobre todo en la segunda y en la tercera etapa del tratamiento, procedimientos como la técnica de las dos sillas pueden ser muy útiles.

Cuando se trabaja con problemas conductuales específicos (ej. Disfunción sexual o marital, abuso de sustancias, desórdenes de conducta, o otros trastornos del eje I), se puede agregar alguna de técnicas que los expertos en el área desarrollaron para aumentar la integración de la personalidad o la “fusión”. Es importante, sin embargo, al integrar otros procedimientos hacerlo de una manera consistente teóricamente. Esta prescripción no es un permiso para cambiar de tácticas cada vez que uno se desmoraliza ni para intentar cada nueva técnica sobre la que uno escucha.

1. Muchas de las guías y mucha de la estructura de esta sección nos fue dada por Edna Foa (Comunicación personal, 1991) quien desarrolló un número de programas de tratamiento efectivos basados en la exposición.

12

Estrategias de Estilo: Equilibrio en al Comunicación

Marsha Linehan

Las estrategias de estilo, como el nombre lo indica, se refieren al estilo y la forma de la comunicación terapéutica. Se focalizan en *como* el terapeuta usa las otras estrategias del tratamiento, más que en el contenido de la comunicación. El estilo tiene que ver con el tono (cálido vs. frío o confrontativo), con la cordialidad (suave y fluido vs. duro y abrupto), con la intensidad (liviano o con humor vs. muy serio), con la velocidad (rápido, moviéndose velozmente, interrumpiendo vs. despacio, pensativo y reflexivo) y con la sensibilidad (vulnerable vs. insensible). El estilo del terapeuta puede comunicar actitudes como condescendencia y arrogancia versus respeto y afecto.

Existen dos estrategias de estilo en DBT. Las estrategias de comunicación recíproca definidas por la sensibilidad, la autodevelación, la calidez y la autenticidad. Por contraste las estrategias de comunicación irreverentes son desfachatadas, impertinentes e incongruentes. Lo recíproco es vulnerable, lo irreverente puede ser confrontativo. Los dos estilos constituyen los polos de una dialéctica. No sólo deben ser equilibrados sino que deben sintetizarse. El terapeuta debe ser capaz de moverse adelante y atrás entre ambos con tal velocidad que la mezcla de ambos constituya en sí misma una estrategia estilística.

Los individuos borderline son muy sensibles a las diferencias interpersonales de poder y a los “juegos” que utilizan los terapeutas. La mayor parte de su experiencia en la vida fue en una posición “one-down”. Muchos de los problemas interpersonales de los pacientes son el resultado de sus intentos, a veces torpes, de cambiar ese desequilibrio de poder. La comunicación recíproca quiere cambiar ese desequilibrio de una manera más habilidosa, y proveer de un ambiente que mantenga al paciente dentro de la empresa terapéutica. También intenta ser un modelo de cómo interactuar con un igual dentro de una relación importante.

Las personas borderline tienen dificultades para obtener suficiente distancia psicológica para observar y describir los eventos y los procesos que suceden en sus vidas. Tal observación, sin embargo, es esencial para cambiar. El intento de la comunicación irreverente es ayudar a proveer esta distancia al hacerle perder el equilibrio al individuo sólo lo suficiente como para conmover su típica rigidez y su aproximación estrecha a la vida, a sí mismos, y a la resolución de problemas. La idea es resaltar los dos lados de la dialéctica sin negar el uno ni el otro.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN RECÍPROCA

La sensibilidad, la autodevelación, el compromiso cálido, y el ser genuino, son las cuatro estrategias básicas de comunicación recíproca. La reciprocidad es importante en cualquier relación interpersonal buena. Es particularmente importante dentro de una relación íntima, como la psicoterapia, y es esencial en la relación terapéutica con los individuos borderline. La comunicación recíproca es el modo de comunicación usual en DBT.

Poder y Psicoterapia: ¿Quién hace las reglas?

Los pacientes en psicoterapia muchas veces se quejan de que mientras que ellos son conmovidos emocionalmente y tocados profundamente por sus terapeutas no se sienten capaces para influir en su terapeuta de una manera similar. Ellos son vulnerables, los terapeutas invulnerables. Ellos están desnudos mientras sus terapeutas continúan con sus ropas puestas, para decirlo de algún modo. Los riesgos están divididos de una manera desigual. Los pacientes también son concientes de la impenetrabilidad del terapeuta, mientras el terapeuta tiene infinitos límites, ellos no tienen ninguno. Para decirlo directamente el poder en la relación terapéutica no sólo es desigual, por la naturaleza de la psicoterapia en sí misma, sino que es desigual en aquellas áreas de la vida que al paciente le importan más. Muchas de las batallas que se llevan a cabo en la psicoterapia tienen que ver con este desequilibrio de poder y los intentos de los pacientes por rectificarlo.

Aunque el terapeuta no es ni cercanamente tan invulnerable como el paciente muchas veces cree, muchas de las tradiciones actuales de la psicoterapia apoyan la insatisfacción y la confusión de los pacientes sobre este tema. Aunque los terapeutas pueden preferir que sea de otra forma las quejas de los pacientes son muchas veces válidas. Las reglas que guían la conducta del terapeuta y el estilo interpersonal son muchas veces arbitrarias, conocidas por el terapeuta pero no por el paciente, por lo que el comportamiento del terapeuta no sólo es incomprensible sino impredecible. El terapeuta promueve la intimidad dentro de la relación pero las reglas que generalmente rigen las relaciones íntimas no se aplican a esa relación. Las reglas de intimidad apropiadas para una persona involucrada simultáneamente en muchas relaciones terapeuta-paciente (el terapeuta) pueden ser totalmente inapropiadas para una persona que está involucrada en sólo una relación (el paciente). Los terapeutas se sienten muchas veces incómodos o son teóricamente contrarios a las autodevelaciones personales, mientras insisten con la autodevelación de parte del paciente. Aunque la relación terapéutica se presenta como una relación de ayuda y contención, la disponibilidad y la flexibilidad inherente a casi todas las otras relaciones de contención frecuentemente no existen o están muy restringidas.

El paciente borderline es tratado en terapia en algunas ocasiones como un niño es tratado por su padre: Se lo trata como menos calificado que el terapeuta para tomar decisiones sobre su propio bienestar. Un niño sin embargo eventualmente se convertirá en un igual de su padre, en contraste, cuando el paciente “crece” su poder en la relación terapéutica no necesariamente cambia. Cuando ese evento finalmente sucede (la igualdad) es probable en psicoterapia que la relación se de por terminada.

En el mundo académico se dice que los estudiantes están sobre los hombros de sus maestros. El linaje entre estudiantes y maestros es subrayado para mostrar su influencia. En psicoterapia, sin embargo, las costumbres de la cultura conspiran para mantener la relación en secreto- algo de lo que avergonzarse, más que algo sobre lo que estar orgulloso. Incluso

los terapeutas que son pacientes a su vez no revelan esta información a sus propios pacientes.

Los pacientes borderline en particular son muy rápidos para pescar las diferencias de poder e intolerantes hacia la arbitrariedad en la relación terapéutica. Puede que sea porque han sufrido tanto en el pasado la distribución desigual del poder interpersonal. Además los pacientes muchas veces no tienen otras relaciones íntimas, en las cuales el poder sea más o menos igual, para equilibrar la relación terapéutica. Muchos de los problemas con los pacientes borderline en psicoterapia tienen que ver con esta desigualdad fundamental. Incapaces de balancear el poder relacional o dejar la relación, muchas veces oscilan entre un comportamiento servil, necesitado y dependiente, y comportamientos dominantes o de rechazo. Van de la sobredependencia a la sobreindependencia. Muy pocos adultos desean mantenerse demasiado tiempo en una relación íntima donde su posición de poder e influencia esta tan limitado. La necesidad de una relación terapéutica prolongada coloca al individuo borderline en una posición vulnerable; una terapia efectiva requiere que el terapeuta sea sensible a este dilema.

Las estrategias de comunicación recíproca están diseñadas para reducir la diferencia de poder percibida entre el terapeuta y el paciente; para incrementar la vulnerabilidad del terapeuta, y comunicar confianza y respeto por el paciente y aumentar el apego y la intimidad en la relación (Ver Derlega & Berg, 1987, para una revisión de la literatura sobre sensibilidad y autodevelación). Las estrategias que se desarrollan abajo están resumidas en la tabla 12.1.

1. SENSIBILIDAD (RESPONSIVENESS)

Las “sensibilidad” definida de manera amplia es el grado en que el terapeuta toma en cuenta las comunicaciones del paciente, de una manera que comunica interés en lo que el paciente esta diciendo, haciendo y entendiendo, así como las conductas que expresan preocupación sobre el contenido de la comunicación, deseos y necesidades del paciente. Es un estilo que indica que el terapeuta esta escuchando al paciente y tomándolo seriamente, en vez de descartar, ignorar o suponer lo que esta diciendo o deseando. Las características de un estilo sensible incluyen las siguientes.

Mantenerse Despierto

Mantenerse despierto significa mantener la atención focalizada en el paciente sin involucrarse en rumiaciones ni en ensueños diurnos, escribir mientras se escucha (a menos que sea necesario tomar notas), permitir interrupciones de teléfonos celulares, o mantener el ojo en el reloj. El terapeuta debe estar especialmente atento a los cambios en el estado de ánimo y las emociones del paciente dentro de la interacción. Como dije en varias oportunidades, la expresión verbal de los pacientes borderline es muy sutil y difícil de percibir. El terapeuta debe tener en cuenta pequeños cambios y debe chequear periódicamente con el paciente sobre lo que esta sucediendo o cambiando ¿qué es lo que estas sintiendo ahora mismo? Es una pregunta que puede ser muy útil. A veces pueden necesitarse algunos minutos para explorar los efectos de la interacción actual en el paciente; cambios en el estilo terapéutico o en el foco pueden o no ser necesarios. Aunque esto puede distraer momentáneamente del contenido de lo que esta sucediendo, es relativamente fácil retomar el camino. Mantenerse despierto es la condición de no perderse nada.

Tabla 12. 1. Checklist de Estrategias de Comunicación Recíproca

- T es SENSIBLE a P

- T atiende a P de una manera mindful, T esta “despierto” durante la interacción con P.
 - T presta atención a los pequeños cambios en la conducta de P durante la interacción.
 - T varía la expresión del afecto y las respuestas no verbales (postura, contacto visual, sonrisas y movimientos de cabeza) de acuerdo con los contenidos de la comunicación de P, expresando interés y compromiso activo.
 - T acompaña la intensidad de P.
 - El timing de la respuesta de T transmite comprensión e interés.
- T toma la agenda de P seriamente.
 - T responde al contenido de la comunicación de P.
 - T responde a las preguntas de P con respuestas relevantes.
 - El contenido de la respuesta de T es directamente relevante para la comunicación de P.
 - T elabora los contenidos de P.

- T hace AUTODEVELACIONES

- T orienta a P sobre el rol de las autodevelaciones en DBT.
- T se involucra en autodevelaciones de autoimplicación.
- T provee información a P sobre sus reacciones a P y su conducta utilizando afirmaciones en primera persona con la forma “Cuando vos haces C, Yo siento (o pienso o deseo hacer) Y.”
- T devela su propia experiencia de la interacción y de la relación; T tiene comunicaciones de “corazón a corazón”.
 - T se focaliza en el proceso de la interacción.
 - T le comunica a P donde se encuentra con respecto a él.
- T mezcla la autoimplicación y la sensibilidad.
 - T es claro sobre la conducta de P y la propia, diferenciando una de otra.
 - T está atento a los efectos de la autodevelación y la sensibilidad en la conducta de P.
- T devela las reacciones de otros a sus conductas.
- T se involucra en autodevelaciones personales.
 - T utiliza la autodevelación como modelado.
 - T devela esfuerzos personales (éxitos y fracasos) al afrontar problemas similares a los de P.
 - T modela conductas normales y problemas.
 - T modela el afrontar los propios problemas de la vida.
 - T modela el afrontar los fracasos.
 - T devela información profesional sobre el mismo.
 - Entrenamiento profesional, grado.
 - Orientación Terapéutica.
 - Experiencia con pacientes borderline / suicidas.
 - T devela información sobre el mismo (edad, estado civil, etc.) hasta donde T se sienta cómodo y parezca que es de ayuda para P.
- T utiliza la reunión de equipo para supervisar sus autodevelaciones.

- T expresa un COMPROMISO CALIDO (como opuesto a la falta de disposición a interactuar o trabajar con P).

- T es honesto cuando momentáneamente está poco dispuesto.
 - Si T es interpersonalmente reservado por naturaleza, T expresa aprecio de otras maneras.
 - Cuando P le genera enojo a T, T maneja su enojo.
 - T utiliza el contacto físico terapéuticamente.
 - El rol del contacto físico en el plan de tratamiento es muy claro.
 - El abrazo de T es breve.
 - El abrazo o el contacto expresa el nivel de intimidad actual en la relación terapéutica.
 - T es muy sensible al nivel de comodidad y a los deseos de P.
 - T es honesto sobre sus propios límites personales sobre el contacto.
 - T evita de manera estricta el contacto sexual.
 - T trata el inicio de un contacto un abrazo inapropiado como una conducta que atenta contra la terapia.
-

-
- T hace que el contacto físico sea potencialmente público.
 - T es GENUINO
 - La conducta de T es natural más que arbitraria.
 - La amabilidad de T es independiente del rol.
 - T observa los límites naturales de la relación.
- Tácticas AntiDBT
- Las autodevelaciones de T son relevantes a las necesidades de T y no de P.
 - T no observa sus límites tanto en la sensibilidad como en la autodevelación.
 - T tiene charlas de “corazón a corazón” con P en vez de trabajar en las conductas problemas relevantes.
 - T es falso.
 - T se involucra en conductas sexuales con P o hace propuestas sexuales o flirtea con P.
-

Mantenerse despierto también requiere involucrarse en un patrón de interacción recíproca. Las expresiones verbales de las emociones y la intensidad de esas expresiones, así como las respuestas no verbales (postura, contacto ocular, sonrisas, movimientos de cabeza), deben variar de acuerdo a lo que el paciente está diciendo y haciendo de una manera que comunique una implicación activa en la interacción.

Tomando la agenda del paciente seriamente

La sensibilidad requiere tomar los deseos y necesidades del paciente sobre la sesión en cuenta, esto significa tomarlos seriamente. Tomar la agenda del paciente seriamente sin embargo no significa necesariamente seguirla en vez de seguir la agenda del terapeuta. Significa reconocer sus deseos abiertamente más que ignorarlos, negociar un compromiso cuando sea posible, poner su agenda delante de la del terapeuta si es realmente más importante, y validar la legitimidad de sus deseos si el terapeuta elige insistir en su propia agenda.

Responder al contenido de las comunicaciones del paciente

La sensibilidad requiere que el terapeuta conteste las preguntas del paciente con respuestas relevantes, que remarque cosas relacionadas con lo que el paciente acaba de decir o hacer, que elabore o se extienda sobre el contenido de lo que el paciente acaba de decir. Responder a una pregunta de un paciente con la contrapregunta “¿por qué preguntas?” puede ser terapéutico, pero no es sensible.

2. AUTODEVELACION

La autodevelación involucra la comunicación de parte del terapeuta de sus propias actitudes, opiniones y reacciones emocionales hacia el paciente y hacia la situación terapéutica o información sobre experiencias de vida del terapeuta pertinentes. En la literatura profesional la autodevelación es un tema de controversia. También puede volverse un tema de controversia en la relación terapeuta-paciente. Muchas veces, aunque no siempre, los pacientes desean más autodevelación de parte del terapeuta de la que el terapeuta quiere dar, y a veces, sin embargo, pueden querer menos. DBT alienta la autodevelación en algunas circunstancias y la desalienta en otras. Las decisiones sobre autodevelación deben hacerse siempre sobre la utilidad que pueden tener para el paciente y la relevancia del tema para aquello que está bajo consideración en ese momento.

En DBT se utilizan dos tipos principales de autodevelación (1) Autodevelación de autoimplicación y (2) Autodevelación personal. La “autodevelación de autoimplicación” es un termino técnico para referirse a las declaraciones del terapeuta sobre sus reacciones personales inmediatas al paciente. La literatura sobre counseling se refiere a esto como “inmediacy”. En términos psicodinámicos el foco estaría puesto en la contratransferencia. La “autodevelación personal” se refiere al terapeuta dando al paciente información sobre sí mismo, su calificación profesional, sobre sus relaciones externas a la terapia (ej. Estado Civil), experiencias pasadas o presentes, opiniones, planes que pueden no estar relacionados necesariamente con la terapia o el paciente.

La autodevelación puede ser utilizada efectivamente como parte de cada una de las estrategias de DBT. Es parte de la (1) Validación cuando normaliza la experiencia del paciente o esta de acuerdo con su percepción o su interpretación de la situación, entiende las emociones del paciente y valora sus decisiones; (2) de la Resolución de problemas cuando el terapeuta devela maneras de analizar un problema o una solución que él mismo intento en una situación similar; (3) del Entrenamiento en habilidades cuando el terapeuta ofrece nuevas maneras de sobrellevar una situación basada en su experiencia personal; (4) del Manejo de contingencias y clarificación si se utiliza para develar las reacciones del terapeuta al comportamiento del paciente; (5) de la Exposición cuando la reacción del terapeuta es aquella que el paciente tema o encuentra frustrante. Además la autodevelación aumenta la fortaleza de la relación terapéutica al incrementar la intimidad y la calidez. Como con todas las estrategias existen un número de guías para utilizar la autodevelación sabiamente.

Orientar al Paciente hacia la Autodevelación del Terapeuta

La utilidad de la autodevelación depende muchas veces de si el paciente espera la autodevelación como parte de una relación de ayuda. Los pacientes a los que se les ha dicho que los terapeutas efectivos y profesionales no hacen autodevelaciones puede que se descoloquen con la autodevelación del terapeuta y que vean al terapeuta como inefectivo e incompetente. Una paciente me fue derivada luego de la terminación unilateral de la terapia por parte del terapeuta. Un tiempo después yo me iba a tomar unos días de vacaciones y la paciente me pregunto donde iba. Mi respuesta se encontró con su enojo y su desprecio: si yo estaba dispuesta a decirle donde me iba eso significaba que no era una buena terapeuta. ¡Su ex - terapeuta nunca se lo hubiera dicho! Yo no la había preparado para las diferencias entre DBT y el psicoanálisis. Aunque una preparación adecuada podría no haber solucionado el problema en este caso, el terapeuta debería orientar al paciente sobre el lugar que ocupa la autodevelación en DBT al comienzo de la terapia. Es útil descubrir y discutir las expectativas y creencias del paciente al respecto.

Autodevelación de Autoimplicación

Develar reacciones sobre el paciente y sobre su conducta. En DBT el terapeuta presenta de una manera natural, como parte del dialogo terapéutico, sus reacciones inmediatas hacia paciente o hacia su conducta. La forma de autodevelación aquí es “Cuando vos haces *X* yo siento (o pienso o me dan ganas de) *Y*”. Por ejemplo el terapeuta puede decir “Cuando vos me llamas a casa y criticas todos mis esfuerzos por ayudarte, me siento frustrado” o “No me dan ganas de hablar más con vos” o “Comienzo a pensar que

realmente no querés que te ayude”. La siguiente semana cuando el comportamiento del paciente haya mejorado el terapeuta puede decir “Cuando me criticaste menos esta semana en el teléfono me fue mucho más fácil ayudarte”. Un terapeuta de mi clínica cuya paciente se quejaba sobre su frialdad dijo: “Cuando me demandas calidez me alejo y me es más difícil ser cálido”. Cuando un paciente seguía pidiéndome ayuda pero no llenaba su registro diario le dije: “Seguís pidiéndome ayuda pero no haces las cosas que yo creo son necesarias para ayudarte. Me siento frustrada, porque quiero ayudarte pero siento que no me dejás”. “Estoy encantada...” es una autodevelación mía muy común cuando los pacientes muestran progreso, afrontan algo particularmente difícil, o hacen algo lindo para mí (me mandan una tarjeta de cumpleaños). “Estoy desmoralizada” puede ser una develación mía a un paciente que se interna contra mi consejo por décima vez.

Las autodevelaciones sirven para validar y para desafiar. Es el principal método del manejo de contingencias, la observación de límites, la clarificación de contingencias y el colocar como objetivo una conducta del paciente en relación con el terapeuta. Es manejo de contingencia porque las reacciones del terapeuta a las conductas del paciente casi nunca le son neutrales al paciente. O son un refuerzo positivo de la conducta “X” o son negativas y lo castigan. Sostuve en el capítulo 10 que la relación con el terapeuta era la contingencia más importante cuando se trabajaba con pacientes borderline. La autodevelación de autoimplicación es el medio de comunicar el estado momentáneo de la relación.

La autodevelación de límites individuales, de preferencia o de capacidad, es esencial para los procedimientos de observar límites personales. Aquí el terapeuta debe ser cuidadoso de develar los límites como pertenecientes al terapeuta, a su self, y no como perteneciente a la terapia o a algún tipo de regla. La autodevelación es en sí misma una forma de observación de los límites personales.

Develar nuestra reacción hacia el paciente o su comportamiento es también una clarificación de contingencias, ya que le da al paciente información sobre los efectos de su propio comportamiento. Hasta el momento en que las reacciones del terapeuta están razonablemente dentro de la norma, esta información es extremadamente importante para ayudar al paciente a cambiar su conducta interpersonal. Los pacientes borderline fueron criados en familias donde las reacciones a sus comportamientos no eran comunicadas o no estaban dentro de la norma. Por lo que los pacientes no son concientes en que forma su comportamiento afecta a los otros hasta que es demasiado tarde para reparar el daño. Es extremadamente importante darle feedback tempranamente en la cadena de comportamientos interpersonales, más que esperar hasta que la reacción sea tan potente que sea difícil de reparar. *Comunicaciones de “Corazón a Corazón”* La autodevelación también incluye discutir con el paciente la experiencia que tiene el terapeuta de lo que está sucediendo inmediatamente en la interacción, en el teléfono o en la sesión. Aunque no hay mucha diferencia con la develación de nuestras reacciones al comportamiento del paciente, aquí el foco está puesto en el ida y vuelta de la interacción de las dos partes. El terapeuta devela su propia percepción de la interacción actual, junto con su propia respuesta a ella. La forma es “Me parece que x está pasando entre nosotros ¿qué pensás?”. Por ejemplo “Tengo la sensación de que nuestra interacción se va volviendo cada vez más tensa ¿Vos también lo estás sintiendo?”. El terapeuta cambia el foco del diálogo a la interacción del aquí y ahora. El cambio de foco puede ser muy breve (sólo un comentario al pasar) o puede llevar a una discusión profunda sobre la interacción.

Cuando le preguntan el terapeuta debería estar dispuesto a discutir con el paciente donde se encuentra en relación con el paciente. En este caso el terapeuta revé la relación

como un todo en vez de focalizarse en la interacción específica. Por ejemplo, uno de mis pacientes faltó a sesión (otra vez), sin llamarme (otra vez), porque no había tomado su medicación anticonvulsiva (otra vez), teniendo que ser internado (otra vez). La siguiente sesión me pregunto si yo iba a molestarme con ella (otra vez). Yo le respondí (en esencia) “Bueno, sí, creo que lo haré. Pero me he dado cuenta que cuando vos haces este tipo de cosas, me estreso, lo trabajamos, y vuelve a pasar. Me parece que tenemos una buena relación y que las dos toleramos estas subidas y bajadas bastante bien. Trabajemos de nuevo en esto y después veamos como podemos ocuparnos de otras cosas”. Los pacientes borderlines preguntan directamente “¿cómo te sentís conmigo?” o “¿Te gusta trabajar conmigo?”. Tales preguntas deben responderse de forma directa y claramente. En el caso citado más arriba yo contesté: “En este momento estoy bastante molesta pero igualmente me gusta trabajar con vos”. Muchas veces es necesario discutir sobre el proceso cuando el paciente esta involucrado en comportamientos que interfieren con la terapia durante la interacción. Decidir cuando apegarse a la agenda e ignorar el comportamiento problema o parar y ocuparse de él puede ser muy difícil. En mi experiencia si uno siempre se detiene a discutir un comportamiento que interfieren con la terapia puede suceder que casi no se pueda hacer ninguna otra cosa en la terapia. Sin embargo si ese tipo de comportamientos nunca se discute, se obtiene el mismo resultado, poca o casi ninguna terapia puede realizarse. Los comportamientos que interfieren con la terapia muchas veces tienen la función de desviar la terapia de la tarea que esta en curso. El terapeuta debe ser muy cuidadoso de no aliarse a esta distracción. Las discusiones sobre el proceso, en contraste, son generalmente reforzantes para el terapeuta y el paciente y constituyen lo que puede ser llamado informalmente discusiones de corazón a corazón.

El uso efectivo de las conversaciones de corazón a corazón requiere que el terapeuta comprenda con claridad su función en un momento dado con un paciente determinado. La idea general es usarlas para avanzar en la resolución de problemas o para reforzar las actividades terapéuticas, y evitarlas cuando sirven para desviar la atención de temas importantes. Es decir que hay muchas ocasiones donde una comunicación de corazón a corazón es apropiada.

Primero, una conversación de corazón a corazón breve puede ser usada para interrumpir un comportamiento que interfiere con el trabajo de un problema de mayor prioridad. Usado de esta forma tiene la forma de resaltar (estrategia de insight vista en el capítulo 9) y depende del nivel de confrontación puede también servir también como una contingencia negativa (ver capítulo 10). Por ejemplo un paciente puede venir a terapia de un humor hostil pero pasivo y rechazar todas mis ideas y mis intentos de resolver un problema en terapia. Yo puedo preguntar: “Siento que estamos en el medio de un lucha de poder, vos tratando de que me haga responsable de este problema y yo intentando que te hagas responsable vos ¿qué te parece?” O puedo decir “¿qué está pasando? Yo trato de hacer lo mejor que puedo para resolver este problema y siento que vos te recostás en el asiento dejando que yo haga todo el trabajo. Entonces yo trato, una y otra vez de involucrarte. Pero no parece que este funcionando ¿qué pensás? ¿cómo lo ves?”. Luego de una breve discusión sobre el tema (tomando cuidado de que se convierta en una discusión disgregada sobre toda nuestra relación) volvería al tema original. Esta táctica puede repetirse varias veces durante la sesión (“¿estamos de vuelta atrapados?”) pero volver siempre sobre el tema principal es crucial. De otra forma instigar conversaciones de corazón a corazón será una forma efectiva del paciente de evitar conversaciones sobre determinados temas.

Segundo, formas más elaboradas de conversaciones de corazón a corazón pueden ser utilizadas como refuerzo. En este caso el timing debe ser tal que sigan una mejoría en el comportamiento del paciente o al menos algún tipo de exposición a una tarea antes evitada. Por ejemplo puedo empujar al paciente a hacer un análisis en cadena y después tener una charla de corazón a corazón sobre cuán difícil es la tarea.

Una tercera manera de conversación de corazón a corazón es utilizada para reparar la relación cuando el paciente ha cometido un error y quiere trabajar en repararlo. Estrategias de resolución de problemas de relación, discutidas en extenso en el capítulo 15, son en algunos aspectos versiones elaboradas de conversaciones de “corazón a corazón”. Es importante destacar aquí el valor de refuerzo que las conversaciones de “corazón a corazón” tienen para la mayoría de los pacientes. El terapeuta no debe permitir conversaciones de corazón a corazón que desvíen el foco de temas difíciles. El balance entre las conversaciones de corazón a corazón y el mantener el foco en el tema que el paciente está intentando evitar es similar al balance que debe mantenerse entre validación y resolución de problemas activo.

Mezclar la Autodevelación y la Sensibilidad. Como esta discusión indica, la autodevelación de autoimplicación requiere que el terapeuta esté alerta tanto al paciente como a sí mismo. Esto requiere cierta capacidad para ser claro sobre las propias emociones y reacciones, así como la capacidad de colocar estas reacciones en palabras que el paciente pueda oír. Dos puntos son importantes aquí. Primero, Cuando se presenta la situación debe mantenerse apegado a lo “observable” más que a las inferencias presentes sobre los motivos, fantasías o deseos del paciente en la situación. Estas interpretaciones son parte de la propia reacción del terapeuta a la situación más que pertenecientes a la situación en sí misma. Decir “Siento como si estuvieras jugando conmigo” es muy diferente que decir “estás jugando conmigo”. Segundo, cuando presente su reacción el terapeuta debe ser cuidadoso con que la intensidad no sea ni muy alta ni muy baja. Por ejemplo decirle a un paciente nuevo con temor al rechazo “me siento muy frustrado” puede ser mejor que decirle “estoy muy enojado”. Hacer encajar la intensidad (aunque no necesariamente la emoción) con el paciente es una buena manera de empezar. Como con todas las conductas del terapeuta es esencial seguir los efectos de la autodevelación en el paciente individual. El objetivo es para el terapeuta ser capaz de compartir con el paciente –verbal y conductualmente, de manera abierta y directa- sus propias reacciones al paciente.

Autodevelaciones sobre cómo los demás reaccionan con el terapeuta. Autodevelaciones sobre cómo los demás reaccionan con el terapeuta también pueden ser importantes para ayudar al paciente a aceptar sus propias reacciones con el terapeuta y a las del terapeuta hacia ella. El terapeuta distante mencionado más arriba respondió a la queja sobre su falta de calidez diciendo (en esencia) “No sos la única que se siente así. Otras personas en mi vida, adentro y fuera del trabajo, me dicen lo mismo. Se que sería más fácil para vos que yo fuera más cálido pero estoy intentando hacer lo mejor que puedo”. Semejante autodevelación y respuesta vulnerable hizo muy difícil para la paciente continuar con su comportamiento demandante. No necesitó más validación sobre su experiencia del terapeuta o probar su punto de que ella necesitaba más calidez. En cambio, ella con su terapeuta pudieron focalizarse en cómo manejar una relación en la que la otra persona no puede darte toda la calidez que deseas y que quizás necesitas. Mis pacientes se quejan de muchos de mis puntos débiles interpersonales que también otras personas me han

señalado. Compartir el hecho de que otras personas también se quejan es inmensamente validante y refrescante para los pacientes. Compartir el hecho de que estoy trabajando en esas características (si son realmente perjudiciales y si son cambiables), pero hacerlo sin culpa o vergüenza, sugiere un grado de autoaceptación que los pacientes pueden imitar.

Autodevelación Personal

Autodevelación como Modelado. DBT alienta la autodevelación personal que modela o normaliza respuestas a una situación o maneras de sobrellevar situaciones difíciles. El terapeuta puede develar sus opiniones o reacciones a situaciones para validar las respuestas del paciente o para desafiarlas: “Estoy de acuerdo” o “Estoy en desacuerdo”. Este modelado puede ser especialmente poderoso para pacientes que se han criado en hogares caóticos o perfectos donde las opiniones o reacciones a lo que ellos exponían no son parte de lo normal para la cultura. Muchas veces no son conscientes de las reacciones de los otros a los eventos y opiniones sobre el mundo no sólo son posibles sino que también son aceptables.

De la misma manera las autodevelaciones pueden ser útiles cuando las reacciones de los pacientes discrepan con las reacciones normales, pero sin embargo, son válidas, admirables o de alguna manera dignas de ser alentadas. Si ambos, el terapeuta y el paciente, no encajan en la cultura de manera similar la autodevelación puede ser extremadamente validante para el paciente. Una mujer feminista en una cultura sexista, el miembro de una minoría étnica viviendo en una cultura mayoritaria, y una persona relacional que vive en una cultura individualista son buenos ejemplos de estas circunstancias. En estos casos es igualmente importante que el terapeuta revele como él ha afrontado el no encajar mientras sostenía la autovalidación y la relación positiva con la cultura dominante.

Al enseñar habilidades conductuales, puede ser muy útil presentar un modelo de afrontamiento (más que un modelo de dominio) en la aplicación de la habilidad. El terapeuta comparte acá con los pacientes sus esfuerzos, incluyendo sus fracasos así como sus éxitos, en el uso de las habilidades que está enseñando. Incluso los fracasos pueden ser importantes especialmente cuando el terapeuta describe como maneja la situación. El punto importante para recordar, sin embargo, es que aunque la situación del terapeuta sea similar a la del paciente nunca es idéntica.

Autodevelación de Información Profesional. El terapeuta debe ser claro con los pacientes sobre su bagaje profesional, su entrenamiento, su orientación teórica, y sus puntos de vista sobre temas profesionales. Los pacientes a veces preguntan sobre la experiencia del terapeuta tratando pacientes BPD, sobre sus éxitos y fracasos en tales tratamientos. La información debe proveerse junto con información sobre supervisiones y reuniones de equipo.

Autodevelación de Información Personal. Los pacientes están muchas veces interesados en información personal del terapeuta como su edad, estado civil, hijos, amigos, religión o creencias, hábitos de trabajo, si el terapeuta ha estado el mismo en terapia, etc. El terapeuta debe develar la información que se sienta cómodo de compartir. El principio aquí es que mientras la información sea en el mejor interés del paciente no existen reglas (otras que el sentido común y las delineadas más arriba) para limitar la información que se le da al paciente. Algunos terapeutas son más privados que otros; el punto importante aquí es que el

terapeuta observe y revele sus propios límites sobre la privacidad. A menos que la conducta del paciente sea claramente inapropiada en cualquier relación íntima, el terapeuta no debe comunicar al paciente que sus deseos de revelación son patológicos.

El paciente preguntará, a veces, si el terapeuta alguna vez experimentó problemas personales parecidos a los suyos. Como responder depende de la experiencia actual del terapeuta, cuán deseoso está el terapeuta de revelar su propia vida, y si la información puede ser utilizada de una manera efectiva por el paciente. En algunos programas de tratamiento, como muchos que tratan a abusadores de sustancias, los terapeutas son seleccionados porque experimentaron el mismo tipo de problemas que sus pacientes; compartir esta información es entonces una parte importante del programa de tratamiento. Los grupos de mujeres se basan en la misma noción – hay cosas en común entre la experiencia del terapeuta y los miembros del grupo. En DBT esas revelaciones no definen la terapia, pero no están proscriptas.

Algunos puntos deben recordarse cuando se realizan este tipo de autodevelaciones. Primero, no importa cuán parecida sea la situación, las diferencias entre el terapeuta y el paciente pueden ser aun mayores que las similitudes, tanto las diferencias como las similitudes deben ser respetadas. Segundo, el terapeuta debe ser muy cuidadoso al compartir sus problemas personales actuales. Sobrecargar al paciente o colocarlo en el lugar del “terapeuta del terapeuta” debe ser evitado. Estos puntos se desarrollan en mayor detalla más abajo.

Utilización de la Supervisión y de la reunión de equipo

Manejar la autodevelación es una tarea muy difícil y ésta es una de las razones por la que muchas escuelas de psicoterapia sugieren los terapeutas hagan terapia individual ellos mismos. En DBT la supervisión individual o la reunión de equipo pueden ser esenciales para ayudar al terapeuta a controlar sus autodevelaciones.

3. COMPROMISO CALIDO

La calidez interpersonal y la amistad terapéutica están relacionadas con resultados positivos en la literatura de investigación psicoterapéutica (ver Morris & Magrath, 1983; para una revisión de la literatura en terapia conductual). Esto es tan cierto con los pacientes borderline como con otras poblaciones (Woollcott, 1985). Paradójicamente este tipo de pacientes generan fuertes emociones positivas y fuertes emociones negativas en los terapeutas. Por un lado la tendencia a la empatía, la calidez y la amistad no chequeadas (ej. Muestras abiertas de fuerte afecto positivo) pueden llevar al terapeuta a romper el contrato a favor de una amistad no terapéutica, de la cercanía emocional y física, y a veces a inversión de roles. Por otro lado, como discutimos en el capítulo 1, los pacientes borderline pueden ser particularmente difíciles a veces. La tendencia de muchos terapeutas a enojarse y ponerse hostiles, de invalidarlos y de “culpar a la víctima”, es tan importante que DBT trabaja activamente para aumentar la motivación para trabajar con los pacientes. Muchas veces, el mismo terapeuta vacila entre la sobreinvolucración y el expulsar agresivamente al paciente. (Este tema se desarrollará en mayor extensión en el Capítulo 13). El camino del medio, expresar un compromiso cálido, es la posición terapéutica en DBT. “Cálido” puede ser definido como la comunicación activa de una respuesta positiva hacia el paciente. El compromiso cálido conjuga la respuesta positiva hacia el paciente con el interés positivo en trabajar con ella en la empresa terapéutica. Tanto el tono de voz como el contenido deben

expresar tanto la calidez como el compromiso en la relación terapéutica como opuestos al rechazo y al desapego. En el teléfono particularmente el terapeuta debe involucrarse en una conversación plena, siendo cuidadoso de no expresar sin intención impaciencia o enojo por ser interrumpido. Su postura debe reflejar interés y cuidado. Por muchas razones (algunas muy validas), los pacientes borderline muchas veces creen que sus terapeutas están enojados con ellas, quieren sacárselas de encima, las encuentran aburridas, o cosas por el estilo. Tales pacientes pueden tener pavor de venir a sesión, temiendo una bienvenida fría, desinteresada o crítica. Una de los aspectos más terapéuticos de esta guía en particular es comunicar calidez y alegría de ver al paciente cada semana. Un estilo afectivo, amigable, más que frío o profesional es el objetivo aquí.

Límites a la Calidez

Mantener un compromiso cálido puede ser difícil a veces, especialmente cuando los pacientes buscan contactos extras con el terapeuta, o por teléfono o haciendo citas extras. Si el terapeuta no tiene deseos de hablar con un paciente en un momento particular (y no hay crisis actuales que requieran su atención) puede ofrecer otro momento para hablar un poco más tarde. O puede ser abierto sobre sus reservas, negociar una breve interacción, e involucrarse con el paciente tan plenamente y cálidamente como pueda durante el breve periodo. El terapeuta que repetidas veces se siente distante, frío, desinteresado o aburrido con el paciente durante las sesiones regulares puede estar seguro que algo no está funcionando – con el terapeuta, el paciente o con ambos. La estrategia aquí es discutir el punto en la reunión de equipo, analizar la interacción con el paciente, y emplear estrategias de resolución de problemas de relación. Muchas veces la falta de deseo del terapeuta es signo de que el paciente está involucrado en conductas que atentan contra la terapia o que el terapeuta no está observando sus propios límites.

Algunos terapeutas simplemente no son del “tipo cálido”; esto es, son reservados interpersonalmente por naturaleza. Por supuesto, este no es un problema con los pacientes que se manejan bien con alguna distancia en la relación. Por contraste, con pacientes que prefieren o necesitan calidez, o que malinterpretan la distancia como falta de afecto, puede ser un impedimento para la terapia. La primera cosa para recordar son los procedimientos para observar los límites personales (ver Capítulo 10). En este caso, la estrategia para un terapeuta reservado es ser honesto con el paciente sobre su capacidad para expresar afecto de manera directa u obvia. Segundo, el terapeuta debe ayudar al paciente a interpretar (e idealmente experimentar) otras características de la relación como indicadores de su amistad y afecto. Esto es, el terapeuta debe tratar de mitigar los efectos de su reserva al resaltar otros aspectos positivos de la relación. Por ejemplo, un terapeuta que es excepcionalmente digno de confianza puede hacer notar que esto es un signo de cuidado y afecto. Tercero, el terapeuta puede apoyarse en palabras que comunican emociones – por ejemplo, “Me gusta trabajar con vos”, “Me resultás interesante”, “Me encantaría verte la semana próxima” o “Me podés llamar, no tendría problema en hablar con vos” (Cuando es cierto).

Manejando el enojo con los pacientes

Pedirle a los terapeutas que expresen calidez es fácil cuando el paciente no está cuestionando su competencia, credibilidad, y honradez durante la interacción,

sobrecargándolo con llamados indeseados a altas horas de la noche, no está amenazando con matarse apenas el terapeuta cometa el menor error o cuando el terapeuta está sobrecargado con otros problemas, no amenaza con dejar la terapia todas las semanas, no está quejándose sobre su terapeuta (de formas que suenan exageradas) a cualquiera que este escuchando; no están refraseando aquello que el terapeuta acaba de decir de formas que suenan extremas y distorsionadas (diciendo también, “entonces si las cosas son así, yo también puedo...”), no está respondiendo con un silencio prolongado toda vez que se hace un comentario poco sensible y no esta al mismo tiempo fallando en progresar o incluso empeorando más allá de los mayores esfuerzos del terapeuta. ¿Pero que hacer cuando el paciente esta haciendo alguna de estas acciones, o todas ellas, o algunas incluso peores?. No sólo es difícil mantener un compromiso cálido en esos momentos, sino que incluso es difícil no vengarse atacando al paciente. No he experimentado ni observado en otros terapeutas tanta rabia hacia un paciente como la que muestran con los pacientes borderline. La rabia es especialmente intensa cuando el paciente esta comunicando sufrimiento intenso y no parece mejorar. Main (1957), en un bello y empático análisis de las dificultades del personal con el estrés crónico capturo la esencia del problema de la siguiente manera:

Con el estrés extremo, uno casi diría con los pacientes extremos, los tratamientos tienden, como siempre, a volverse desesperados y a ser usados de manera creciente al servicio del odio tanto como del amor, para atenuar, aplacar, y acallar, tanto como para fortalecer... Nunca habrá garantías de que lo terapeutas que enfrentan un estrés intenso y persistente estén inmunes de usar las interpretaciones de la misma manera en que las enfermeras utilizan los sedantes – para tranquilizarse cuando están desesperados, y escapar de su propio estrés alimentado de ambivalencia y odio. La tentación de esconder de nosotros mismos y de nuestros pacientes el creciente odio con una bondad exagerada es más grande cuanto más nos preocupamos. Quizás necesitamos recordar que la palabra “preocupado” tiene dos significados, y que si los pacientes nos preocupan tan salvajemente, una objetividad amistosa es difícil o imposible de mantener.

La primera manera de sobreponerse a la rabia es la voluntad de “dejarla venir e irse”. Esto significa que el terapeuta debe cultivar una posición mindful de ver sus propias reacciones emocionales, incluyendo la rabia hacia el paciente, como simplemente eso, reacciones emocionales que vienen y van. Aunque cada reacción emocional le da al terapeuta una información valiosa sobre las dificultades del paciente poco puede ganarse si la rabia continua. Un enojo muy persistente o muy frecuente es generalmente clave de que asuntos personales del terapeuta han sido tocados por el comportamiento del paciente. En instituciones u hospitales el enojo persistente puede indicar problemas institucionales. Un autoanálisis honesto y la utilización de la supervisión y las estrategias de consulta (discutidas en el Capítulo 13) son esenciales. La supervisión individual y/o terapia, o una consulta externa a la institución, puede también estar indicado.

La rabia invariablemente está basada en algún tipo de juicio peyorativo o proposición “debería” sobre los eventos que generan el enojo. La persona involucrada en el comportamiento desagradable es vista como responsable, libre de elegir, y capaz de actuar mejor si sólo se lo propusiera “No debería haber hecho eso”, “Me está manipulando”, “No quiere mejorar”, etc. La teoría biosocial fue desarrollada en parte para contrarrestar esas actitudes. Por lo que el segundo paso para contrarrestar la rabia es tratar de cambiar la perspectiva, viendo el comportamiento del paciente como resultado de factores biosociales que aun no fueron remediados. El terapeuta debería moverse a una perspectiva fenomenológica, viendo los eventos desde el punto de vista del paciente. Cuando el

terapeuta puede observar ambos puntos de vista al mismo tiempo – “Mi respuesta es la única posible teniendo en cuenta mi historia” del punto de vista del paciente y “Tu respuesta sin embargo es inaceptable, y debe cambiar” del punto de vista del terapeuta, es que se puede progresar en terapia. Hubo periodos en particular con un paciente en que tuve que recordarlo muchas veces en el espacio de una sola interacción. Por lo que el terapeuta debe tener una paciencia virtualmente inagotable.

Tercero el terapeuta debe examinar de cerca sus propios límites personales con respecto al comportamiento del paciente, y preguntarse si han sido adecuadamente observados y comunicados al paciente. La observación de los límites personales, desarrollados en el Capítulo 10, ha sido creada principalmente para moderar la frustración y rabia del terapeuta. Generalmente es poco útil comunicar estos límites en el medio de una reacción de rabia, sin embargo, una vez que el terapeuta se calma, una discusión sobre este tema puede ser fructífera. Desafortunadamente con muchos pacientes borderline el terapeuta deberá ampliar sus límites por algún tiempo hasta que la conducta del paciente mejore. Es esencial recordar aquí los principios del moldeamiento (shaping) (ver el Capítulo 10 para una revisión). En verdad recordarse a uno mismo los principios del moldeamiento (shaping) puede ser útil para reducir nuestro enojo.

Finalmente es útil mantener en mente que el control perfecto y la terapia perfecta simplemente no son posibles. No es una catástrofe si el terapeuta ocasionalmente explota y se involucra en conductas hostiles. No es catastrófico si después el terapeuta repara la relación. Este tema se discute en más detalle en el capítulo 15, por lo que no nos extenderemos en este tema más en este momento. Pero puede ser útil recordar que una calidez inagotable no es la característica de ninguna relación, no importa cuan positiva sea.

Compromiso Cálido y el Contacto físico en Psicoterapia

Un problema con los pacientes borderline es que es muy fácil sobrepasarse – ser demasiado cálido o demasiado comprometido. En un esfuerzo por evitarlo algunos terapeutas hacen acción opuesta y se distancian demasiado, física y emocionalmente. Esto es aun más cierto en el área del contacto físico en terapia. Muchos terapeutas (especialmente en esta época de juicios penales) tienen la regla arbitraria de no tocar nunca a sus pacientes, no importa cuáles sean las circunstancias. Cuando responde a pedidos o necesidades del individuo el contacto sin embargo puede ser curador en cualquier relación interpersonal, incluyendo la relación terapéutica. Los pacientes borderline muchas veces piden o inician contacto físico o abrazos. Cuando son apropiados parece poco razonable negarse al pedido o rechazar al paciente basándose en razones arbitrarias. Un buen abrazo de despedida puede ser particularmente apaciguador. El valor del contacto en estas circunstancias, al menos con algunos pacientes, no debe subestimarse. Incluso cuando una sesión fue apropiadamente terminada, irse es particularmente difícil para muchos.

Sospecho que el problema aquí es que las reglas son confusas pero las penalidades por violar las reglas (tanto conciente como inconcientemente) son muy altas. Si esas reglas fueran claras las cosas serian más fáciles. ¿Cuáles son entonces las reglas en DBT?

1. *El contacto físico debe ser cuidadoso.* Su rol en el contexto de la relación terapéutica con cada paciente debe estar claro en la mente del terapeuta. La relación entre el contacto con el plan de tratamiento debe ser conciente y explícito. En suma, el contacto debe ser algo meditado más que algo que ocurre por descuido.

2. *El contacto físico debe ser breve.* Palmear al paciente en el hombro cuando va hacia su silla en el consultorio, abrazarla cuando nos despedimos o cuando la encontramos después de un tiempo, poner brevemente la mano sobre la mano del paciente durante una develación particularmente difícil, apretar firmemente su mano o su brazo cuando está fuera de control pueden ser todas formas apropiadas y ser conductas terapéuticas en determinadas circunstancias.

3. *El contacto físico debe suceder dentro de una relación terapéutica que ya existe.* El contacto es una estrategia de comunicación; no debe utilizársela como estrategia de cambio. Por lo que el contacto físico debe ser apropiado al nivel de intimidad en la relación. Dentro de una relación cercana, tocar (ej. Un abrazo de despedida) debería reflejar el estado actual de la relación. No debería utilizárselo para crear un estado de relación diferente. Por ejemplo si la relación está tensa, el abrazo no debería utilizarse para intentar suavizarla. El abrazo refleja, en todo caso, la reparación de la relación que ya fue lograda (por ambas partes), no es un medio de reparación. Masajear la nuca del paciente para relajar al paciente no es apropiado en DBT. Tampoco el contacto físico es una estrategia de validación que rodea una estrategia de cambio. Por lo que sostener a un paciente dentro de la sesión, incluso durante una develación particularmente difícil, no es una estrategia DBT. La única excepción acá son esas raras situaciones donde un contacto físico firme puede ser de ayuda o necesario para retener el control de un paciente muy agitado.

Los pacientes a veces piden un abrazo de despedida o de consuelo cuando el terapeuta no se siente lo suficientemente cerca en la relación como para hacerlo sin incomodarse. Esto es especialmente cierto con pacientes nuevos y en relaciones terapéuticas marcadas por la hostilidad y la falta de apego del paciente (ej. Los pacientes “mariposa” desarrollados en el Capítulo 5). En tal caso, la discusión debe focalizarse en ayudar al paciente a aprender a monitorear cuando esos pedidos o inicios de contacto son apropiados y como actuar de una manera acorde. Los individuos que sufrieron abusos sexuales muchas veces tienen problemas en esta área.

Si el paciente persiste en pedir un abrazo de despedida que el terapeuta no se siente cómodo con otorgar, el terapeuta debe observar como está terminando las sesiones. Puede que el terapeuta no esté dando suficiente tiempo para el tranquilizarse antes del cierre. (Ver Capítulo 14 para una discusión más extensa sobre este tema). Si se fuerza al paciente a retirarse cuando todavía es muy vulnerable emocionalmente, un abrazo de despedida puede volverse muy importante. Muchas discusiones alrededor del contacto se centran en este problema. El problema del paciente no debe ser ignorado, pero el abrazo debe ser sustituido por estrategias para tranquilizarse antes del cierre de la sesión.

4. *El contacto físico debe ser sensible a los deseos y a la comodidad del paciente.* El terapeuta debe pedir permiso antes de abrazar a un paciente o tocarle la mano, y no debe tocar a un paciente que no quiere ser tocado. El terapeuta debe estar alerta a los cambios en el nivel de comodidad y actuar en concordancia. No debe asumirse que al paciente no le importe porque no se queje. La comunicación no verbal es particularmente importante en este tema.

5. *El contacto físico no deben exceder los límites personales del terapeuta.* Por ejemplo, el terapeuta que no es del tipo “que da abrazos” con nadie debe dejar esto claro con el paciente, sin sugerir que su deseo de contacto es de alguna forma patológico o problemático (ver más arriba). Como desarrollo en el Capítulo 10 aprender a observar los límites personales es una habilidad social importante. O un terapeuta puede no sentirse seguro de tocar a un paciente (incluso cuando aparentemente no hay riesgo), especialmente

cuando colegas o amigos fueron demandados o reprimidos por involucrarse sexualmente con los pacientes. Estas preocupaciones son más probables en diadas masculino-femenino, pero pueden tener igual consideración cuando uno o ambas partes es lesbiana o gay. El terapeuta puede querer limitar el abrazo de despedida a espacios abiertos y públicos (como el pasillo o el consultorio con la puerta abierta). Discutir los temas éticos que rodean el tema del contacto físico con el paciente borderline puede ser muy útil.

6. No es necesario decir que *el contacto sexual nunca es aceptable*. Nunca es apropiada la expresión del deseo sexual, ni tocando, ni expresado verbalmente, o en el tono. Los pacientes borderline y sus terapeutas, en particular, tienden a involucrarse en relaciones sexuales inapropiadas; los riesgos o equivocaciones al tocar a los pacientes son mayores que con otras poblaciones de pacientes. Por lo que se necesita tener mucho cuidado. El terapeuta debe tener especialmente cuidado sobre cómo el paciente interpreta el contacto. No hay un buen sustituto a hablar sobre como el paciente interpreta el abrazo o la palmada en el hombro. El terapeuta no debe asumir sobre la base del género o de la orientación sexual que el contacto es experimentado como no sexual.

Si no hay manera de que el terapeuta toque al paciente sin que se vuelva de alguna manera sexual para cualquiera de las partes, ningún contacto debe realizarse. Si el terapeuta se siente sexualmente atraído por el paciente (más que brevemente), recomiendo no sólo evitar el contacto físico sino supervisar inmediatamente. El secreto aquí es no confiar demasiado en uno mismo.

7. *Cuando un contacto inapropiado o un acercamiento sexual es iniciado por el paciente, el terapeuta debe “hablar sobre eso hasta que muera”*. Tal conducta es una conducta que atenta contra la terapia y debe ser tratada como tal. El terapeuta debe examinar también su propia conducta en busca de alientos inadvertidos o refuerzos para tales comportamientos.

8. *El contacto físico debe ser potencialmente público*. Esto no significa que todo contacto debe ocurrir en público. Ni significa que el terapeuta debe discutirlo públicamente con alguno o con todos sus colegas. Significa simplemente que el terapeuta no debe tratar de mantener el hecho de, por ejemplo, abrazar a un paciente, en secreto. El tema debe ser periódicamente discutido en las reuniones de equipo y las supervisiones. El terapeuta que filma sus sesiones no debe mover el ángulo de la cámara cuando abraza a un paciente. El propósito de esta regla es la honestidad y la autoprotección. El terapeuta que habla abiertamente sobre este tema es mucho menos probable que cometa equivocaciones.

4. SER GENUINO

Casi todos los psicoterapeutas experimentados y las escuelas de psicoterapia valoran el ser genuino como una de las características de los terapeutas; DBT no es la excepción. Los pacientes borderline en particular muchas veces demandan autenticidad de los terapeutas de una forma que puede ser extenuante de mantener. Estos pacientes pueden pescar las comunicaciones más sutiles y es extremadamente difícil para los terapeutas esconderse detrás del rol. Tener un paciente borderline es como tener un supervisor de paciente: cada respuesta artificial, intervención poco habilidosa, comentario inconsistente o intento de usar el poder de manera inapropiada será notado y comentado.

Los pacientes borderline muchas veces expresan la necesidad de que el terapeuta sea “real”. Se sienten incómodos con la ambigüedad de significados impuesta por el rol del terapeuta. ¿Realmente “le importa” al terapeuta, o muestra conductas de cuidado porque son propias de su rol? La mayoría de los demás pacientes toleran los límites arbitrarios y las barreras impuestas por el rol, los individuos borderline no las toleran bien, en parte porque sus vidas han estado llenas de reglas arbitrarias, límites y distinciones. Esto no significa que la terapia no tenga que tener barreras. No tener barreras también sería arbitrario. Una relación genuina dentro del contexto de la terapia le permite al paciente aprender que incluso en una buena relación hay límites naturales y barreras además de las arbitrarias.

DBT pone mucho énfasis en que la terapia sea “real” como opuesta a la relación transferencial. Más que actuar como un espejo para que el paciente trabaje sus problemas de transferencia, el terapeuta debe ser el mismo. El terapeuta desarrolla una relación real con el paciente y ayuda a que el paciente cambie dentro de esa relación; la idea es que dentro de esta relación genuina la cura sucede. Ser genuino en terapia provee el vehículo para contener los procedimientos terapéuticos que generan el cambio. También provee la matriz para que el paciente reaccione a favor y en contra para lograr mejorar su conducta interpersonal. Finalmente la autenticidad del terapeuta provee una intimidad y una conexión que mejora la vida del paciente y del terapeuta. La cualidad de ser uno mismo fue descrita de la siguiente manera:

El es (sic) sin máscara ni fachada, abierto a sentir las emociones y los estados de ánimo que lo atraviesan en ese momento. Involucra un elemento de autoconciencia, que significa que las emociones que el terapeuta está experimentando son concientes para él y que es capaz de vivir estas emociones dentro de la relación y es capaz de comunicarlas si es apropiado. Significa que el viene a un encuentro personal directo con su cliente, encontrándose con él sobre la base de un encuentro persona a persona. Significa ser el mismo, no negarse a sí mismo. (Roger & Truax, 1967, p 101)

De manera similar, Safran y Segal (1990) discuten sobre la relación en la terapia cognitiva como sigue

En última instancia debe recordarse que todos los conceptos teóricos y las técnicas... Son meras herramientas. Herramientas diseñadas para ayudar al terapeuta a sobrepasar los obstáculos de tener una relación yo-tú (I-Thou) con el paciente. Estas herramientas por sí mismas, sin embargo, pueden volverse un obstáculo si son usadas para evitar encuentros humanos auténticos, más que para facilitarlos. Como dice el antiguo Zen: “Las herramientas correctas en las manos del hombre equivocado se vuelven herramientas incorrectas”. El terapeuta sabio no confunde el vehículo particular del cambio con la esencia que subyace al cambio.

Los terapeutas que dejan que los conceptos los cieguen a la realidad de lo que realmente les está sucediendo a sus pacientes en el momento se están relacionando con el paciente como con un objeto, en el vocabulario de Buber una “cosa” más que un “tú”. Los terapeutas que se esconden atrás de la seguridad que los marcos conceptuales les proveen más que arriesgarse a tener encuentros humanos auténticos, que pueden llevar al terapeuta a trascender todos los roles y los preconceptos sobre como ellos deben ser, descartan la posibilidad una experiencia de la relación humana que puede curar a sus pacientes. (pp. 249-250)

La característica más importante de ser genuino tiene que ver con la arbitrariedad, los comportamientos definidos según el rol versus los comportamientos naturales, congruentes y libres del rol. En DBT los terapeutas no sobreenfatizan su rol, esto significa que la efectividad y los límites naturales determinan la respuesta del terapeuta más que las

definiciones de rol arbitrarias. Esta naturalidad puede ser dificultosa para los terapeutas entrenados en las escuelas que enfatizan fronteras estrictas y comportamientos “profesionales”. Como en la observación de límites no existe un libro de reglas en DBT que indique que comportamientos reflejan cómo ser uno mismo en terapia. En cambio los terapeutas deben buscar su propio estilo natural de ayudar.

La Necesidad de la invulnerabilidad del terapeuta

Algunas escuelas terapéuticas dan por sentado que el nivel de vulnerabilidad y de autodevelación del paciente y el terapeuta no sólo no es igual sino que no debería serlo. En estas escuelas la relación terapeuta paciente es similar a cualquier relación de alto poder-bajo poder. El punto más sobresaliente de semejantes relaciones es que una persona (la persona con menor poder) es más vulnerable que la otra. Como hice notar previamente los individuos borderline son muy susceptibles a las diferencias de poder dentro de la relación. Muchas veces les desagrada intensamente la naturaleza cuasi parental de muchas relaciones terapéuticas, aseverando con derecho que no son niños. Preguntan por qué la vulnerabilidad no está distribuida de forma más igualitaria. DBT no se basa en el modelo médico y trabaja activamente en contra de las relaciones cuasiparentales, o cualquiera tipo de relación que trate a los pacientes como niños. Es más similar en su modelo de relación a las terapias feministas donde el objetivo es el empoderamiento (empowerment) del paciente. Pero incluso en DBT la vulnerabilidad no se comparte de maneras iguales entre paciente y terapeuta. La siguiente pregunta es una buena pregunta para hacerse: ¿Cómo responde el terapeuta cuando el paciente sostiene que la vulnerabilidad recíproca y la autodevelación mejorará el tratamiento, no que lo interferirá? Como un paciente le dijo a un colega “Cuanto menos actúas como terapeuta más me ayudas”.

Hay muchas respuestas. En DBT, paradójicamente, cada respuesta gira sobre el deseo del terapeuta de ser natural más que arbitrario dentro de la relación. Hay tres razones importantes que tienen que ver con los límites personales del terapeuta, con las características de cada paciente en particular, y con la interacción entre la vulnerabilidad del terapeuta y su capacidad para conducir una terapia efectiva.

Límites personales del terapeuta a la Vulnerabilidad

Una de las principales razones por las que el nivel de vulnerabilidad y de autodevelación no es igual entre el paciente y el terapeuta es que el terapeuta puede no soportarlo. Existe una cantidad de reciprocidad que una persona puede tolerar, y nadie es completamente vulnerable y abierto en cada relación que tiene. Ninguno de nosotros podría soportarlo. La mayoría de nosotros nos abrimos con dos, tres o a lo máximo cuatro personas (generalmente miembros de nuestra familia). Las personas que no tienen familia tienen uno o dos amigos con los que son vulnerables y abiertos. En general los seres humanos no somos vulnerables de manera recíproca con todos. Si el terapeuta fuera vulnerable de esta forma con todos sus pacientes todos los días, no sería capaz de arrastrarse a casa al atardecer.

Cuando el terapeuta se focaliza en su vulnerabilidad y autodevelación por el bien de la terapia la interacción no es genuina o auténtica. La queja de los pacientes de que las conductas de cuidado son sólo parte de su rol de terapeuta es entonces correcta. Aunque los pacientes pueden querer una relación de vulnerabilidad recíproca, esperar o demandar esto

puede ser poco realista. Una relación que es auténticamente recíproca, autodevelante, y genuina sólo puede ocurrir en el contexto en el que el terapeuta este deseoso y sea capaz de serlo. No es necesario hacer reglas o contar historias sobre cómo la autodevelación recíproca y la vulnerabilidad pueden ser dañinas para el paciente, incluso cuando pueden serlo. Ni es necesario convencer al paciente de que la dificultad o imposibilidad del terapeuta de actuar como el paciente quiere es por su propio interés. Tampoco asumir que las necesidades del paciente de mayor intimidad son de alguna manera patológicas. Lo que se requiere es honestidad de parte del terapeuta. Cuando hablo de comunicación recíproca no estoy diciendo que el terapeuta deba develar todo lo que está sucediendo en su vida ni comentar cada reacción que tiene con el paciente. En cambio me refiero al estar abierto en el momento al momento.

Características del Paciente que Limitan la Vulnerabilidad

En DBT el terapeuta no construye barreras o límites. Esto no significa sin embargo que las barreras o límites no existan entre el terapeuta y el paciente; significa que el terapeuta no las construye como parte de la terapia. Observar los límites incluye tales barreras, incluyen barreras a la vulnerabilidad y a la autodevelación.

Un número de características de los pacientes y patrones de comportamiento pueden crear barreras a la intimidad y a la reciprocidad. Los pacientes borderline muchas veces empujan, vulneran o demandan intimidad y vulnerabilidad de los otros incluyendo a sus terapeutas. Cuando esto sucede la persona que está siendo empujada, vulnerada o demandada se escapa y construye barreras. Es una reacción natural. Es difícil estar relajado y ser espontáneo con un persona que amenaza con suicidarse si uno comete un error interpersonal. Es difícil ser íntimo con un individuo que responde de forma cálida un día y nos ataca amargamente al siguiente. La comunicación recíproca requiere la observación de estas barreras y de las razones para ellas. El terapeuta discute las barreras con el paciente, incluso discute cómo el paciente está contribuyendo con ellas.

A veces simplemente no hay un buen encastre entre el terapeuta y el paciente. Diferencias en la personalidad y el estilo de comunicación, clase social, género, religión, política, educación, edad, por ejemplo pueden disminuir la comodidad como la utilidad de la autodevelación. La comunicación recíproca no implica tirar abajo esas barreras sino el conocimiento abierto de ellas. Es un evento natural de la vida que existan barreras culturales y de estilo entre las personas por variadas razones. El valor terapéutico es que el paciente puede aprender sobre las barreras naturales en un contexto no juicioso ni moral. No es lo mejor para el paciente aprender que nunca hay barreras. Es por su mejor interés aprender sobre el mundo tal cual es. Las barreras existen.

Los terapeutas DBT deben estar abiertos al hecho de que mucho del entrenamiento en psicoterapia aboga por la creación de barreras entre el paciente y el terapeuta. Por lo que el terapeuta en DBT debe constantemente explorar dentro de sí mismo cuantas de las barreras y límites que existen son artificiales y cuales son naturales, y debe trabajar para reducir las barreras artificiales y ser conciente de las barreras naturales.

Límites a la vulnerabilidad de la Terapia Efectiva

El grado de vulnerabilidad y de autodevelación del terapeuta también está limitado por la frontera entre la terapia efectiva y la no efectiva. Existen dos fuentes de esos límites: La

experiencia previa del terapeuta con la vulnerabilidad y la autodevelación y el foco que DBT coloca en el paciente. Con respecto al primero existe un balance difícil en DBT entre la experiencia con diferentes pacientes y el apreciar la individualidad del paciente actual. Lo que fue efectivo con un paciente puede no serlo con otro. Lo que una vez fue efectivo con un paciente puede dejar de serlo. Algunos pacientes parecen llevarse bien con las relaciones íntimas mientras otros se atemorizan y puede que sea mejor construir cierta distancia. Como con todas las otras estrategias no hay un buen sustituto a una evaluación permanente.

Segundo, el foco de la terapia debe mantenerse en el paciente. Los terapeutas deben ser cuidadosos de que al hablar de sus propias emociones o historias de vida lo hagan de tal manera que el foco no se vuelva sobre ellos mismos. Tales cambios de foco pueden ser muy tentadores con pacientes borderline, que muchas veces tienen argumentos persuasivos contra la desigualdad y las normas dependientes del rol inherentes a la psicoterapia. Es frecuente que el deseo de mayor intimidad, su habilidad para ser nutricos y reforzar la autodevelación del terapeuta y la tendencia a castigar la distancia interpersonal lleven al terapeuta por un camino que hace peligrar la relación terapéutica. El malestar del paciente con el rol de paciente puede llevar a un cambio de roles: el terapeuta se vuelve paciente. Otras veces el cambio de roles es parcial y la terapia se vuelve una coterapia. Aunque el cambio de roles y la coterapia pueden no ser siempre dañinas para el paciente son problemáticas por un número de razones. Ninguna de los dos tipos de relaciones fueron las que se acordaron en primer término, esto significa que violan el contrato terapéutico. Cuando esos cambios se producen el paciente encuentra muy difícil quejarse incluso cuando quiere volver a hablar de sus problemas. Muchos pacientes sienten que los problemas de sus terapeutas y sus historias de vida los sobrecargan. En DBT, la autodevelación debe usarse estratégicamente – esto significa dentro del plan de terapia.

Estrategias de Comunicación Irreverente

La comunicación irreverente se utiliza para que el paciente “salte de su lugar”, para decirlo de alguna manera. La idea principal es empujar al paciente de su “equilibrio” así debe producirse un nuevo equilibrio. La comunicación irreverente se usa para (1) Lograr la atención del paciente, (2) Cambiar la respuesta afectiva del paciente, (3) Hacer que el paciente tome un punto de vista totalmente diferente. Se utiliza cada vez que el paciente o el terapeuta estén atascados en un patrón emocional, comportamental o de pensamientos disfuncional. Es un estilo poco convencional.

La comunicación irreverente le comunica al paciente que cualquier idea o creencia que el terapeuta o él sostengan están en última instancia abiertas a ser cuestionadas, a ser exploradas o a ser cambiadas. Se utiliza la lógica para tejer una red de la que el paciente no pueda salir. Una comunicación irreverente efectiva tiene que tener dos componentes (1) debe provenir desde el “centro” del terapeuta (ej. Debe ser genuina) y (2) debe estar construida sobre la base de la compasión, el cuidado y la calidez. De otra manera existe la posibilidad de un mal uso cuando se hace fuera de contexto. La comunicación irreverente balancea la comunicación recíproca.

Tabla 12.2. Checklist de Estrategias de Comunicación Irreverente

- T usa un tono directo y tranquilo para hablar de las conductas maladaptativas.
 - T utiliza la lógica de manera irreverentes para tejer una red.
-

-
- T utiliza un estilo inexpresivo o muy intenso, según sea apropiado, en contraste al estilo de P.
 - T utiliza las estrategias dialécticas de una manera irreverente.
 - Entrar en la paradoja.
 - Abogado del Diablo.
 - Extending.
 - Permitir el cambio.
 - Hacer limonada de los limones.
 - En un estilo directo y tranquilo T REFORMULA la comunicación de P de una manera poco ortodoxa, o selecciona un aspecto no intencionado de la comunicación.
 - T SE ZAMBULLE en áreas sensibles.
 - El estilo de T es directo y claro; T le dice “espada a una espada”.
 - T utiliza el humor.
 - T discute las conductas problemas de una manera directa y tranquila.
 - T rodea la irreverencia con validación.
 - T utiliza la CONFORTACION DIRECTA de las conductas disfuncionales.
 - T comunica “es una boludez” a otras respuestas que no sean las conductas adaptativas blanco.
 - T previene el escape a traumas que distraen la atención.
 - T pone al paciente en EVIDENCIA.
 - T OSCILA LA INTENSIDAD de las emociones, del tono de voz, y de la postura; T también utiliza el SILENCIO en los encuentros con P.
 - T expresa OMNIPOTENCIA o admite IMPOTENCIA, cuando parece apropiado.
- Tácticas AntiDBT
- T usa la comunicación irreverente con un espíritu malicioso.
 - T usa la comunicación irreverente sin tener conciencia de sus efectos en P.
 - T usa la comunicación irreverente de una manera afectada o rígida
-

La comunicación irreverente es difícil de explicar o definir conductualmente y es fácil de aprender por el ejemplo de la observación. Muchas veces requiere de un estilo tranquilo y directo o de cara de póquer: El terapeuta toma los supuestos subyacentes del paciente y los maximiza o los minimiza de una manera no emocional (de manera similar al hombre directo en un equipo de comedia), para señalar un punto de vista que el paciente no había considerado antes. Por contraste si el paciente es él mismo tranquilo y directo o tiene cara de póquer, la intensidad y la emocionalidad o el hacer comentarios extremos también puede ser irreverente. Tanto si es con cara de póquer o si es intenso, el estilo contrasta con la calidez y sensibilidad del estilo recíproco¹. Estrategias irreverentes específicas se discuten más abajo y se resumen en la Tabla 2.2.

Estrategias Dialécticas e Irreverentes

Muchas (si no todas) las estrategias dialécticas descritas en el capítulo 7 tiene un sabor irreverente. Efectivamente su éxito depende muchas veces de que el terapeuta presente posiciones paradójicas o poco ortodoxas como creíbles y razonables. Entrar en la paradoja, jugar al abogado del diablo, extending, permitir el cambio, y hacer limonada sin limones son sólo efectivas si el terapeuta las presenta con toda confianza y completamente convencido. El terapeuta utiliza un estilo “pero por supuesto”, quizás un poco incrédulo de que el punto no sea entendido inmediatamente por el paciente. Por ejemplo en el extending, el terapeuta reformula incrédulamente la posición del paciente: “¿Cómo querés que responda a tu infelicidad por haber sido despedida cuando estas pensando en matarte? Tenemos que lidiar primero con el suicidio, por supuesto ¿Qué tiene de bueno un trabajo si vos estas muerta?”. Al permitir el cambio, el terapeuta responde a la pregunta del paciente: “La última semana dijiste que yo tenía todo lo que necesitaba ¿esta semana decís que no

tengo las habilidades que necesito?” Con un simple “Sí”. Y después el terapeuta continúa dejando que el paciente haga la síntesis. O el terapeuta cambia abruptamente de técnica o estrategia, sin avisar, sin disculparse, y sin dar explicaciones. Si el paciente dice “¿Cambiate de vuelta el tratamiento?” el terapeuta dice “Sí” y continúa con lo que venía haciendo.

1. REFORMULANDO DE UNA MANERA POCO ORTODOXA

Una respuesta irreverente es algo que el paciente casi nunca espera. Aunque responde a la comunicación del paciente, no responde a las expectativas del paciente (y quizás tampoco a sus deseos inmediatos). El terapeuta reformula de manera poco ortodoxa o toma un aspecto no intencionado de la comunicación del paciente. Por ejemplo si el paciente dice “Me voy a matar” el terapeuta puede responder “Pensé que estábamos de acuerdo en que no ibas a dejar la terapia”.

Una paciente mía estaba fracasando nuevamente en su intento de mantener un trabajo. Imaginando (de manera bastante realista) que iba a ser despedida esa semana ella trataba de convencerme que el estrés que le provocaba esos fracasos continuos era razón suficiente para suicidarse. Después dijo que yo no estaba teniendo en cuenta cuan mal ella se sentía ya que yo era una profesional muy exitosa. En el centro de una discusión intensa y emocional yo respondí calma e irreverentemente “Pero si yo entiendo: Yo tengo que vivir una cantidad de estrés semejante la mayoría del tiempo. Podes imaginar cuan difícil es para mis tener pacientes que constantemente amenazan con matarse. ¡Ambas tenemos miedo de ser despedidas!” Usada de manera juiciosa la reformulación irreverente puede facilitar la resolución de problemas y al mismo tiempo no reforzar la conducta suicida.

2. ZAMBULLIRSE DONDE LOS ANGELES TEMEN DAR UN PASO

Los individuos borderline son muchas veces directos e intensos interpersonalmente. Como ya he dicho anteriormente no son muy buenos manipuladores sociales. Ellos frecuentemente se relacionan mejor con gente con un estilo similar – aquellos que se comunican de forma directa y clara. Semejante estilo es parte de la comunicación irreverente. DBT asume que los pacientes son al mismo tiempo frágiles y no frágiles; la irreverencia esta dirigida a los aspectos no frágiles del paciente. El estilo es directo, claro, concreto, cándido y abierto. El terapeuta llama “espada a una espada”, “se zambulle donde los ángeles temen dar un paso”. El humor, la franqueza y cierta posición naif son también parte del estilo irreverente. La explicación del estilo irreverente es la misma que la que hace que un bombero arroje a una víctima a través de la ventana hacia la red, o un guardavidas golpee al nadador para poder llevarlo más rápidamente a la costa. Cuando el dolor es intenso, es momento para lo esencial. Se salva tiempo tomando la ruta directa.

Los intentos disfuncionales de resolver problemas y otros temas sensibles, incluyendo las conductas suicidas, las conductas que atentan con la terapia, y otras conductas de escape, se aceptan como consecuencias normales de la historia individual de aprendizaje y de factores que operan actualmente en la vida del paciente. Los comportamientos son tratados como consecuencias normales de contextos aberrantes. El terapeuta no retrocede o se aproxima a ellos cautelosamente, más bien se involucra con calma y resolución. En particular la ideación suicida, las amenazas suicidas y las conductas parasuicidas son tratadas como si se discutiera cualquier otra conducta. La posibilidad de

que el paciente puede incluso matarse es reconocida abiertamente (aunque no alentada). Este estilo directo y calmado sorprende al paciente para quien este tipo de conductas han generado en el pasado respuestas significativas de su comunidad. Este estilo lo distrae de alguna forma de la intensidad del tema y de las emociones que usualmente despierta. La idea es que el terapeuta se mueva lo suficientemente rápido y naturalmente como para empujar al paciente con él. En esencia la respuesta a las conductas suicidas es tratarlas ligeramente y de una manera directa y tranquila, y al mismo tiempo tomarlas con total seriedad.

Finalmente, la irreverencia es rodeada de validación. Esto significa que si el terapeuta le dice al paciente que no debe matarse porque esto va a interferir con el tratamiento, esta frase debe seguirse inmediatamente con la comunicación de que se debe estar sintiendo terriblemente frustrada, desesperanzada, o algo por el estilo. Ser irreverente no debe confundirse con ser indiferente. El drama y la expresión emocional son alentados.

3. USAR UN TONO CONFRONTATIVO

El terapeuta irreverente confronta las conductas disfuncionales de manera directa, a veces descarada (“Te estas poniendo irracional de nuevo” “¿Estas loco?” “¿Pensaste por un segundo que yo iba a pensar que eso era una buena idea?”). El terapeuta comunica “Esto es una boludez” como repuesta a toda conducta que no sea la respuesta adaptativa blanca. El terapeuta también puede usar el estilo irreverente para evitar que el paciente esquive traumas disfuncionales. Por ejemplo cuando el paciente responde a temas que le provocan ansiedad desviándose (y persistiendo) en discutir otros traumas irrelevantes o “novelas”, el terapeuta puede decir “¿Querés que te ayude con tus verdaderos problemas o no?” o “¡Por dios, otra vez la novela!”. Como estos ejemplos indican, la confrontación descansa sobre una relación positiva fuerte. No puede sostenerse por sí sola sin estar rodeada de validación.

4. PONER AL PACIENTE EN EVIDENCIA

El terapeuta irreverente pone en evidencia al paciente. Por ejemplo, si el paciente dice “Voy a dejar la terapia”, el terapeuta dice “¿Querés que te haga una buena derivación?”. La estrategia dialéctica del extending –tomar al paciente más seriamente de lo que el quiere que lo tomen- es generalmente una manera poner en evidencia al paciente. El terapeuta, sin embargo, debe tener el cuidado de dejar una puerta de salida para el paciente cuando pone en evidencia al paciente. El secreto acá está en el timing al poner en evidencia al paciente y al proveer una red de seguridad. El terapeuta temeroso ofrece ambas al mismo tiempo (pone en evidencia y brinda la red), el cruel, insensible o enojado olvida la red.

5. OSCILAR LA INTENSIDAD Y USAR EL SILENCIO

Hacer oscilar intencionalmente la intensidad de las emociones, la voz y la postura puede ser irreverente cuando cortan la propia intensidad del paciente. Aquí el terapeuta se mueve rápido de niveles altos de intensidad a una calma relajada y vuelve atrás nuevamente, va de la seriedad más absoluta a un estilo juguetón nuevamente. La irreverencia es la oscilación en sí misma, así como la incongruencia entre el estado de ánimo aparente del paciente y el del terapeuta.

El silencio también puede utilizarse para aumentar o reducir la intensidad, para distanciarse o para acercarse al paciente. Por ejemplo el terapeuta puede estar queriendo

obtener un compromiso del paciente, un cambio de afecto o que salga de una posición irrazonable. Después de argumentar pros y contras el terapeuta puede usar el silencio para producir un vacío de iniciativa que el paciente tiene que llenar. El terapeuta no habla, sonríe, ni se mueve, pero mira al paciente, al espacio o a un punto fijo. El terapeuta espera por la conducta blanco (ej. Un cambio de afecto, un principio de compromiso o un comentario razonable) del paciente. Después de que ocurre el terapeuta responde.

6. EXPRESAR OMNIPOTENCIA E IMPOTENCIA

Puede ser muy efectivo e irreverente que el terapeuta asuma a veces omnipotencia, sugiriendo que sólo trabajando con él o siguiendo sus indicaciones el paciente puede mejorar. Por ejemplo el terapeuta puede decir “El problema con el suicidio, por supuesto, no me dejará seguir ayudándote”. O si el paciente dice “¿Cómo sabés que tengo una mente sabia?” el terapeuta puede decir “¿Cómo lo se? Dame ese mérito, yo se de esas cosas”. Lo contrario puede ser igual de efectivo, admitir impotencia. Por ejemplo en respuesta a una conducta que interfiere con la terapia el terapeuta puede decir “Ganaste, quizás esta terapia no funciona para vos”. O al discutir sobre la relación terapéutica el terapeuta puede admitir “Podés vencerme si vos querés, No es difícil. Todo lo que tenés que hacer es mentir”. Cuando el paciente se queja de la conducta del terapeuta o expresa su propia desesperanza el terapeuta puede responder “Quizás necesites un terapeuta mejor que yo”. Algunos elementos de poner en evidencia al paciente son evidentes en estos ejemplos. Como el puñado de arena que contiene una pepita de oro, el comentario debe incluir un elemento de verdad. La irreverencia no debe subestimar el ser genuino.

Comentarios Finales

La reciprocidad y la irreverencia deben ser entretrejidas juntas en un estilo único. Utilizadas de manera exclusiva o de manera poco equilibrada, ninguna de las dos representa a DBT. La reciprocidad por sí sola corre el riesgo de ser demasiado “dulce”; la irreverencia utilizada por sí sola puede ser “maliciosa”. La reciprocidad puede ser sobreutilizada por el terapeuta sumiso o culposos; la irreverencia puede ser sobreutilizada por los arrogantes o los terapeutas enojados. En DBT un estilo debe ser equilibrado con el otro. Desafortunadamente saber esto no otorga una guía clara sobre cómo llevar a cabo esta mezcla. Aunque la teoría dialéctica puede en parte guiarnos, solamente la práctica y cierta cantidad de certeza o de autoconfianza puede producir los movimientos rápidos y la mezcla que requiere la comunicación en DBT. El timing de tus movimientos de un estilo a otro deben estar guiados por lo que está sucediendo en el aquí y ahora de la interacción terapéutica. Necesitar mantener la vista tanto en lo que está sucediendo como en lo que se necesita – donde estás ahora y a donde estás yendo.

La irreverencia es generalmente más riesgosa en el corto plazo. Puede producir incendios cuando menos los esperas. Otras veces la irreverencia produce un movimiento luego de largos periodos de poco progreso. La reciprocidad, mientras que es generalmente segura en el corto plazo, puede ser riesgosa en el largo plazo. Como con la validación que no se acompaña con cambio, falla al no tomar en cuenta la urgencia de la situación del paciente seriamente. De la misma manera que la validación se mezcla con estrategias de cambio, la reciprocidad debe mezclarse con irreverencia. Durante algunas sesiones, la irreverencia predominará; durante otras, la reciprocidad será prominente. Como con

cualquier habilidad (incluyendo aquellas que le enseñas a los pacientes) el arte esta en el timing. Y esto sólo puede aprenderse a través de la experiencia.

Nota

¹ El estilo de comunicación irreverente es bastante similar al estilo que utilizaba Carl Whitaker (ver Whitaker, Felder, Malone, & Warkentin, 1962/1982, para una descripción; para una introducción al trabajo de Whitaker en general, ver Nelly & Kniskern, 1982). El estilo de Whitaker, al menos como es presentado por escrito, es un poco más fuerte del que recomendamos acá. El estilo también es similar al uso de la intención paradójica que utilizan algunos terapeutas.

13

Formulación de Caso en la Terapia Dialectico Conductual para Trastorno de Personalidad Borderline

Kelly Koerner
Marsha Linehan

La Terapia Dialectico Conductual (DBT; Linehan, 1993^a, 1993b) es un tratamiento cognitivo conductual para clientes diagnosticados con trastorno de personalidad borderline (BPD). La formulación de caso es esencial para un tratamiento DBT efectivo y eficiente. Las intervenciones en DBT deben guiarse por las etapas de tratamiento, por la teoría biosocial de la etiología y mantenimiento de BPD, por los principios conductuales, y por las ideas sobre los patrones que comúnmente interfieren con el tratamiento.

Antecedentes Históricos Del Enfoque

Comenzaremos con una breve descripción de DBT para orientar a los lectores no familiarizados con el enfoque. Marsha Linehan y sus colegas en la Suicidal Behaviors Research Clinic de la University of Washington desarrollaron DBT como un tratamiento para mujeres con una historia de conductas parasuicidas que encontraban criterios para BPD (Una conducta parasuicida es cualquier conducta de autodaño que incluye pero no se limita a los intentos de suicidio). Al mirar los videos de las sesiones de terapia de Linehan, ella y sus equipo de investigación identificaron aspectos de su estilo y de las modificaciones a las técnicas cognitivo conductuales que ella utilizaba y que parecían efectivas. El tratamiento fue estandarizado en un manual de tratamiento (Linehan, 1993a, 1993b), que demostró ser más efectivo en investigaciones clínicas empíricas que los tratamientos que se ofrecían usualmente en la comunidad (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan, Tutck, Heard, & Armstrong, 1994), y que ahora ha sido adaptado para su utilización en diversos contextos en Estados Unidos y el exterior (ej. Barley et al., 1993; Miller, Eisner, & Allport, 1994; Swenson, Sanderson, & Linehan, 1996).

DBT es un tratamiento complejo que mezcla intervenciones cognitivas conductuales con practicas de meditación oriental y que comparte elementos en común con enfoques psicodinamicos, terapia centrada en el cliente, gestalt, terapia paradójal y terapia estratégica (cf. Heard & Linehan, 1994). La filosofía Dialéctica tiene influencia sobre cada aspecto de DBT desde la rápida yuxtaposición de técnicas de cambio y aceptación a la

utilización por parte del terapeuta tanto de un estilo de comunicación irreverente como un estilo de comunicación cálido y sensible. Sin embargo se guía por principios simples. DBT se basa en la teoría de que la mayoría de las conductas “borderline” regulan emociones desreguladas o son la consecuencia de una falla en la regulación de la emoción. La desregulación emocional interfiere la resolución de problemas tanto como crea problemas por derecho propio. Las conductas maladaptativas, incluyendo las conductas extremas como las parasuicidas, tienen la función de resolver problemas. La mejoría de un dolor emocional intolerable es supuesta siempre como la consecuencia que refuerza las conductas disfuncionales. Aunque tales respuestas extremas son entendibles dado el caos crónico y el sufrimiento experimentado por muchos individuos con BPD, un estribillo de DBT es que se pueden encontrar mejores soluciones. La mejor alternativa para el suicidio es construir una vida que valga la pena de ser vivida. DBT disminuye la resolución de problemas maladaptativa mientras aumenta la capacidad y la motivación necesarias para mejorar la calidad de vida del paciente.

El tratamiento integral (1) aumenta las capacidades, (2) mejora la motivación al cambio, (3) se asegura que las nuevas capacidades se generalicen al ambiente natural, (4) aumenta la capacidad y la motivación del terapeuta para tratar a los clientes efectivamente, y (5) estructura el ambiente de manera que de soporte a las capacidades del cliente y del terapeuta (Linehan, 1996). En el formato estándar de DBT estas funciones se dividen entre diferentes modos de ofrecer el servicio. Por ejemplo los clientes aumentan su capacidad al aprender habilidades de regulación emocional, para tolerar el malestar cuando el cambio es lento o improbable, a ser más efectivo en los conflictos interpersonales, y a controlar la atención para lograr participar de una manera efectiva en el momento presente. También pueden aumentar su capacidad tomando medicación. El cliente y el terapeuta colaboran en la terapia individual para motivar el cambio al identificar los patrones asociados con las conductas problemáticas y al tratar las inhibiciones, cogniciones y el refuerzo de contingencias que interfieren con la resolución de problemas de una manera más efectiva. Para generalizar los nuevos comportamientos a las situaciones de la vida diaria, el terapeuta individual utiliza la consulta telefónica y la terapia *en vivo* (ej. Terapia fuera del consultorio). Una reunión de equipo semanal le otorga al terapeuta ayuda técnica y soporte emocional para aumentar su capacidad y mantener su motivación para tratar a los pacientes efectivamente. La tarea de estructurar el ambiente tanto del paciente como del terapeuta es realizada ,cuando es necesario, por el director clínico o administrativo, y para el cliente a través de el manejo de caso. Al adaptar DBT, la distribución particular de las modalidades de tratamiento dependen de los recursos dados por el encuadre – lo que es esencial para que cada función este en su lugar. Típicamente, un terapeuta principal se asegura de que un cliente dado tenga cada función al proveerla o actuar como un administrador de servicios. Muchas veces el terapeuta individual es el que tiene la responsabilidad principal en el manejo de las crisis y en el plan de tratamiento. La formulación de caso influencia cada una de estas funciones pero en particular es relevante para que el terapeuta principal conduzca el tratamiento individual.

MARCO CONCEPTUAL

Una formulación de caso basada en la teoría es la piedra angular de DBT. Los individuos con DPD tienen generalmente múltiples problemas. La amplia lista de problemas serios (algunos de los cuales ponen en riesgo la vida de los clientes) de los que la terapia debe

ocuparse hace difícil para el terapeuta establecer y mantener el foco del tratamiento. Por ejemplo es difícil decidir que tratar primero cuando el cliente tiene numerosos problemas (ej. Pánico, depresión, abuso de alcohol, mantiene una relación abusiva con su pareja, se queda callada en el consultorio y tiene ideación y conductas suicidas). Si uno se guía por la urgencia del cliente termina manejando una crisis diferente cada semana. Uno siente entonces la terapia como un auto fuera de control que apenas evita el desastre, con cierto sentido de movimiento pero sin progreso significativo. Con clientes que tienen múltiples problemas serios el manejo de crisis y el la reducción provisional de problemas agudos pueden dominar la terapia a tal punto que el tratamiento efectivo y eficiente se hace poco probable o imposible.

Las decisiones clínicas se complican aun más porque los clientes con BPD muchas veces actúan de tal forma que estresan a sus terapeutas. Por ejemplo, más allá de la experiencia o el entrenamiento, puede ser difícil manejar las propias reacciones emocionales cuando un paciente que recurrentemente intenta suicidarse al mismo tiempo rechaza la terapia que se le ofrece y demanda una ayuda que uno no puede brindarle. Incluso cuando la terapia esta encaminada el progreso puede ser lento y esporádico. Todos estos factores pueden inducir al terapeuta a cometer errores, incluyendo cambios prematuros en el plan de tratamiento. En DBT, una solución parcial a este problema es utilizar una formulación de caso basada en la teoría que guíe las decisiones del tratamiento.

En un nivel introductorio cinco conjuntos de conceptos teóricos son importantes en la formulación de caso DBT: (1) Las etapas teóricas del tratamiento; (2) la Teoría Biosocial de la etiología y el mantenimiento de BPD; (3) los principios del aprendizaje y las ideas de la terapia conductual; (4) los patrones conductuales comunes entre los pacientes borderline, y los dilemas creados por la naturaleza dialéctica de esos patrones, que interfieren con los intentos de cambio; y (5) la orientación dialéctica hacia el cambio. Estos cinco conjuntos de conceptos pueden ser considerados “lentes” a través de los cuales cualquier conducta problemática puede ser observada. Como uno puede inspeccionar el mismo objeto a través de lentes de lectura, de anteojos infrarrojos, de un ósculo de joyería, de un microscopio superpoderoso, y de un satélite orbital, estos cinco lentes conceptuales hacen aparentes diferentes facetas de la conducta problema. El terapeuta DBT busca la oportunidad para producir cambio con cada lente. La formulación de caso basada en la teoría resuelve la confusión de variables y genera hipótesis específicas que guían la evaluación y la intervención.

Etapas del Tratamiento: Conductas Objetivo de DBT

El primer lente son las etapas del tratamiento. El concepto de las etapas del tratamiento surge de la idea del sentido común de que es la extensión actual del desorden conductual la que determina cuales son las tareas del tratamiento que son relevantes y factibles. El modelo de etapas del tratamiento (Linehan, 1993^a, 1996) prioriza los problemas sobre los que hay que ocuparse en un determinado punto en la terapia de acuerdo a la amenaza que representan para una calidad de vida razonable. La relevancia de un problema esta determinada tanto por la severidad y la complejidad del desorden conductual del cliente en un momento determinado como por el progreso de la terapia. La primera etapa del tratamiento con todos los clientes DBT es el pretratamiento, seguida de otras cuatro etapas. El numero de etapas posteriores depende de la extensión del desorden conductual cuando el cliente comienza el tratamiento.

En la etapa de pretratamiento el objetivo conductual principal es lograr un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y obtener un compromiso para alcanzarlos. Antes de comenzar el tratamiento formal DBT requiere que todas las partes se pongan de acuerdo sobre cuales son los objetivos esenciales, sobre cual es el formato básico del tratamiento y que arriben a un acuerdo verbal sobre el tema. Ya que DBT requiere de un consentimiento voluntario más que coercitivo, tanto el cliente como el terapeuta deben elegir comprometerse a hacer DBT sobre otras opciones no DBT. Por lo tanto, en una unidad judicial donde el cliente es enviado contra su voluntad a tratamiento, no se considera que entro en tratamiento hasta que se logra un compromiso verbal. En el pretratamiento, una vez que el terapeuta es asignado a un cliente, la prioridad es obtener un compromiso con la terapia.

Los objetivos principales de la etapa 1 son alcanzar una expectativa de vida razonable, lograr control sobre la acción, conseguir una suficiente conexión con el tratamiento y adquirir las habilidades conductuales necesarias para alcanzar tales fines. El tiempo de tratamiento es distribuido para dar prioridad a los siguientes objetivos en el siguiente orden de importancia: (1) Comportamientos suicidas/homicidas o que pongan en riesgo de forma inminente la vida; (2) Comportamientos que atentan contra la terapia (del cliente o del terapeuta); (3) Comportamientos que atentan severamente con la calidad de vida; (4) Déficit en las habilidades conductuales necesarias para producir cambios en la vida.

Los objetivos de la etapa 2 son reducir las respuestas de estrés postraumático y las experiencias emocionales traumatizantes. El objetivo es sacar al cliente de la desesperación emocional permanente.

Los objetivos de la etapa 3 es generar una síntesis de lo que se aprendió, incrementar el autorespeto y aumentar el sentido de conexión, y trabajar para resolver los problemas de la vida.

Los objetivos de la etapa 4 (Linehan , 1996) se focalizan en el sentido de incompletud que muchos individuos experimentan, incluso cuando los problemas de la vida están esencialmente resueltos. El objetivo aquí es lograr la capacidad para una disfrute sostenido. La tarea es integrar el pasado con el presente y el futuro, el self con los otros, y la aceptación de la realidad tal cual es.

Aunque las etapas de la terapia son presentadas linealmente, el progreso es muchas veces no lineal y las etapas se superponen. No es poco común que una dificultad en la etapa 1 obligue a volver a las tareas del pretratamiento. La transición de la etapa 1 a la etapa 2 esta cargada de dificultades, y no es poco común ir y volver entre estas dos etapas durante algún tiempo. La etapa 3 no solo se superpone con la esta 2 sino que a veces es una revisión de los mismos temas desde una perspectiva diferente. La etapa 4 es generalmente un esfuerzo que dura toda la vida y que requiere de conocimiento y de aceptación más que de completud. Al terminar o antes de cortes significativos del tratamiento el cliente, especialmente si esta poco preparado, puede volver brevemente a la etapa 1. La poca frecuencia de las conductas de la etapa 1 así como la velocidad para reregularse (mas que la presencia de cualquier instancia de la conducta) es lo que define las diferencias entre las etapas.

Los ensayos clínicos controlados de DBT hasta la fecha fueron realizados con clientes que entraban al tratamiento en la etapa 1. A través de las etapas de la terapia, la formulación de caso es organizada por la extensión del desorden de conducta que determina la relevancia y la viabilidad de las tareas del tratamiento. Aunque los principios de la

formulación de caso son consistentes a través de todas las etapas de DBT, el foco de la formulación de caso varía en cada etapa de la terapia. El resto de este capítulo es sobre la formulación de caso en la etapa 1 de DBT.

Teoría Biosocial: El rol central de la Desregulación Emocional

La segunda perspectiva que guía la formulación de caso en DBT es la teoría biosocial de la etiología y el mantenimiento de BPD. Linehan teoriza que la transacción entre la vulnerabilidad biológica a la desregulación emocional con un ambiente invalidante, a través del tiempo, crea y mantiene los patrones de conducta borderline. Sostiene que los individuos con BPD están predispuestos biológicamente (quizás debido a una predisposición genética a la emocionalidad) a tener (1) una alta sensibilidad a los estímulos emocionales (ej. Reacciones inmediatas y un umbral bajo para el comienzo de la respuesta emocional); (2) una alta reactividad (ej. Experiencia y expresión intensa de las emociones y desregulación cognitiva que va de la mano con la alta activación); y (3) un lento retorno a la línea de base (ej. Reacciones de larga duración que contribuyen a la alta sensibilidad al próximo estímulo emocional). Esta vulnerabilidad biológica contribuye a la dificultad para regular las emociones. Expandiendo la definición de Gottman y Katz (1989) la regulación emocional requiere la capacidad de (1) disminuir (o incrementar) la activación fisiológica asociada con la emoción, (2) reorientar la atención, (3) inhibir las acciones dependientes de la emoción, (4) experimentar las emociones sin escalarlas ni embotarse, y (5) organizar la conducta en servicio de objetivos externos no dependientes de la emoción.

La transacción con un ambiente social particular, llamado ambiente invalidante, puede crear o exacerbar esta vulnerabilidad biológica. En un ambiente validante óptimo, la persona es tratada de una manera que fortalece aquellas respuestas que tienen buena base o son justificables en términos de hechos empíricos, inferencias correctas, o autoridad aceptada, y son efectivas para alcanzar los objetivos últimos de la persona. Un ambiente óptimo trata al individuo como relevante y significativo, valida sus respuestas individuales validas e invalida las invalidas.

El ambiente invalidante sin embargo falla al confirmar, corroborar, o verificar las experiencias individuales y falla al enseñar al individuo que respuestas tienen probabilidad de ser efectivas para alcanzar sus objetivos individuales. Los ambientes invalidantes comunican que las respuestas características del individuo a los eventos (particularmente las respuestas emocionales) son incorrectas, imprecisas, inapropiadas, patológicas, o que no deben ser tomadas seriamente. Al sobresimplificar la facilidad de la resolución de problemas, el ambiente falla en enseñarle al individuo a tolerar el estrés y a formarse expectativas y objetivos razonables. Al castigar las comunicaciones de las experiencias negativas y solo responder a las expresiones emocionales negativas cuando escalan el ambiente enseña al individuo a oscilar entre la inhibición emocional y la comunicación extrema de sus emociones.

Eventualmente, los individuos aprenden a invalidar sus propias experiencias y a buscar en el ambiente social las claves para saber como deben sentirse o pensar. La principal consecuencia del ambiente invalidante es castigar (o fallar en fortalecer de manera adecuada) las conductas autogeneradas. Las conductas autogeneradas son respuestas individuales únicas no censuradas que no están primariamente bajo el control de las consecuencias sociales aversivas o inmediatas externas o de los refuerzos arbitrarios. Para

decirlo de alguna forma las conducta autogeneradas son conductas “intrínsecamente motivadas” o “free operent”.

El abuso sexual infantil puede ser el prototipo del ambiente invalidante relacionado con BPD, dada la correlación observada entre BPD, conductas suicidas y abuso sexual infantil (Wagner & Linehan, 1997). Sin embargo, ya que no todos los individuos que alcanzan criterios para BPD reportan historias de abuso sexual ni todas las personas que son víctimas de abuso sexual infantil desarrollan BPD, sigue siendo poco claro cual es la mejor explicación para las diferencias individuales en la etiología. La teoría de Linehan argumenta que es el aspecto invalidante del abuso sexual infantil el que es más crucial para el desarrollo de BPD (Wagner & Linehan, 1997).

La naturaleza transaccional del modelo implica que el individuo puede alcanzar los patrones de conducta BPD por vías muy diferentes: más allá de una vulnerabilidad moderada a la desregulación emocional, un ambiente suficientemente invalidante puede ser suficiente para crear patrones BPD. De forma similar, incluso niveles “normales” de invalidación pueden ser suficientes para crear patrones BPD en aquellas personas que son altamente vulnerables a la desregulación emocional. El resultado transaccional es la disrupción de la organización y de las funciones de comunicación de la emoción.

Las etapas de tratamiento y la teoría biosocial sugieren hipótesis generales, esto es, determinan “que” es lo que se evalúa cuando uno formula un caso DBT. En particular, las hipótesis para cualquier conducta problema objetivo es que es una consecuencia de la desregulación emocional, un intento de modular la emoción, o ambas. Los principios del comportamiento trasladan estas ideas generales a hipótesis específicas sobre un individuo dado.

Teoría del Cambio: Principios del Aprendizaje y Terapia Conductual

La tercera perspectiva que se utiliza en la formulación de caso en DBT es la teoría del cambio conductual. En general, los desordenes de conducta persistentes son concebidos como el resultado de déficits en las capacidades así como problemas de motivación. Los principios del aprendizaje e ideas de la terapia conductual especifican los métodos para analizar e influir en el cambio conductual. Para entender una conducta problema específica la formulación de caso DBT descansa en el análisis funcional o el análisis en cadena. Aquí es donde las “ruedas encuentran el camino”, donde las hipótesis generales sobre las conductas problemas guían el análisis de los antecedentes y las consecuencias específicas que mantienen (motivan) una conducta problema actual. Es probable que cada individuo tenga un patrón único de variables que controlan las conductas problemas, y que estas variables difieran entre un determinado conjunto de circunstancias y otro.

El análisis cuidadoso de los antecedentes y las consecuencias es particularmente importante debido al rol de la desregulación emocional en DBT. El sello distintivo de la desregulación emocional es la inestabilidad. Por lo tanto las capacidades interrumpidas por la desregulación emocional (ej. Un sentido de uno mismo perdurable, la resolución de los conflictos interpersonales, la acción dirigida a objetivos) es probable que también sean inestables a través de los diferentes contextos a través del tiempo. Cuando un terapeuta equivocadamente asume que estas conductas están correlacionadas, puede esperar una consistencia más allá de la que el cliente produce. De manera similar al asumir que una asincronía observada es un rasgo de personalidad, el terapeuta puede tratar al paciente

como extremadamente frágil. Es útil distinguir entre capacidades en un contexto en particular (donde la persona puede hacer algo bajo las mejores circunstancias), de la dificultad específica de la performance en un contexto específico (facilidad con la que la persona puede producir una respuesta específica) y un rasgo (respuesta típica o promedio de una conducta a través de contextos diversos). (Ver Paulhus & Martin, 1987, para una distinción similar). Mantener estas distinciones en mente ayuda a los terapeutas a evaluar si un cliente carece de la capacidad o tiene la habilidad pero se encuentra inhibido para una respuesta habilidosa.

Un análisis en cadena es un análisis en profundidad de los eventos y situaciones anteriores y posteriores en cada caso particular (o en un conjunto de casos) de la conducta objetivo. El propósito es suministrar una versión precisa y razonablemente completa de los eventos conductuales y contextuales asociados con la conducta problema. Se presta especial atención a las interacciones recíprocas entre eventos ambientales y respuestas emocionales, cognitivas y manifiestas.

Un análisis en cadena comienza con una descripción clara de la conducta problema. Después, el terapeuta y el cliente identifican tanto los factores de vulnerabilidad específicos (aquellos factores que son el contexto en el que los eventos precipitantes tienen más influencia, ej. Enfermedades físicas, privación de sueño, o otras condiciones que influyen la reactividad emocional) y los eventos precipitantes específicos que comenzaron la cadena de eventos que llevó a la conducta problema. El terapeuta y el cliente entonces identifican cada eslabón entre el evento precipitante y la conducta problema para producir una versión detallada de cada pensamiento, emoción, y acción que movió al cliente del punto A al punto B. Finalmente, el terapeuta y el cliente identifican las reacciones inmediatas y mediatas del cliente y de las demás personas presentes posteriores a la conducta problema. Este análisis detallado permite al terapeuta identificar cada unión donde una respuesta alternativa del cliente podría haber producido un cambio positivo y las condiciones evitadas que llevaron a la conducta problema. Cuando un eslabón disfuncional ocurre (una conducta que interfiere con el logro de un objetivo a largo plazo del cliente), el terapeuta evalúa que conductas alternativas podrían haber sido más adaptativas y habilidosas y porque esas conductas más habilidosas no ocurrieron.

La ausencia de una performance habilidosa es debida a uno de los siguientes cuatro factores, relacionados con los procedimientos de cambio en la terapia:

Primero, el cliente no tiene la habilidad necesaria en su repertorio; esto es, que el cliente tiene un déficit de habilidades. Los déficits específicos de habilidades son particularmente relevantes en BPD, y por lo tanto el terapeuta evalúa si un cliente puede (a) regular sus emociones; (b) tolerar el malestar; (c) responder habilidosamente a los conflictos interpersonales; (d) observar y describir y participar sin juzgar con conciencia plena y focalizándose en ser efectivo; y (e) manejar su propia conducta con otras estrategias que no sean el autocastigo. Cuando los clientes carecen de estas habilidades el entrenamiento en habilidades es apropiado.

Sin embargo, si la evaluación revela que un cliente a veces se comporta más eficientemente en situaciones similares, entonces el terapeuta evalúa cual de los otros tres factores interfiere con la conducta habilidosa. La segunda posible razón para la falta de una performance habilidosa es que las circunstancias refuercen la conducta disfuncional o fallen en reforzar conductas más funcionales. Las conductas problema pueden llevar a resultados positivos o preferidos, o dar la oportunidad para otras conductas o estados emocionales preferidos. Las conductas habilidosas pueden estar seguidas de resultados

neutros o de castigos, o el premio por la conducta puede presentarse con retraso. Si contingencias problemáticas son identificadas, entonces estrategias de manejo de contingencias son las más apropiadas.

La tercera posibilidad es que respuestas emocionales condicionadas bloqueen respuestas más habilidosas. Las conductas efectivas pueden ser inhibidas o verse desorganizadas por temores intensos, vergüenza, culpa, o intensas emociones fuera de control. La persona puede ser una “fóbica emocional”. Puede tener patrones conductuales de evitación y escape. En este caso, alguna versión de tratamiento basado en la exposición es el indicado.

La cuarta posibilidad es que las conductas efectivas sean inhibidas por creencias y supuestos distorsionados. Creencias y supuestos distorsionados pueden preceder conductas inefectivas. La persona puede no ser conciente de las contingencias o las reglas que operan en su ambiente o en la terapia. Si el problema se identifica aquí, entonces estrategias de modificación cognitiva son las apropiadas.

Patrones de Conducta BPD y Dilemas Dialecticos

El cambio en los objetivos primarios (disminuir las conductas que atentan contra la vida, la terapia y la calidad de vida, e incrementar las habilidades conductuales) es el foco principal de la etapa 1 en DBT. Para lograr un tratamiento exitoso de los objetivos principales, sin embargo, otras conductas objetivas (secundarias) o patrones de conducta necesitan también trabajarse. Por la observación clínica de los problemas que impiden (y causan estragos) en el tratamiento y el progreso clínico, Linehan (1993a) delineo patrones organizados en polos dialécticos. Cada patrón describe un aspecto de la transacción entre la experiencia de la desregulación y una historia de consecuencias sociales sufrida como consecuencia de la desregulación emocional. Como la palabra “Dialéctica” implica, los individuos BPD frecuentemente saltan de un patrón de conducta que desregula la emoción a otro que la sobregula, el malestar con cada extremo dispara la oscilación de respuesta de los patrones. Estos patrones se perpetúan a sí mismos y crean nuevos problemas. Los objetivos secundarios son los mismos a través de los diferentes análisis en cadena y a través de las etapas del tratamiento.

Esta cuarta perspectiva orienta al terapeuta hacia patrones que pueden destruir el tratamiento sino se los trata directamente. Cada patrón resalta los dilemas enfrentados tanto por el cliente como por el terapeuta cuando se inicia un cambio. DBT apunta a ayudar al cliente a arribar a una síntesis o a un equilibrio más efectivo de las tendencias conductuales opuestas.

Vulnerabilidad emocional y Autoinvalidación

La vulnerabilidad emocional se refiere a el intenso sufrimiento que acompaña la experiencia de la desregulación emocional. Por analogía, los individuos con BPD pueden ser considerados el equivalente emocional de una víctima de quemaduras a la que el menor movimiento le produce un dolor extremo automático. Porque el individuo no puede controlar el comienzo de los eventos internos y externos que tienen influencia sobre la respuesta emocional, la experiencia en sí misma es una pesadilla de dolor emocional extremo y de dificultad para regularlo. Esta impredecibilidad frustra las expectativas personales e interpersonales porque la persona muchas veces puede alcanzar las

expectativas en un estado emocional pero no en otro, llevando a la frustración y a la desilusión frecuentes tanto al cliente como a los demás. Incluso la desregulación de las emociones positivas crean dolor. Por ejemplo, un cliente reportó “Me pongo tan contenta cuando vuelvo a casa por las vacaciones que no puedo soportarlo. Me río demasiado fuerte, hablo mucho, todo lo que hago es excesivo para ellos!”. Los clientes están desesperados por saber si la vulnerabilidad a las emociones incontrolables alguna vez disminuirá y el suicidio puede parecer la única manera de prevenir futuros sufrimientos. El suicidio también puede ser una comunicación final a un público poco comprensivo. La vulnerabilidad emocional es un eslabón importante para las conductas parasuicidas y por lo tanto se vuelve un objetivo en sí mismo.

El sufrimiento asociado a la incapacidad para regular las emociones crea numerosos obstáculos en la terapia. Casi cualquier movimiento terapéutico genera algún dolor emocional, como la extracción de tejido lo es para un paciente que sufrió quemaduras. La sensibilidad a la crítica hace doloroso recibir el feedback necesario; la desregulación en sesión (disociación, pánico, enojo intenso) interrumpe la tarea terapéutica; la generalización y la continuación de los cambios y los planes de la sesión suelen malograrse. La terapia en sí misma puede ser traumática. Entender la vulnerabilidad emocional significa que el terapeuta debe entender y considerar el intenso dolor que significa vivir sin una “piel emocional”. El terapeuta DBT es empático, acompaña y tranquiliza, y lo que es más importante trata la desregulación emocional en sesión. Por ejemplo, en respuesta a una reacción emocional intensa durante la tarea terapéutica (ej. Hablar sobre los eventos de la semana) el terapeuta valida la desesperante experiencia de la activación emocional incontrolable, y le enseña al individuo a modular su emoción en sesión.

La autoinvalidación ocurre cuando el cliente responde a sus propia conducta (o a la ausencia de una conducta autogenerada como el control emocional) como invalida, tomando las características del ambiente invalidante. La autoinvalidación toma al menos dos formas. Por un lado, los clientes pueden juzgarse a sí mismos duramente por su vulnerabilidad (“No debería ser de esta forma”), actúan de maneras punitivas, y sienten odio hacia sí mismos. La experiencia es de uno mismo como agente de su propio fracaso. En este caso las conductas parasuicidas funcionan como castigo por la transgresión. Por el otro lado, los clientes niegan e ignoran su vulnerabilidad (“Yo no soy de esa forma”) y sostienen expectativas altas y perfeccionistas. Al hacerlo minimizan las dificultades en la resolución de problemas. Al ignorar o bloquear la experiencia emocional, la persona no solo pierde información necesaria para resolver los problemas sino que interrumpe las funciones de organización y de comunicación de las emociones. La autoinvalidación es muchas veces un eslabón en las conductas parasuicidas. Incrementar la autovalidación y disminuir la autoinvalidación se vuelve un objetivo secundario esencial. El foco explícito en la necesidad de un apropiado nivel de autovalidación es una característica de DBT.

El malestar extremo de cualquiera de los dos extremos resulta en una oscilación entre la experiencia de la vulnerabilidad y la experiencia de la autoinvalidación. El dilema para “June”, una cliente, se volvió quien debía ser culpado por los problemas. Ella era capaz de controlar su conducta (como los demás creían) pero no lo hacía, y por lo tanto era “manipulativa”, o ella era incapaz de controlar sus emociones como ella sentía, lo que significaba que siempre sería de esta forma y quedaba entonces condenada a una pesadilla de descontrol sin fin. June podía tratar de alcanzar las expectativas que estaban más allá de sus posibilidades y fracasar, sentirse avergonzada, y decidir que necesitaba ser castigada o merecía la muerte. O ella podía ver su vulnerabilidad y ajustar sus estándares. Pero si los

demás no cambiaban sus expectativas sobre ella, ella podía enojarse ya que nadie le ofrecía la ayuda que necesitaba desesperadamente y convencerse de que el suicidio era la única manera de comunicar que ella no podía hacer lo que los demás esperaban.

El dilema en terapia es focalizarse en la aceptación de la vulnerabilidad y las limitaciones puede llevar a June a la desesperación de sentir que siempre tendrá los problemas que tiene; focalizarse en el cambio, sin embargo, puede llevarla al pánico porque sabe que no hay manera de alcanzar de manera consistente las expectativas. Aun más, si ella cambia sus conductas problemas puede sentirse avergonzada de haber sido capaz de hacer lo que se esperaba todo este tiempo pero no haberlo hecho por que era “vaga” o “manipulativa”. Para negociar este dilema, el terapeuta DBT combina de manera flexible, momento a momento, el uso de la aceptación y las estrategias de cambio confrontativas. El terapeuta comunica, a través de las palabras y los hechos, que June esta haciendo lo mejor que puede y sin embargo tiene que hacerlo mejor.

Pasividad Activa y Competencia Aparente

El segundo conjunto de tendencias conductuales opuestas es la pasividad activa y la competencia aparente. La pasividad activa es la tendencia a responder a los problemas pasivamente y a regularse a uno mismo, si es que se lo intenta, regulando aspectos relevantes del ambiente. Regularse a uno mismo regulando el ambiente no es un problema de por si – el problema es que el individuo con BPD no es lo suficientemente habilidoso regulando a su ambiente.

“Paula”, por ejemplo, una cliente que regresaba de una hospitalización psiquiátrica y a la que su compañera de cuarto le había pedido que se mudara. En vez de buscar un nuevo lugar para vivir, Paula pasó el día en la cama y se mantuvo silenciosa durante la sesión de terapia más allá de todos los esfuerzos que hizo su terapeuta para alentarla a una resolución más activa de los problemas. Paula siente que ella no es, y realmente no lo es, capaz de hacer lo que es necesario sin ayuda. Si ella tuviera una pierna rota, obtendría ayuda. Sin embargo, sin un déficit observable, ella obtiene el feedback que es socialmente inaceptable necesitar “tanta” ayuda o reaseguro o ser “tan” dependiente. Por lo que ella evita conseguir la ayuda que necesita o lo hace de una manera que es experimentada como demándate por los otros. Esto es que sus habilidades para regular a su ambiente para resolver sus problemas son deficientes, poco habilidosas, e inefectivas. Cuando la situación empeora el terapeuta se sintió frustrado de que Paula haya generado una crisis que fácilmente se podría haber evitado si ella hubiera afrontado la situación activamente (tomar el diario, encontrar otro lugar). La experiencia de Paula, sin embargo, es que la situación no tenía salida no importa lo que ella hiciera. Este estilo de resolución de problemas –actuar de manera inadecuada y pasiva cuando no se cuenta con suficiente ayuda y a veces magnificar los problemas si estos no son tomados seriamente- es aprendido muchas veces de los fracasos reiterados más allá de los mejores esfuerzos en un ambiente donde las dificultades son minimizadas. Mantenerse pasiva de una manera que activa a los otros confirma que, en verdad, los problemas no podían resolverse sin ayuda, que las cosas son tan malas como uno sostenía. Mientras que regularse de esta manera puede ser efectivo, el apoyo excesivo en este tipo de patrón muchas veces significa que los problemas no se resuelven y la vida se vuelve peor. Este patrón puede contribuir con las conductas suicidas de muchas maneras, incluyendo el incrementar el estrés en tanto los problemas no se resuelven, alienar a

aquellos que ayudan, y haciendo que el suicidio sea una de las pocas maneras de comunicar que se necesita más ayuda.

Los cambios quedan bajo el control de la relación terapéutica más que generalizarse adecuadamente al ambiente natural del cliente a menos que se trabaje en este patrón directamente. Como consecuencia en DBT es tan importante enseñarle a los clientes a resolver los problemas como a lograr que los problemas sean resueltos. Como un terapeuta le dijo a un paciente con pasividad activa (intensa) “Puedo ver que estas trabajando duro en terapia, pero no lo estas haciendo con inteligencia. Necesitas aprender a crear tu propia terapia, no solo seguir ordenes”. El objetivo secundario aquí es disminuir las conductas de pasividad activa y incrementar la resolución activa de los problemas, especialmente las habilidades para manejar de manera mas efectiva a uno mismo y al ambiente.

La competencia aparente es la suma toda de las respuestas conductuales que influyen al observador y lo llevan a sobreestimar y a sobregeneralizar las capacidades de respuesta. La competencia aparente toma dos formas. Primero, es probable que los observadores sobregeneralicen cuando la expresión verbal y no verbal de las emociones son incongruentes. Muchas veces los clientes verbalizan emociones negativas extremas pero las acompañan con poca, si alguna, expresión de estrés no verbal. Es probable que los observadores en estas circunstancias crean en la expresión no verbal sobre la verbal cuando, en verdad, es el canal verbal el que otorga una expresión más precisa. Segundo, los observadores sobregeneralizan cuando ignoran el contexto que es critico para que se produzca la conducta habilidosa. Por ejemplo, en un contexto de humor positivo o dentro de una relación positiva, muchas conductas son realizadas fácilmente. Paula es una persona relacional y tiene poco control sobre sus estados emocionales (lo que debería esperarse cuando su problema central es la desregulación emocional), entonces ella tiene poco control sobre sus capacidades conductuales. Una competencia variable y condicional a los diferentes contextos y a través del tiempo puede deberse a que las habilidades conductuales son excesivamente dependientes del humor o del contexto. Por lo tanto la ausencia de la competencia esperada es interpretada como manipulación y disminuye la voluntad de los otros para ayudar. La consecuencia mayor acá es que los demás tienen dificultades para saber cuando la persona necesita ayuda, generando un ambiente invalidante. El objetivo aquí es incrementar la expresión precisa de la emoción y las competencias y disminuir las conductas dependientes del humor y del contexto.

El dilema para el terapeuta es que la pasividad activa y la competencia aparente hace difícil determinar el nivel de ayuda que se le debe ofrecer y que es lo que Paula puede hacer por si misma. A veces y por una variedad de razones, ella puede necesitar mas ayuda que aquella que las personas en su ambiente están dispuestas a brindarle o son capaces de darle. La competencia aparente lleva a los otros (incluyendo al terapeuta) a esperar más de lo que el paciente puede dar. La competencia aparente también desensibiliza al terapeuta y a los demás a las expresiones de bajo nivel de intensidad del estrés. “Hacer por el cliente” cuando el cliente es pasivo pero tiene las capacidades de ayudarse a si mismo refuerza la desesperanza aprendida y bloquea el aprendizaje de resolución de problemas activo. Pero abandonar a Paula a sus propios medios sin la ayuda suficiente impide el apropiado aprendizaje de habilidades, incrementa el pánico, e incrementa la probabilidad de futuras conductas disfuncionales. El terapeuta DBT negocia el dilema respondiendo a bajos niveles de expresión del estrés con ayuda activa y acompaña (couching) una performance mas efectiva mientras insiste en que el cliente resuelva activamente sus propios problemas.

Crisis Implacables y Duelo Inhibido

La crisis implacables se refieren a los patrones de conducta autoperpetuantes en los que la persona con BPD crea y es controlada por eventos aversivos incesantes. La vulnerabilidad emocional y la impulsividad se combinan para hacer que un precipitante inicial aumente como una bola de nieve y resulte en peores problemas, como cuando una persona actúa impulsivamente para disminuir el estrés y inadvertidamente aumenta sus problemas. Por ejemplo gritarle a la trabajadora social y dar por terminada impulsivamente la entrevista que se necesitaba para conseguir un alojamiento puede dar como resultado que sea imposible re-agendar otro encuentro con otro trabajador social antes ser desalojado y quedar en la calle. Sobrereacciones incomprensibles cobran mayor sentido cuando son vistas contra el telón de fondo de experiencias repetidas de desesperanza. La incapacidad para recuperarse totalmente de cualquier crisis antes de que la siguiente surja genera una “debilidad de espíritu” (Berent, 1981) asociada con conductas parasuicidas y otras conductas peligrosas. Este patrón de “la crisis de la semana” interfiere con la continuidad de cualquier plan de tratamiento conductual y llevo a separar en DBT el manejo de crisis (psicoterapia) del grupo de habilidades (psicoeducación). El objetivo secundario es disminuir las conductas que generan crisis e incrementar la toma de decisión realista y el buen juicio.

El duelo inhibido se refiere a la respuesta de evitación involuntaria y automática de las experiencias emocionalmente dolorosas, y a la inhibición del desarrollo natural de la respuesta emocional. El individuo no experimenta, integra o resuelve de manera total sus reacciones a los eventos dolorosos, en cambio, inadvertidamente incrementa su sensibilidad a las claves emocionales y reacciones al evitar y escapar. Los individuos borderline están constantemente expuestos a experiencias de pérdidas, comienzan proceso del duelo, inhiben automáticamente el proceso evitándolo o distrayéndose de las claves relevantes, vuelven a entrar en el proceso, y así. El duelo inhibido pueden estar asociados con los traumas de la infancia o con la retraumatización del adulto, o pueden ser evocados por las múltiples pérdidas que son la consecuencia de un afrontamiento maladaptativo. El duelo inhibido es un objetivo secundario o un objetivo primario de la etapa 2 en DBT, pero es objetivo en la etapa 1 cuando esta relacionado con los objetivos primarios de esa etapa. El objetivo es disminuir la inhibición del duelo e incrementar la experiencia de las emociones.

El dilema en terapia es que las crisis implacables y el duelo inhibido interfieren con tareas cruciales de la terapia. Intervenciones conductuales sistemáticas, particularmente las terapias basadas en la exposición para trabajar el trauma, no son factibles si estos patrones son prevalentes. Es difícil involucrarse en un trabajo de “destapar” y, simultáneamente, inhibir las reacciones de duelo y evitar la exposición a las claves que evocan en la memoria las pérdidas pasadas y los traumas, particularmente cuando uno esta en una crisis perpetua. La evitación y el escape de las emociones dolorosas con conductas maladaptativas que generan una crisis inadvertidamente incrementan la exposición pérdidas que inducen crisis, las que a su vez incrementan la evitación de las claves a través de conductas maladaptativas, y así. En parte, este patrón diferencia a los clientes de la etapa 1 de los clientes de la etapa 2. El terapeuta DBT espera expresiones oscilantes de extremo estrés y completa inhibición del afecto y enseña al cliente las habilidades necesarias para tolerar la experiencia emocional sin involucrarse en conductas que empeoran la situación mientras se disminuyen las conductas que llevan a nuevas pérdidas de relaciones o de otras cosas significativas.

Dialéctica del Cambio: Principios Filosóficos Guía

La dialéctica ha sido definida como la lógica del proceso y como un sistema coherente de exploración y comprensión del mundo (Basseches, 1984; Kaminstein, 1987; Levins & Lewontin, 1985; Riegel, 1975; Wells, 1972). Dentro de DBT (cf. Linehan & Schmidt, 1995), la dialéctica provee el contexto principal para la conceptualización de caso. En contraste con los otros cuatro lentes revisados anteriormente la dialéctica lleva la atención del cliente hacia contexto dentro del cual el cliente interactúa. El “caso” que es conceptualizado, desde una perspectiva dialéctica, no es el individuo en sí sino más bien la relación entre el cliente, la comunidad, el terapeuta y la comunidad del terapeuta. Los factores que repercuten en el terapeuta se vuelven tan importantes como los que repercuten en el cliente.

Como visión del mundo, hay varios principios esenciales de la dialéctica. Primero se asume que la “totalidad” es una relación entre “partes” heterogéneas polarizadas (“Tesis” y “Antítesis”) sobre las que la “Síntesis” genera un nuevo conjunto de “partes” y, por lo tanto, una nueva “totalidad”. Las partes, que no tienen un significado previo o intrínseco por sí mismas, son importantes solo en relación con las otras partes y con el todo que las define. Considerar a los fenómenos como compuestos de manera heterogénea tiene importantes implicaciones para la formulación de caso. El hecho de que las partes no son solo distintas sino que están en contradicción u oposición con otras partes focaliza al observador no en la identificación taxonómica de las partes sino más bien en la relación o interacción de las partes mientras se mueven hacia una resolución.

El segundo principio de la dialéctica sostiene que las partes adquieren propiedades solo como componentes de una totalidad en particular. La misma parte puede tener diferentes cualidades cuando es vista como parte de diferentes totalidades. Las partes de diferentes totalidades pueden contener diferentes contradicciones y síntesis dialécticas. La importancia de este punto para la conceptualización de caso es que ningún fenómeno clínico puede entenderse separado del contexto en el que ocurre. Porque la síntesis es en sí misma dinámica, la relación siempre cambiante entre el fenómeno clínico y su contexto también debe ser foco de la evaluación, de la conceptualización y del cambio.

El tercer principio es que las partes y el todo están interrelacionadas, no son meras colecciones de objetos con propiedades fijas y límites inmutables. Como tales las partes no pueden participar en la creación de un todo sin ser a su vez afectadas ellas mismas por el todo. Un corolario importante es que es imposible para los clientes no alterar el sistema de la terapia dentro de la que ellos interactúan (y que no existiría sin ellos), incluso cuando ellos mismos son simultáneamente influenciados por el sistema. La atención a las “partes” además del cliente, por lo tanto, es tan importante como la atención al cliente.

El cuarto principio, como ya se mencionó, sostiene que el cambio es un aspecto de todos los sistemas, y que está presente en todos los niveles del sistema. La estabilidad es de rara ocurrencia, no es un objetivo ideal. La dialéctica no es ni el cuidadoso equilibrio de fuerzas opuestas ni la mezcla de dos corrientes, sino más bien el complejo interjuego de fuerzas opuestas. El equilibrio entre las fuerzas, cuando se encuentra, se alcanza a un nivel superior de observación, a saber, a través del proceso completo de afirmar, negar, y formar una nueva y más inclusiva síntesis (Basseches, 1984, pp. 57-59)-

El examen de las metáforas raíz de la dialéctica (materialismo dialéctico vs idealismo dialéctico) sugiere como la dialéctica se relaciona con la conceptualización de

caso. En el materialismo dialectico, la “energía” o fuerza que en ultima instancia mueve la creación y la síntesis de los opuestos es el esfuerzo de los humanos para lograr el cambio en el mundo. En contraste, en el idealismo dialectico este proceso es producido por la Verdad Universal (ej. El universo en si mismo mueve el proceso). La conceptualización de caso en DBT va y viene entre un punto de vista y el otro, empleando la actividad humana como la motivación en algunas instancias (ej. Señalando la contradicción entre los ideales creados y sostenidos por la cultura y los tipos reales de cuerpos individuales) y contradicciones mayores y naturales en otros (ej. El interjuego entre el azar y la habilidad en el resultado de las intervenciones humanas). Mientras que la filosofía del materialismo dialectico es relevante en DBT (correspondiéndose con la teoría conductual como fundamento de DBT) al ver a los humanos como imponiendo un orden en un mundo descuidado, el idealismo dialéctico (correspondiente a las raíces zen de DBT) cree que podemos reconocer y experimentar la unidad y el patrón inherente en la organización del universo. El materialismo dialectico focaliza la terapia y al terapeuta en la aplicación de los procedimientos de cambio, y la formulación de caso identifica tanto que es lo que se necesita cambiar como cuales podrían ser los procedimientos más efectivos. El idealismo dialéctico focaliza la terapia y al terapeuta en la aceptación radical de la totalidad – comienzo, medio y fin.

Para resumir el marco conceptual de la formulación de caso en DBT, las etapas del tratamiento influyen sobre cual es la conducta problema objetivo de la terapia así como sobre cuales son las metas en las que se trabajara. La teoría biosocial enmarca las hipótesis claves sobre cuales son las variables centrales en el desarrollo y mantenimiento de las conductas problemas. Los principios del aprendizaje sugieren los métodos de análisis conductual y los procedimientos de cambio. Los patrones conductuales DPD y los dilemas dialécticos sugieren los patrones de conducta problemas secundarios que están funcionalmente ligados tanto con la conducta problema como con la dificultad para cambiar esos patrones. La dialéctica entre cambio y aceptación, entre materialismo dialectico y idealismo dialectico, es la dialéctica central de DBT e informa la conceptualización de caso en cada nivel del tratamiento.

Criterios de Inclusión/Exclusión

Aunque DBT esta siendo adaptada actualmente para clientes de poblaciones no BPD, existe evidencia empírica solo para clientes femeninas crónicamente suicidas con BPD. Como consecuencia nos focalizaremos en los problemas que se encuentran cuando se trabajan con clientes con desordenes de conductas severos. Es importante notar que los criterios diagnósticos para BPD son considerados como muestras de conductas y objetivos específicos para la intervención por si mismos, más que como signo de un fenómeno subterráneo que se manifiesta o que es indicado por la conducta.

Pasos en la Formulación de Caso

Hay tres pasos en la formulación de caso en BPD: (1) obtener información sobre las conductas objetivo del tratamientos; (2) organizar la información en un formato util; y (3) revisar la formulación cuando es necesario.

Paso 1: Obtener información sobre las conductas objetivo del tratamiento.

Definición de problema e historia

Esta es la tarea esencial en la formulación de caso en DBT: en la sesión inicial se debe evaluar el rango de problemas del cliente que determina la etapa apropiada del tratamiento. Un cliente esta en etapa 1 si al menos tiene un compromiso mínimo para tratar las conductas que atentan contra la vida, las conductas parasuicidas, las conductas que interfieren con la terapia, y o conductas que atentan severamente con la calidad de vida. Cuando un cliente entra en la etapa 1 del tratamiento es necesario identificar y obtener una historia de estas áreas blanco del tratamiento.

La primera área de conductas objetivo incluye cinco tipos de conductas (en orden descendiente de prioridad): Crisis de conductas suicidas, actos parasuicidas, ideación y comunicaciones suicidas; creencias y expectativas suicidas, y afecto relacionado con el suicidio. Antes del tratamiento o en las primeras etapas el terapeuta debe conseguir una historia de conductas parasuicidas. En el protocolo de investigación de la universidad de Washington, se utiliza la Parasuicide History Interview para obtener esta historia (PH 1-2; Linehan, Heard, & Wagner, 1995). El PHI pregunta por todos los detalles de las conductas parasuicidas del ultimo año, incluyendo cuando exactamente sucedió, la intención de la acción, y si fue necesaria atención medica. Esta historia es esencial para poder evaluar el riesgo de suicidio con precisión, para comenzar a identificar las situaciones que evocan la ideación suicida y las conductas parasuicidas, y para manejar las situaciones de crisis. En particular uno debe identificar las condiciones asociadas con los intentos de suicidio cercanos a la letalidad, las conductas parasuicidas con alta intención de morir, y otras conductas parasuicidas serias medicamente.

La segunda área de conductas objetivo, las conductas que atentan con la terapia, incluyen conductas del cliente o del terapeuta que afectan negativamente la relación terapéutica o comprometen la efectividad del tratamiento. Para los clientes puede incluir la perdida de sesiones, las hospitalizaciones psiquiátricas excesivas, la incapacidad o el rechazo a trabajar en terapia, y las demandas excesivas hacia el terapeuta. Para el terapeuta esto puede incluir olvidar citas o llegar tarde a ellas, no recibir llamados telefónicos, estar desatento, cambiar las políticas arbitrariamente, y sentirse poco motivado o desmoralizado sobre la terapia. Información sobre estos objetivos deben obtenerse de la historia anterior de tratamientos y de la historia anterior de supervisiones.

La tercera área de conductas objetivo, las conductas que atentan severamente la calidad de vida del cliente, incluyen conductas que interrumpen la estabilidad o el funcionamiento y por lo tanto reducen los efectos del tratamiento. Una evaluación diagnostica puede ayudar a evaluar el rango de problemas que el cliente experimenta. Entrevistas diagnosticas estructuradas como el Personality Disorder Examination (Loranger, 1988) y la Structured Clinical Interview del DSM-III-R –patient versión (SCID-P; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1988; American Psychiatric Association, 1987) pueden ser de utilidad. Desordenes de ansiedad y del estado de animo, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, síntomas psicoticos o disociativos, así como la incapacidad para mantener un alojamiento estable o la inatención de problemas médicos, perjudican la calidad de vida del cliente y también pueden influir en las conductas parasuicidas e interferir con la terapia.

Esta historia debe permitir la definición operacional de conductas objetivo especificas. Frecuencia, duración, e historia presente y pasada de severidad del problema deben anotarse – por ejemplo “el cliente corto sus brazos con una gilleta, 2 o 3 veces por

mes, en el pasado requirió 20 puntos de sutura, pero en el último año no requirió atención médica”; “el cliente pierde una de cada cuatro sesiones y después llama en crisis, demandando ayuda en el teléfono”.

Análisis en Cadena

El siguiente paso es especificar las variables que controlan cada una de las conductas blanco. Retomando la metáfora de ver las conductas a través de los lentes de las etapas de tratamiento, la teoría biosocial, los principios de la conducta, y los patrones conductuales/dilemas dialécticos, y la dialéctica, es como si el terapeuta fuera un inspector de control de calidad que examina metros de cadena para encontrar los problemas en los eslabones individuales. El cliente monitorea las conductas blanco con el registro diario que es revisado al principio de cada sesión de DBT. Mientras el terapeuta revisa el registro, pregunta por la semana, y observa tanto al paciente como a sí mismo en la sesión, revisa esos metros de cadena que terminaron en una conducta parasuicida, una conducta que atenta contra la terapia, o una conducta que atenta contra la calidad de vida.

Análisis en cadena repetidos identifican los precipitantes, los factores de vulnerabilidad, los eslabones, y las consecuencias asociadas con cada uno de las conductas blanco. Cada eslabón (en sesión o fuera de ella) es considerado bajo la luz de si la respuesta del paciente es funcional o disfuncional, esto es, si acerca o aleja al cliente de sus objetivos a largo plazo. Este proceso de clasificación es guiado por las hipótesis sobre las variables que controlan la conducta de la teoría biosocial, los principios de la conducta, y los patrones conductuales/dilemas dialécticos. La teoría biosocial sugiere que el problema central es un problema de desregulación emocional; sugiere que la condición que creo la desregulación emocional llevo a otros déficit de habilidades predecibles. Eslabones disfuncionales usuales pueden incluir la desregulación de una emoción específica, intolerancia al malestar, castigo y perfeccionismo como estrategias de regulación, pensamiento no dialéctico, conductas generadoras de crisis, pasividad activa, competencia aparente, autoinvalidación, y duelo inhibido. Los principios comportamentales y las ideas provenientes de la terapia conductual sugieren buscar variables en el ambiente actual y examinar en que manera los déficit de habilidades, las respuestas emocionales, las cogniciones, y las contingencias interfieren con una respuesta más habilidosa. Por ejemplo, Don, un cliente, puede experimentar alivio inmediato de su intensa ansiedad cuando se corta las muñecas y no tiene otro medio accesible para reducir su ansiedad. Además, esporádicamente, sus distantes padres lo cuidan después de una conducta parasuicida suficientemente grave. Es importante notar que aunque el incremento del cuidado y de la atención después de la conducta haya o no sido intencional puede o no aumentar la probabilidad de las conductas parasuicidas y suicidas. Especialmente cuando se evalúan las consecuencias que mantienen el parasuicidio, el terapeuta debe evaluar (antes que asumir) la relación funcional entre las consecuencias y el parasuicidio.

Los patrones de conducta/patrones dialécticos también sugieren patrones problemáticos que pueden ocurrir a través de las cadenas e impedir el cambio terapéutico. Mantener una perspectiva dialéctica nos recuerda que nos preguntemos “¿Qué es lo que estoy dejando afuera?”, y expandir los análisis para incluir los efectos que el paciente tiene en el terapeuta y la influencia comunidad y contexto del terapeuta en el proceso de la terapia. Cuando uno gana información sobre la cadena y los eventos que llevan a la

conducta problema y a las dificultades para el cambio desde cada una de estas perspectivas, los patrones emergen.

A veces una intervención mínima puede reemplazar un eslabón débil (ej. Sugerir una solución que el paciente no había considerado). Mas frecuentemente, un eslabón problemático necesitara una mayor cantidad de trabajo antes de ser reemplazado por uno más funcional. Entonces, la tarea de evaluación se transforma en determinar que conducta funcional específica puede reemplazar el eslabón disfuncional y que procedimiento de cambio reemplazara mejor la conducta objetivo.

Análisis de la tarea

Identificar las conductas para reemplazar cada conducta problema y los eslabones disfuncionales mas usuales requiere de un análisis de la tarea. Esto significa un análisis paso a paso de la secuencia de conductas que en un particular conjunto de circunstancias son necesarias para sobrepasar el eslabón disfuncional y lograr la conducta deseada. La necesidad de una solución específica a la situación puede ser un verdadero desafío – por ejemplo, ¿como hace uno, para en el medio de una activación emocional extrema, inhibir las acciones asociadas y hacer lo que es efectivo para el momento? Paso a paso ¿qué es lo que se necesita? Hay dos o tres lugares de donde sacar ideas. Primero uno debe considerar reemplazar eslabones disfuncionales con las habilidades DBT. Manteniéndose equilibrado entre la aceptación y el cambio, uno puede considerar las habilidades interpersonales para cambiar o dejar la situación, las habilidades de regulación emocional (observar la emoción, describir la emoción, controlar la atención, autocalmarse, etc), habilidades de tolerancia al malestar (incluyendo aceptación radical), mindfulness, habilidades de self-managment, conductas activas para resolver problemas, conductas expresivas congruentes con la emoción, conductas de autovalidación (actuar de tal forma que aumente el autorespeto en vez de la pasividad activa o la competencia aparente). Segundo, uno debería buscar en la literatura psicológica sobre tratamientos y en la psicología sobre conductas normales conductas de reemplazo. Y, finalmente, uno debe considerar su experiencia personal. En una situación similar ¿Cómo haría uno exactamente para resolver la situación?

Del análisis de la tarea de la solución de la situación específica proviene la comprensión de la mayoría de los obstáculos generales que interfieren con el reemplazo de las conductas disfuncionales. En otras palabras, a través de las situaciones, los clientes experimentan problemas recurrentes cuando tratan de adoptar conductas más funcionales. Aquí, nuevamente, ideas provenientes de la terapia conductual sugieren cuatro clases de problemas. El cliente puede carecer de la habilidad necesaria (déficit conductuales impiden la realización de la conducta deseada), pueden existir reacciones emocionales que interfieran con la conducta habilidosa o creencias que son incompatibles con la conducta efectiva, o algo sobre la situación que hace que el cliente se pierda en el camino (control de estímulos inapropiado que generan conductas que interfieren o inhiben las conductas dirigidas a objetivos).

Estos pasos estándares de la evaluación conductual se utilizan para determinar las variables que controlan la conducta y las estrategias apropiadas de cambio conductual. Un paso más es necesario con muchos pacientes borderline. La pregunta es ¿Qué interfiere con la utilización simple de las estrategias de cambio? Aquí deben considerarse los objetivos secundarios, y en particular los dilemas dialecticos de vulnerabilidad emocional / autoinvalidación, competencia aparente / pasividad activa, y crisis implacables / duelo

inhibido. También se debe prestar atención a la relación transaccional de los individuos con el sistema entero – intraorganico-, dentro de la terapia, y entre el terapeuta individual y el ambiente.

Paso 2: Organizar la Información de una manera útil

Dentro de los primeros dos meses de tratamiento, uno debería organizar la información en cada área de conductas objetivo en formato escrito. El propósito es crear un formato que ayude a identificar las áreas que necesitan mayor evaluación, priorizar las áreas que necesitan cambiar, y considerar sistemáticamente los caminos apropiados de intervención. El contenido de la formulación representara la síntesis de las cinco perspectivas (etapa del tratamiento, teoría biosocial, teoría del cambio conductual, dilemas dialécticos que interfieren con el cambio, y la dialéctica de por sí) en una representación simple del problema, de las variables que controlan la conducta, y de las conductas requeridas para pasar de la conducta problemática a la conducta preferida.

La formulación escrita debe hacerse en un formato que sea útil a aquellos que la usaran. Un formato escrito es especialmente importante para los pacientes suicidas. Las presiones y la complejidad del trabajo con los pacientes suicidas crónicos, multiproblemáticos, incrementa la probabilidad de que el terapeuta pase por alto, olvide, o de alguna manera pierda conexiones importantes que en el formato escrito son traídas bajo la atención. Para algunos una narrativa será mas útil, mientras para otros un diagrama de flujo será mejor. La tarea esencial es que la información de cada conducta problema objetivo este organizada para guiar las futuras evaluaciones y mantener claras la prioridad de los objetivos a ser tratados. Un diagrama de flujo se utiliza en el “Caso ejemplo” de más abajo.

Paso 3: Revisar la formulación

Las formulaciones en DBT están en constante revisión cada vez que se aprende más sobre los factores que influyen la conducta problema e interfieren con las conductas preferidas. Esta revisión tiende a ser un refinamiento de las hipótesis originales, pero a veces se necesitan revisiones significativas. Es difícil decidir sin embargo cuando uno esta trabajando desde una formulación equivocada o si uno esta progresando de manera lenta y esporádica como es esperable con esta población. Una reevaluación más fundamental de la formulación, del plan del tratamiento, o de ambas, es necesaria cuando hay un estancamiento o un impasse en la terapia. En DBT el énfasis es cambiar la formulación o el plan de tratamiento basado en la evidencia o en la evaluación posterior más que en las respuestas emocionales del terapeuta a este trabajo muchas veces difícil. En DBT el supuesto es que la falta de colaboración o de progreso es a causa de una falla en la evaluación dialéctica – esto es, que algo se perdió en la conceptualización del caso y en el tratamiento. La tarea del terapeuta es generar una reformulación que lleve al cliente hacia los objetivos acordados.

El terapeuta busca cualquier información sobre el cliente que pudo haber sido dejada de lado, y de un modo tranquilo y directo hace preguntas sobre la formulación de caso al cliente. El terapeuta relee las notas del caso, particularmente a los análisis en cadena escritos, y consulta con otros miembros del equipo para buscar patrones relevantes que no hayan sido notados.

Los impasses en DBT pueden ser causados por una falla en el balance técnico (ej. Demasiado énfasis puesto en el cambio o en la aceptación); por lo que el terapeuta utiliza al equipo y a la supervisión para decidir sobre los mejores medios para lograr el equilibrio (Fruzzetti, Waltz, & Linehan, en prensa). Donde otras orientaciones verían falta de motivación o resistencia DBT ve los patrones bajo la luz de los determinantes ambientales. En particular el terapeuta DBT considera como el mismo puede estar contribuyendo al impasse terapéutico. Las transacciones entre el cliente y el terapeuta deben ser examinadas así como el contexto mayor dentro del que el terapeuta esta trabajando. La transacción entre un cliente con BPD y un terapeuta pueden llevar a un impasse terapéutico o a ser iatrogénicas incluso cuando el terapeuta haya sido efectivo con otros clientes. Los clientes BPD muchas veces tienen conductas interpersonales que interfieren con la capacidad del terapeuta conducir el tratamiento. Habilidades deficientes para autorregular las emociones y acciones relacionadas con las emociones son usualmente fuente de dificultades. Esto no es específico de los pacientes con BPD. A través de los tratamientos lo “difícil del cliente” más que la severidad sintomática puede ser una influencia más importante en la capacidad del terapeuta de conducir la terapia de manera competente (ej. O’Malley, Foley, Rounsaville, & Watkins, 1988). La hostilidad y el rechazo de la ayuda pueden ser conductas realmente difíciles de afrontar por parte de los terapeutas y los clientes con BPD tienen dificultades interpersonales más de lo habitual. Como Linehan hizo notar tales clientes muchas veces parecen reforzar las conductas iatrogénicas de los terapeutas y castigan las conductas efectivas. Además de manera totalmente independiente del cliente factores únicos del terapeuta en particular como déficits en las habilidades terapéuticas, trabajo estresante o condiciones en su hogar, o interacciones difíciles con otros terapeutas que tratan al cliente, pueden hacer que la conducción del tratamiento sea una tarea extremadamente difícil. Habilidades limitadas, límites personales demasiado estrechos, y conflictos con otros miembros del staff que afectan la interacción terapeuta-cliente deben ser evaluados y su rol en el tratamiento debe considerarse en la conceptualización del caso.

Aplicación de la técnica psicoterapéutica

La conceptualización de caso guía cada intervención. Usualmente no hay carencia de conductas problemas entre los clientes borderline crónicamente suicidas, y la dificultad surge de elegir donde intervenir y como sostener la intervención de cara al progreso lento y al estrés intenso. Elegir bien en la etapa 1 en DBT significa “pescar la cadena correcta” que lleva a tratar las conductas blanco principales (parasuicidas, conductas que atentan con la terapia, y conductas que atentan contra la calidad de vida) y trabajar para el cambio cada vez que el cliente este dentro de la cadena. Utilizando la metáfora del inspector de calidad que busca en la cadena los eslabones problemáticos, nuestro inspector enfrenta una tarea urgente. El tiene que inspeccionar una cadena que será usada como una soga de rescate – en verdad la cadena ya esta en uso! Por ejemplo cuando un cliente esta en inminente riesgo de suicidio, los eslabones que precisan un examen mayor son los que están asociados con el riesgo inminente. En esencia el inspector va a final, herramientas en mano, y arregla tantos eslabones como sea posible durante una hora de terapia, preferiblemente de tal manera que le enseña al cliente a arreglar los eslabones durante toda la semana por el mismo. Cuando el cliente esta lejos del limite el terapeuta puede “inspeccionar y reparar” aquellos eslabones que aparecen mas tempranamente en la cadena. Un punto importante en DBT es que el

terapeuta utiliza el cambio en sesión cada vez que una oportunidad se presenta. El siguiente caso ilustra como la formulación de caso en DBT guía la intervención.

Ejemplo de Caso

Paso I

Nuestra cliente ficcional, “Mary”, es una mujer blanca de 27 años con una historia de conductas parasuicidas que incluyen dos intentos de suicidio cercanos a la muerte. Por la PHI el terapeuta supo que Mary se había lastimado a si misma golpeando su cabeza contra la pared y tomando sustancias dañinas desde los 10 años. Actualmente ella utiliza hojas de afeitar para cortar sus brazos y piernas, y toma sobredosis de su medicación psiquiátrica. Debido a el abuso físico y a la negligencia sufrida en su infancia fue alejada de sus padres biológicos por los servicios de protección al niño cuando tenía 10 años. Mientras pasaba por diferentes casas de acogida de menores ella siguió deseando volver a vivir con su familia, donde ella espera encontrar el cuidado y la asistencia que necesitaba para poder enderezar su vida. A los 16 tuvo un intento de suicidio después de un llamado telefónico en el que su madre le dijo que no quería que volviera nunca a vivir con ellos y que prefería que dejara de llamarlos. Mary corto sus dos muñecas y solo por casualidad fue encontrada por una amigo antes de que muriera. Este evento genero la primera de las muchas las subsiguientes internaciones psiquiátricas.

Mary fue derivada a el programa de DBT después de su segundo intento de suicidio cercano a la muerte. Después de un periodo de seis meses de alto rendimiento (trabajo, relación romántica, tratamiento exitoso para la dependencia al alcohol), fue despedida de su trabajo. Por razones financieras se mudo con su pareja. Mary se deprimió, no logro encontrar otro trabajo, y cuando el dinero de su indominación menguo, tuvo una discusión violenta hasta que en un estado de intensa ira salió corriendo de la casa. Entonces tuvo un ataque de pánico, manejo hasta un lugar aislado, y tomo una sobredosis de su medicación (que siempre llevaba en su bolso) con la intención de morir.

Mary había sido diagnosticada anteriormente con un trastorno alimentario (sin más especificaciones), depresión mayor con características psicóticas, y dependencia de alcohol. Cuando comenzó DBT, encontraba criterios para BPD y distimia, tenia ataques de pánico pero no alcanzaba criterios para trastorno por ataque de pánico, y era socialmente evitativa pero no alcanzaba criterios para personalidad evitativa ni fobia social.

Al llegar a la sesión 3, Mary y su terapeuta habían alcanzado el acuerdo de que sus prioridades para ese año serían detener sus intentos de suicidio y sus conductas de autodaño (Conductas parasuicidas, Etapa I), reducir sus internaciones psiquiátricas (Tanto una conducta que atenta contra la terapia como una conducta que atenta contra la calidad de vida), y reducir sus frecuentes ataques de pánico (conducta que atenta contra la calidad de vida y también parte de la cadena que lleva a las conductas parasuicidas), y reemplazar estas conductas con formas mas adaptativas de afrontamiento. Después de 4 meses en el programa de DBT de terapia individual y de entrenamiento en habilidades, Mary y su terapeuta individual habían identificado las secuencias más típicas que llevaban tanto a los cortes como incrementaban su ideación suicida. Un análisis en cadena de una crisis con conductas suicidas obtenida cuando transcurría el segundo mes de terapia es representativa. Al atardecer Mary llamo a su terapeuta (que acababa de regresar de unas vacaciones esa noche), llorando, diciendo “Se termino”, y sosteniendo que quería morir y que eso era todo lo que ella podía hacer para no cortarse la garganta. En cuanto el terapeuta intento

comenzar a evaluar el riesgo de suicidio inminente, Mary tuvo un llamado por la otra línea. Ella volvió al teléfono para decirle al terapeuta que era su novio que había llamado diciendo que estaba tan arrepentido por la pelea. Mary estuvo de acuerdo en que podría pasar la noche y arreglaron una sesión temprano la siguiente mañana.

Durante el análisis en cadena de la siguiente sesión, identificaron factores de vulnerabilidad (dificultades en el trabajo) y eventos inmediatos precipitantes (una discusión con su pareja sobre si ella debía o no abandonar su nuevo trabajo de media jornada). En el trabajo le habían pedido que hiciera una tarea que claramente estaba en la descripción del puesto cuando Mary lo tomo pero que ella no sabia como realizar. En vez de pedir ayuda o pedir que la tarea fuera modificada, ella sostuvo expectativas poco realistas para su performance (autoinvalidación). En tanto la semana de orientación en su nuevo trabajo continuaba ella comenzó a fracasar en la realización de la tarea sin decirle a nadie que estaba teniendo dificultades (competencia aparente). Ella se fue del trabajo temprano el jueves con migrañas y el viernes llamo para decir que estaba enferma. Durante el fin de semana estuvo tirada en el sillón luchando con su migraña y rumiando sobre el trabajo. Durante la conversación con su pareja sobre sus problemas en el trabajo, ella dijo que estaba pensando en renunciar y el dijo “Espero que no pienses que te voy a apoyar, no voy a aceptar que renuncies”. Con pánico ante la idea de que estaba sola para afrontar un problema que sentía que la sobrepasaba se sintió fuera de control, sensación que en unos pocos segundos se transformo en furia contra su pareja por retirar su ayuda y presionarla para que no renuncié. Mientras la pelea y el enojo escalaban, Mary comenzó a tener imágenes vividas de ella cortándose las venas y de la sangre brotando. En la sesión ella fue incapaz de ponerle nombre a la emoción mas que decir que se sentía “increíblemente tensa, nerviosa”, queriendo desesperadamente que alguien la ayudara, y pensando “No entendes, no puedo soportarlo”. La pelea termino con un comentario final dicho por de su pareja mientras se iba “Esto no esta funcionando”. Mary se sentó en el medio de la habitación a oscuras. Comenzó a invalidar el malestar que sentía hacia su novio y sus legítimas dificultades en el trabajo, planeando matarse a si misma cortándose las venas, imaginando el proceso de morir, como seria el encontrarse con su abuela muerta dos años antes, y se repetía a si misma que había fracasado otra vez, que las cosas nunca mejorarían, y que estar muerta era una manera de detener el malestar. Mientras esto continuaba el enojo disminuía y se incrementaba su llanto, su tristeza, su sensación de vacío y su apatía. Mientras iba a buscar la gillette pensó en su terapeuta y la llamo por teléfono.

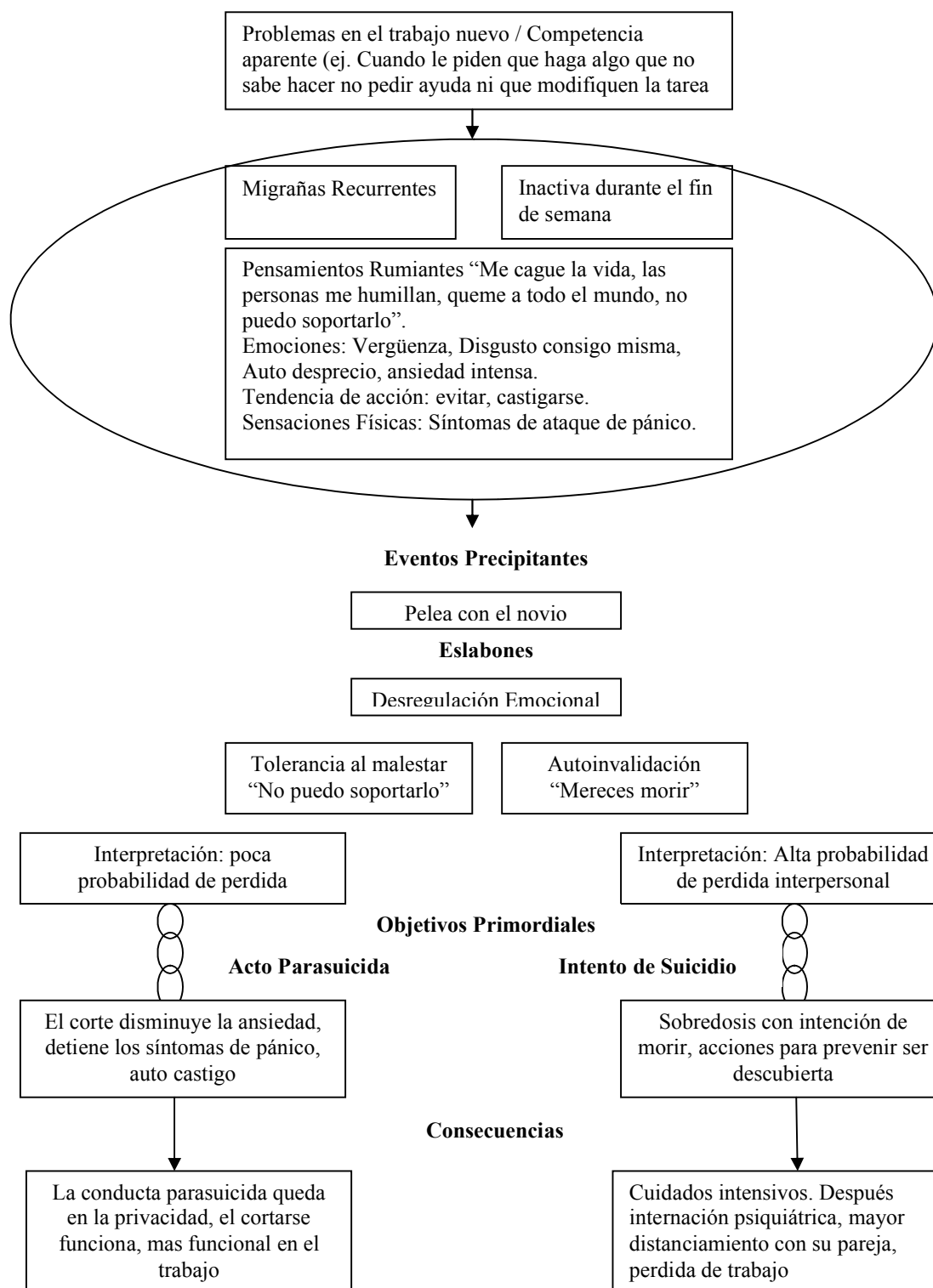
Paso 2

Un resumen general de los eventos que llevaron a la conducta parasuicida de Mary se presentan en el diagrama de flujo (Figura 13.1).

Primero, sus factores de vulnerabilidad hacia la desregulación emocional se vieron aumentados por sus frecuentes migrañas. Segundo ella tenia una variedad de problemas por no poder mantener su trabajo. La mayoría de sus problemas en el trabajo surgían por no ser lo suficientemente asertiva y por la competencia aparente, las que le impedían obtener la ayuda que necesitaba. Tercero, cuando estaba sola regularmente se involucraba en pensamientos rumiativos sobre fracasos pasados y en un espiral descendente que culminaba en sensaciones de vergüenza, ansiedad y síntomas limitados de ataque de pánico. Finalmente cuando la situación se complico aun mas con la discusión con su pareja ella tuvo pánico, enojo, y urgencias intensas de cortarse y escapar. El mejor predictor de que la

cadena terminara con un incremento de la ideación suicida o con un intento de suicidio era su interpretación de la probabilidad de reconciliación con su pareja vs la probabilidad de quedarse sola para siempre.

Antecedentes a los eventos precipitantes



Incluso este breve análisis en cadena sugiere muchas posibilidades de conductas a cambiar para reducir las crisis suicidas de Mary. Un tratamiento adecuado de sus migrañas podría reducir su vulnerabilidad a la desregulación emocional. Los déficits conductuales que contribuyen a sus problemas en el trabajo (la falta de asertividad y la competencia aparente) podrían remediarse yendo al grupo de entrenamiento en habilidades y con el trabajo sistemático en la terapia individual para aplicar esas nuevas habilidades en el trabajo. Aun más el terapeuta de Mary podía observar la tendencia de Mary a minimizar sus problemas y la discrepancia entre su experiencia emocional y su expresión en la sesión y promover el cambio en cada situación que se presentara. Otro eslabón disfuncional en la cadena es la rumiación sobre los fracasos pasados. El terapeuta puede usar una variedad de estrategias, desde un programa de actividades para el fin de semana hasta exposición y reestructuración cognitiva para modificar la vergüenza evocada por los pensamientos sobre fracasos pasados. Además de las habilidades de regulación emocional y las habilidades de tolerancia al malestar enseñadas en el grupo el terapeuta también puede enseñarle algunas técnicas para el manejo del pánico. Medidas prácticas como sacar las pilletas y no tener dosis mortales de ninguna medicación en la casa disminuyen la posibilidad de un intento de suicidio impulsivo (habilidades de selfmanagement y manejo de contingencias). Un área para mayor evaluación resaltada por el análisis en cadena es identificar que aspecto exactamente de la pérdida de la relación lleva a los intentos de suicidio. Por ejemplo, Mary tenía la creencia de que si sus actos hacían que alguien que la amaba la rechazara merecía la muerte; la creencia de que si ella estuviera muerta la otra persona se arrepentiría de haberla dejado, y la falta de deseo de estar viva a menos que fuera amada intensamente; y la creencia de que ella era incapaz de lograr sobrevivir sola. Nuevamente existen una cantidad de estrategias entre la amenaza de la pérdida interpersonal y la conducta suicida, incluyendo estrategias de modificación cognitiva que mantienen al suicidio como una solución efectiva; aumentar la tolerancia al malestar y las habilidades de aceptar la realidad tal cual es; fortalecer la relación terapéutica para ofrecer otra fuente de amor y cuidado; incrementar otras fuentes de soporte social, e incrementar la habilidad (y el reconocimiento de esas habilidades) para afrontar los problemas de la vida cotidiana.

La formulación por escrito ayuda al terapeuta a seleccionar, de todas estas áreas potenciales de cambio, aquellas que con mayor probabilidad disminuirán las conductas parasuicidas. Ya que los intentos de suicidio de Mary han estado tan cercanos a la muerte, el objetivo principal del terapeuta es romper la relación entre la amenaza de la pérdida interpersonal y la conducta suicida. Esto incluye las habilidades de Mary para mantener una buena relación, trabajo con la pareja, acuerdos prácticos para no mantener medios letales disponibles, y el uso activo de estrategias de tolerancia al malestar durante los conflictos interpersonales. El otro objetivo seleccionado como central fue su rumiación sobre sus fracasos pasados y la capacidad de Mary para validarse y regular sus reacciones de vergüenza. Mientras el terapeuta busca oportunidades para cambiar cada una de estas áreas en el análisis de la tarea, estas dos áreas de cambio se vuelven el foco principal de esta primera etapa de la terapia.

Paso 3

Mientras la terapia transcurre se vuelve obvio que parte de la evitación social de Mary se debe a sus preocupaciones sobre el temor de que al aumentar sus interacciones con los otros aumente la posibilidad de perder el control y ser violenta con los otros, ella podía perder los

estribos y volverse físicamente violenta. Ella reducía esa posibilidad reduciendo la interacciones con los demás, colocando pocas demandas en el ambiente para evitar la frustración y el enojo, y limitando sus expresividad emocional en general. Dada su historia de agresiones físicas hacia otros sus preocupaciones eran realistas. Consecuentemente estrategias de manejo del enojo fueron agregadas a la intervención central. El equipo de consulta también ayudo al terapeuta a ver que estaba respondiendo a las frase hostiles y a las amenazas de suicidio disminuyendo las demanda sobre la paciente, reforzando inadvertidamente estas conductas e incrementando su frecuencia en el tiempo. El análisis indico que el terapeuta también estaba experimentando un ambiente hostil de trabajo, que disminuía su tolerancia a la hostilidad y el estrés provocado por el cliente. El terapeuta era poco hábil en evaluar y tratar amenazas de suicidio creíbles. Al trabajar con el terapeuta sobre su propio ambiente de trabajo y los efectos en el tratamiento, tanto como al proveerle soporte, alentándolo y ayudando a desarrollar sus habilidades (sobre las respuestas a las conductas suicidas), el equipo ayudo al terapeuta a disminuir la tasa de resfuerzo del terapeuta a las conductas hostiles y suicidas y a tolerar el “behavioral burst” resultante antes de la disminución de la conducta.

Entrenamiento e investigación

El entrenamiento en la conceptualización de caso en DBT puede ser una tarea compleja, dependiendo del entrenamiento previo y de la experiencia del terapeuta a ser entrenado. Ya que DBT integra la terapia conductual con una orientación oriental a la terapia extraída del Zen, el terapeuta debe pensar como un terapeuta conductual y tener la experiencia de un estudiante Zen. Además, la tendencia empírica, la generación de hipótesis y la verificación sobre la que se basa la conceptualización de Caso en DBT requiere una mente flexible y habilidades para la lógica y la prueba científica de hipótesis. La necesidad de usar las propias reacciones hacia el paciente pero no dejar que las propias reacciones controlen la formulación de caso requiere que el terapeuta sea capaz de pensar claramente bajo estrés y regular sus emociones en situaciones donde casi cualquiera tendría un nivel razonable de activación emocional. El énfasis en el tratamiento del uso de los principios psicológicos básicos así como los procedimientos de la terapia conductual sugiere que el entrenamiento en DBT debe comenzar después de que el individuo esta razonablemente entrenado en terapia conductual. A la fecha, nuestro método principal de entrenamiento de terapeutas para la investigación ha sido a través de la combinación de programas de entrenamiento y supervisión: Un seminario didáctico intensivo (aproximadamente 100hs), supervisiones de caso individuales (una hora semanal), entrenamiento didáctico en los principios de la conceptualización de casos en DBT, observar y discutir videos de expertos en el tratamiento, bosquejo grupal de conceptualización de casos de varios casos de entrenamiento (una hora semanal), Equipo de pares de consulta DBT (una hora semanal), y comunicación vía e-mail y lectura de artículos de revistas. Todavía no hemos hecho investigaciones sobre como la conceptualización de caso afecta los resultados del tratamiento. Obviamente, esta es un área de investigación importante para el futuro.

Resumen y Conclusiones

En este capitulo introducimos los conceptos básicos y el método para la formulación de caso en DBT utilizado en la terapia individual DBT en la etapa 1. DBT se guía por la teoría

etiológica de que la conducta “borderline” es una función de la desregulación emocional. En un intento por recuperar el equilibrio, los clientes oscilan entre patrones de conductas extremas que son autoperpetuantes y que presentan obstáculos significativos al cambio. La etapa 1 en DBT busca disminuir las conductas parasuicidas y las conductas que interfieren con la terapia y con la calidad de vida del cliente. La revisión repetida y detallada de instancias particulares de una conducta problema identifica los antecedentes únicos y las consecuencias que mantienen la cadena de eventos ambientales y experienciales que llevan a la conducta problema. A través de este proceso, el terapeuta identifica los déficits de habilidades, las cogniciones, las respuestas emocionales, y las contingencias que interfieren con una conducta más funcional. El terapeuta usa esta información para seleccionar las estrategias de cambio apropiadas (entrenamiento en habilidades, modificación cognitiva, terapia de exposición, y manejo de contingencias). Los impasse terapéuticos y la no colaboración son esperables y deben ser ocasión de una revisión mayor sobre como ambas partes contribuyen a los problemas en la terapia. La formulación es un “trabajo en progreso”, bajo constante revisión, que sin embargo mantiene la coherencia con respecto a las conductas problemas objetivo y el marco conceptual dentro del cual son analizadas.

La formulación de caso es un elemento crucial para un tratamiento DBT efectivo y eficiente. Mas allá del tiempo que toma, la formulación de caso debería ser un estándar en el trabajo con clientes multiproblemas con problemas interpersonales difíciles. Con estos clientes la habilidad y la motivación del terapeuta están bajo sitio. La formulación de caso ayuda a mantener el foco de la actividad incluso cuando el terapeuta esta bajo estrés y sirve como punto de referencia para realizar cambios en el plan de tratamiento meditados.

IV Estrategias Para Tareas Específicas

CAPITULO 14

ESTRATEGIAS ESTRUCTURALES

Las estrategias estructurales tienen que ver con cómo se inician y terminan las sesiones DBT (individuales o grupales). También tienen que ver con cómo el terapeuta estructura el tiempo durante las diversas fases del tratamiento y durante las sesiones individuales.

La tarea principal al comenzar DBT es desarrollar un contrato de tratamiento colaborativo. La tarea principal para terminar con DBT es preparar al paciente para la vida sin DBT y orientar al paciente en que puede esperar del terapeuta y del equipo de tratamiento después de que finalice el tratamiento formal.

El énfasis al comenzar y finalizar las sesiones individuales es crear una atmósfera emocional que permita al paciente interactuar abiertamente durante la sesión y que la proteja lo más posible de las emociones negativas incontrolables una vez que finalice la sesión. El tiempo de sesión en la terapia individual está estructurado de acuerdo con la jerarquía de objetivos de DBT (disminución de las conductas suicidas, disminución de las conductas que interfieren con la terapia, disminución de las conductas que interfieren en la calidad de vida, aumento de las habilidades conductuales, disminución del estrés postraumático, aumento de la autoestima y logro de metas individuales). La estructura de la sesión en otros modos de terapia (por ejemplo, entrenamiento de habilidades, llamadas telefónicas, etc.) está determinada por las prioridades de los objetivos del modo particular de interacción. (La estructuración del entrenamiento de habilidades se discute en el manual de entrenamiento de habilidades que lo acompaña).

No hay nuevas estrategias de aceptación o cambio involucradas aquí. Como en las estrategias de gestión de casos, el enfoque en las estrategias estructurales se centra en las tareas a realizar; así, las estrategias estructurales amplifican e integran estrategias antiguas en lugar de crear otras nuevas. Las estrategias dialécticas y las estrategias centrales de validación y resolución de problemas forman la columna vertebral de las estrategias estructurales.

ESTRATEGIAS PARA EL CONTRATO: COMIENZO DEL TRATAMIENTO

La primera tarea para conocer a un potencial paciente es orientar al paciente en DBT y desarrollar un contrato de tratamiento inicial con el paciente. Este contrato forma la base de todo futuro tratamiento.

Las estrategias para el contrato se utilizan durante las primeras reuniones con la paciente para orientarla sobre DBT, qué se espera de ella, qué puede esperar del terapeuta y cómo y por qué se espera que el tratamiento funcione. El objetivo es forjar un compromiso entre el paciente y el terapeuta para trabajar juntos como un equipo de terapia. El Contrato es la aplicación de las estrategias de orientación y compromiso (desde la resolución de problemas; ver el Capítulo 9) hasta el inicio de la terapia. Posteriormente, estas estrategias se vuelven a aplicar cuando el paciente (1) está violando el contrato de la terapia o está amenazando con hacerlo (por ejemplo, dice que está abandonando el entrenamiento de habilidades); (2) amenaza con suicidarse o parasuicidarse; (3) parece estar haciendo demandas poco realistas o tiene expectativas poco realistas del terapeuta; (4) tiene dificultades para usar la terapia de

manera adecuada (por ejemplo, no llama al terapeuta cuando sería apropiado hacerlo por temor a imponerse). En resumen, el contrato de tratamiento se rehace una y otra vez. Las estrategias del contrato específicas se resumen en la **Tabla 14.1** y se analizan a continuación.

TABLA 14.1. Lista de verificación de estrategias para el contrato

-
- ❖ T realiza una EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.
 - T utiliza una entrevista diagnóstica estructurada (p. Ej., SCID-II, DIB-R).
 - T determina si el tratamiento es voluntario.
 - ❖ T presenta un ENFOQUE BIOSOCIAL a los problemas de la vida y a los patrones de conducta borderline en particular
 - T presenta un enfoque funcional y de resolución de problemas de la conducta desadaptativa (particularmente parasuicida).
 - T presenta un modelo de déficit de habilidades conductuales desadaptativas
 - ❖ T ORIENTA a P sobre DBT, con énfasis en la filosofía DBT
 - DBT es de apoyo.
 - DBT es conductual.
 - DBT es cognitivo.
 - DBT está orientado a las habilidades.
 - DBT equilibra aceptación y cambio.
 - DBT requiere una relación de colaboración.
 - ❖ Ayuda a ORIENTAR a SU RED en DBT.
 - ❖ T revisa ACUERDOS Y LÍMITES DEL TRATAMIENTO.
 - T discute los acuerdos necesarios.
 - Permanecer en terapia durante un tiempo acordado.
 - T negocia la duración del contrato de tratamiento inicial.
 - T aclara los requisitos de P para la renovación del contrato por otro período de tiempo.
 - Para asistir a sesiones de terapia.
 - T negocia la frecuencia y duración de las sesiones con P, tomando en cuenta las preferencias de P.
 - T comunica que se espera que P asista a sesiones semanales de capacitación individual y de habilidades. Se explica el límite de cuatro faltas seguidas.
 - T Trabaja para reducir las conductas suicidas.
 - Para trabajar en colaboración con T.
 - T le da a P información sobre qué conductas dentro de una sesión y entre sesiones son apropiadas (por ejemplo, "No es apropiado perderse sesiones solo porque no se está de humor").
 - Para asistir a la capacitación de habilidades.
 - Para mantener la investigación y los acuerdos de pago.
 - T describe los requisitos de investigación.
 - T negocia tarifas y arreglos de pago.
 - T discute los acuerdos para la terapia:
 - Hacer todos los esfuerzos razonables para ser efectiva en ayudar a P a hacer los cambios que quiere hacer.
 - Obedecer las pautas éticas estándar
 - Estar razonablemente disponible para P.

- T respeta a P.
- Para mantener la confidencialidad.
 - T discute la no confidencialidad de la conducta suicida de alto riesgo
- Para obtener consulta de terapia cuando sea necesario.
 - T analiza la disponibilidad del contacto telefónico y la grabación de sesiones
- ❖ T usa ESTRATEGIAS DE COMPROMISO para obtener el compromiso de P con DBT, y especialmente con el objetivo de reducir la conducta parasuicida
 - Después de una cuidadosa consideración, T se compromete a trabajar con P
- ❖ T REALIZA ANÁLISIS de las principales conductas objetivo.
 - Conducta parasuicida
 - Terapia previa, que incluye cada finalización prematura de la terapia.
 - Problemas graves que interfieren con la calidad de vida.
 - Respuestas al estrés postraumático (en la segunda fase de la terapia).
- ❖ T comienza a desarrollar la RELACIÓN TERAPÉUTICA
 - T atiende las conductas de la relación dentro de las sesiones contratadas.
 - T transmite experiencia, credibilidad y eficacia.
 - T tiene un estilo relajado, interesado y profesional.
 - T revela su formación y experiencia.
 - T transmite una sensación de confianza y fiabilidad.

Tácticas Anti-DBT

- ❖ T no evalúa el TLP; T diagnostica en la "sensación" de P.
- ❖ T comienza la terapia sin el compromiso requerido de P.
- ❖ T es poco entusiasta en la obtención de compromisos; T concuerda con P en la idea de que los problemas o el dolor emocional deben "resolverse" antes de que se puedan hacer compromisos.
- ❖ T omite o abrevia estrategias de contratación para responder a crisis inmediatas y luego descuida volver y completar estrategias.
- ❖ T promete terapia que él o ella no puede o no quiere administrar.

1. REALIZANDO UNA EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Si una entrevista diagnóstica estructurada no se ha realizado previamente, la primera tarea durante la fase de contrato es llevar a cabo dicha entrevista y obtener un historial conductual y psiquiátrico detallado, concentrándose particularmente en las experiencias previas del paciente en psicoterapia. En nuestra clínica, utilizamos la Entrevista clínica estructurada para DSM-III-R, Eje II (SCID-II; Spitzer y Williams, 1990), así como la versión revisada de la Entrevista de diagnóstica para Borderline (DIB-R; Zanarini et al., 1989).

Hay una serie de características requeridas del paciente para hacer DBT. El más importante de estos es la participación voluntaria. DBT requiere al menos la posibilidad de una relación de colaboración, la continuación de la relación con el terapeuta solo puede usarse como una contingencia positiva cuando un paciente quiere estar en el programa de tratamiento. El manejo de contingencias se ve seriamente comprometido con un paciente involuntario. El tratamiento ordenado por el tribunal es aceptable si el paciente acepta permanecer en terapia incluso si el terapeuta levanta la orden judicial.

En mi experiencia, una residencia local también es deseable. Los pacientes que no viven en el área inmediata (es decir, tiempo de transporte de 1 hora o menos) o que deben mudarse al área para recibir terapia tendrán dificultades para encontrar el apoyo social de la comunidad y los recursos que necesitan para tolerar el estrés de la terapia; por lo tanto, serán más propensos a terminar antes de tiempo la terapia. Una característica adicional necesaria de la paciente para la terapia grupal es la capacidad de controlar la hostilidad hacia los demás. Los grupos de personas con TLP con un miembro abiertamente hostil están en desventaja dada la combinación habitual entre los pacientes de alta sensibilidad emocional y pasividad conductual.

En la investigación que demuestra la eficacia de DBT, los pacientes fueron evaluados para detectar psicosis activa y trastornos mentales orgánicos. Para una aplicación de DBT no orientada a la investigación, dicha evaluación sería necesaria solo en la medida en que los impedimentos cognitivos significativos, como la incapacidad para atender o comprender los conceptos de habilidades, evitarían que los pacientes se beneficiaran del entrenamiento de habilidades. La presencia de dependencia de sustancias no es motivo de exclusión, excepto en un caso en el que el paciente no puede beneficiarse de otro tratamiento antes de que se elimine la dependencia. En principio, no hay razón para que DBT no pueda modificarse para tratar problemas de abuso de sustancias primarias. Sin embargo, varios de nuestros pacientes fueron remitidos a programas de internación a corto plazo por abuso de sustancias antes de ser admitidos en DBT.

2. PRESENTACIÓN DE LA TEORÍA BIOSOCIAL PARA LA CONDUCTA BORDERLINE

Durante la primera o en las sucesivas sesiones, el terapeuta debe presentar el punto de vista dialéctico / biosocial sobre la conducta parasuicida y el TLP (ver Capítulo 2). **La conducta suicida debe presentarse como un intento de resolver problemas de la vida de personas con mucho dolor.** Por lo tanto, la conducta suicida no difiere en principio de otras conductas desadaptativas, excepto que tiene un alto riesgo de ser fatal. Aunque la función del parasuicidio puede variar con el tiempo, entre situaciones y entre individuos, algunas características funcionales de la conducta parasuicida son comunes a la mayoría de las personas suicidas. Estas características deben describirse y discutirse con el paciente. Es mejor si esta discusión puede ser socrática, en la cual la paciente misma genera muchas de las respuestas. El terapeuta debe tener cuidado de presentar las funciones de la conducta parasuicida como comunes a muchas personas, sin implicar que el paciente en particular es necesariamente como otras personas.

En este contexto, también es importante describir al paciente la naturaleza de una relación funcional. El terapeuta debe aclararle al paciente que una relación particular de conducta-resultado no necesariamente significa que la persona consciente (o inconscientemente) haya deseado ese resultado. Por otro lado, se debe ayudar al paciente a ver que tales consecuencias pueden servir para reforzar el comportamiento parasuicida incluso si el paciente no desea que esto sea así. El terapeuta puede hacer mucho para reforzar la confianza del paciente al abordar específicamente este tema desde el principio, ya que sin duda otras personas importantes le han dicho al paciente que su comportamiento suicida es consciente y manipulador. Este punto se ha discutido con cierta extensión en los capítulos 1 y 9.

También se debe presentar al paciente el modelo de cómo se desarrollan los comportamientos borderline a partir de una combinación de desregulación emocional y un entorno invalidante (ver Capítulo 2). Una vez más, el terapeuta debe presentar el modelo de manera socrática, obteniendo confirmación o desconfirmación del paciente a medida que avanza la discusión. Aunque DBT se basa en un modelo

teórico firme, la tarea durante la fase de contrato (y durante toda la terapia) es desarrollar y modificar la teoría para que se ajuste al paciente en particular.

En este momento, es útil dibujar en una pizarra una lista de habilidades que se presume que las personas borderline carecen (consulte el manual complementario de este volumen para ver un resumen de este material). Aunque este mismo material se presenta en el entrenamiento de habilidades, se beneficia de la repetición en cada modo de tratamiento. Después de describir en qué consiste cada una de las habilidades, es útil discutir la interdependencia entre las habilidades de una manera humorística o ligeramente dramática, para darle al paciente una apreciación y comprensión del origen de su propio sentido de frustración al tratar de desarrollar un conjunto de habilidades cuando no tiene un segundo conjunto de habilidades requeridas para aprender el primero.

Por ejemplo, debido a que el individuo no puede tolerar ambientes aversivos, es poco probable que aprenda el autocontrol. Cualquier programa de autocontrol efectivo debe llevarse a cabo en pequeños pasos y, por lo tanto, requiere una tolerancia durante un período de tiempo. Por supuesto, si la paciente tuviera habilidades de autocontrol, le resultaría mucho más fácil tolerar ambientes adversos. La falta de dicha tolerancia es a menudo el resultado de la sensación del paciente de que la situación nunca mejorará debido a su falta de habilidades para mejorar la situación. Del mismo modo, aprender a controlar las emociones depende de tener las habilidades de autocontrol necesarias para llevar a cabo un programa de aprendizaje de regulación de las emociones. Sin embargo, poner en práctica dicho plan se ve obstaculizado por la falta de habilidades de regulación de las emociones. Las emociones altamente intensas hacen que sea difícil incluso recordar qué pasos llevar a cabo, e inevitablemente tientan al paciente a deshacerse del plan de manejo conductual a favor de deshacerse del afecto doloroso por algún medio más rápido, pero desadaptativo.

Como indican estos ejemplos, es bastante fácil mostrarle al paciente cuán interdependientes son las habilidades conductuales. En este punto, es útil señalarle a la paciente que no es su culpa que no pueda ser eficiente en cada una de estas áreas. Aunque la paciente debe tener la esperanza de que pueda remediar estos déficits, tal descripción también puede ayudarla a ver por qué se siente frustrada. Tal comprensión puede presumiblemente facilitar la tolerancia del proceso de desarrollo de habilidades que implica DBT.

3. ORIENTAR AL PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO

Las primeras sesiones de terapia implican orientar al paciente en DBT e incluyen una inducción de roles dirigida a darle al paciente la información adecuada sobre su papel como paciente y el papel del terapeuta como terapeuta. El siguiente contenido debe ser cubierto durante estas sesiones; Sin embargo, el orden de su presentación puede adaptarse individualmente. Nuevamente, es aconsejable obtener en el contexto de discusión tanto como sea posible, con el propio material que el paciente nos da, de modo que sea necesario un mínimo de presentación didáctica.

La terapia en sí, así como el número, la forma y el contenido de las sesiones, deben describirse de manera clara y detallada al paciente. Además, se deben describir estas características de la filosofía del tratamiento DBT:

1. *DBT es de apoyo.* La orientación del terapeuta DBT es apoyar al paciente en sus intentos de disminuir su comportamiento suicida y aumentar la satisfacción en su vida. En este sentido, el

terapeuta DBT intentará ayudar a la paciente a reconocer sus propios atributos y fortalezas positivas, y la alentará a desarrollar estas características y a utilizarlas para mejorar su satisfacción con la vida. Ahora es el momento de decirle al paciente que DBT no es un programa de prevención del suicidio; es un programa de mejora de la vida.

2. *DBT es conductual.* Un enfoque principal de la terapia será ayudar a la paciente (a) a aprender a analizar sus patrones conductuales problemáticos característicos, incluidos los eventos que los provocan y sus características funcionales, y (b) aprender a reemplazar la conducta desadaptativa por la conducta hábil.
3. *DBT es cognitivo.* La terapia también se enfocará en ayudar al paciente a cambiar las creencias, expectativas y suposiciones que ha aprendido en entornos anteriores, pero que ya no son efectivas ni útiles. Además, la terapia la ayudará a examinar y cambiar cuando sea necesario su estilo de pensamiento, particularmente su pensamiento "todo o nada" y sus tendencias a ser excesivamente crítico (especialmente con respecto a sí misma).
4. *DBT está orientado a las habilidades.* Tanto la capacitación estructurada como la terapia individual están diseñadas para enseñarle a la paciente nuevas habilidades y mejorar las capacidades que ya posee. Al menos dentro del entrenamiento de habilidades estructuradas, el enfoque estará en la atención plena, la efectividad interpersonal, la tolerancia al estrés, el autocontrol y las habilidades de regulación de las emociones. La terapia individual se centrará en ayudar a la paciente a integrar en su vida diaria las habilidades que está aprendiendo en el entrenamiento de habilidades.
5. *DBT equilibra aceptación y cambio.* La terapia se centrará en ayudar al paciente a obtener una mayor tolerancia a los sentimientos dolorosos, a los ambientes aversivos, a la ambigüedad y al lento ritmo del cambio en general. Un tema constante de la terapia será resolver las contradicciones que surgen al enfocarse simultáneamente en la mejora de habilidades y en la tolerancia a la realidad. A menudo es útil señalarle a la paciente que probablemente vacila entre dos posiciones aparentemente contradictorias; se pueden obtener varios ejemplos de esto del paciente en este punto. Por ejemplo, la paciente puede notar que vacila entre sentirse optimista y desesperanzada, entre sentirse en control total e independiente y sentirse totalmente fuera de control y dependiente, y así sucesivamente.
6. *DBT requiere una relación de colaboración.* DBT requiere que el paciente y el terapeuta funcionen en equipo para lograr los objetivos del paciente. Con este fin, el paciente no solo tiene que permanecer en la terapia, sino que tanto el paciente como el terapeuta deben trabajar constantemente en su relación para facilitar en lugar de obstaculizar el progreso. Por lo tanto, un enfoque principal del tratamiento será ayudar al paciente y al terapeuta a adaptar sus estilos interpersonales característicos a las necesidades de la relación actual.

4. ORIENTAR A LA RED SOBRE EL TRATAMIENTO

Durante la evaluación inicial, el terapeuta habrá reunido información sobre la red interpersonal del paciente y sobre todos los demás tratamientos médicos y psicológicos actuales. Es responsabilidad del terapeuta asegurarse de que la paciente oriente a su red social sobre DBT y su tratamiento médico / psicológico. Si la naturaleza de la relación terapéutica lo permite, puede ser útil una reunión conjunta entre terapeuta-paciente y uno o más miembros de la red del paciente. Esto puede ser particularmente importante con un paciente altamente suicida (la participación de la red en el manejo de los comportamientos suicidas se discute más detalladamente en el Capítulo 15). Estas reuniones iniciales de la red también son una oportunidad para que el terapeuta oriente a la red sobre las estrategias de consulta del paciente discutidas

en el Capítulo 13, para proporcionar a la red la formulación teórica de DBT y TLP y recopilar más información sobre la paciente y su red.

5. REVISIÓN DE ACUERDOS Y LÍMITES DEL TRATAMIENTO

Acuerdos de pacientes y terapeutas

Los acuerdos con los pacientes y los acuerdos con el terapeuta, presentados en el Capítulo 4, deben discutirse a fondo. Hay seis acuerdos de pacientes (para ingresar y permanecer en la terapia, para asistir a la terapia, para trabajar en la reducción de la conducta suicida, para trabajar en conductas que interfieren con la terapia, para asistir a la adquisición de habilidades y cumplir con los acuerdos de investigación y pago) necesarios para la DBT. Existen seis acuerdos del terapeuta (para hacer todos los esfuerzos razonables para ser efectivo, actuar éticamente, estar disponible para el paciente, mostrar respeto por el paciente, mantener la confidencialidad y obtener consultas cuando sea necesario). Estos acuerdos ponen en práctica la filosofía de tratamiento DBT discutida anteriormente. Su fundamento se discute en el Capítulo 4, y no lo repito aquí.

Disponibilidad de contacto telefónico

Durante la primera sesión, el paciente debe recibir números de teléfono para contactar al terapeuta y a los servicios de emergencia disponibles en la comunidad. Deben discutirse los límites de llamadas telefónicas del terapeuta. Si en este punto la paciente dice que no podría llamar a un terapeuta, el terapeuta debería discutir con ella la orientación de DBT para las llamadas telefónicas. En general, esto es que no toda la terapia se puede realizar en el contexto de sesiones individuales y de entrenamiento de habilidades. Por lo tanto, es necesario que la paciente llame al terapeuta a veces para recibir entrenamiento individual, especialmente en situaciones de crisis cuando está muy tentada a participar en conductas suicidas u otras conductas gravemente desadaptativas. En el Capítulo 15 se analizan otras estrategias relacionadas con el contacto telefónico.

Grabación de sesiones

Si se registran sesiones, se debe informar al paciente al respecto. DBT aconseja registrar tanto sesiones de terapia individual como sesiones de entrenamiento de habilidades; se debe discutir el papel de estas cintas en su tratamiento. Si hacer que el paciente escuche sesiones entre sesiones es parte del plan de tratamiento, el terapeuta debe hacer arreglos para que el paciente tenga una grabadora para escuchar cintas entre sesiones. El papel de las cintas en DBT y los problemas que pueden surgir con este procedimiento se analizan en el Capítulo 11.

6. COMPROMISO CON LA TERAPIA

La terapia formal no puede comenzar hasta que el paciente y el terapeuta hayan llegado a un acuerdo para trabajar juntos, el paciente se comprometa con los acuerdos del paciente y el terapeuta se comprometa con los acuerdos del terapeuta. Este punto no puede enfatizarse demasiado. Las estrategias de compromiso descritas en el Capítulo 9 son los principales medios para reunir y fortalecer el compromiso del paciente borderline con el proceso y los objetivos de DBT. Hasta que se hagan los compromisos verbales necesarios, el terapeuta no debe proceder a discutir ningún otro tema. No debe haber investigaciones del

pasado de la paciente para obtener pistas sobre su "resistencia"; tampoco no hay discusiones sobre la miseria emocional o el caos de la vida de la paciente para comprender mejor por qué simplemente no puede comprometerse en este momento; no se extiende la maniobra de corazón a corazón sobre la relación del paciente con el terapeuta (excepto como parte de la orientación inicial y la evaluación mutua) para ver si el paciente puede trabajar con este terapeuta en particular. Este punto es crucial porque los pacientes a veces se oponen a uno o más de los compromisos DBT, diciendo que no están listos o no pueden comprometerse a ese nivel en este momento. Al mismo tiempo, se presentan tan desesperados que los terapeutas se desesperan por ayudar lo más rápido posible.

A pesar de la desesperación de un paciente (y a veces de un terapeuta), si el paciente se niega a hacer los seis acuerdos necesarios como se indicó anteriormente, el terapeuta debe aceptar la declaración del paciente, pero permanecer firme que la terapia no puede continuar sin estos acuerdos. Iniciar la terapia sin el compromiso requerido es como ser un ingeniero de trenes que tiene tanta prisa por llevar a los pasajeros del tren a algún lugar que arranca el motor antes de que los vagones de pasajeros estén bien sujetos. No importa cuán rápido vaya ese motor, los pasajeros que se quedan en la estación no llegarán a su destino más rápido. Los pacientes borderline suelen tener grandes dificultades para comprometerse a trabajar para reducir el riesgo de suicidio y parasuicidas. La forma de obtener este compromiso se discute en detalle en los Capítulos 9 y 15, por lo que no profundizo más aquí.

A veces es tan fácil concentrarse en obtener un compromiso del paciente que el terapeuta se olvida de considerar cuidadosamente si su tratamiento realmente puede ayudar al paciente tanto o mejor que los tratamientos alternativos disponibles, y si realmente desea tratarlo. Cuando las personas llegan al tratamiento en crisis, listas y dispuestas a comprometerse con cualquier cosa, es particularmente fácil apresurarse a tratarlas sin darles la consideración cuidadosa. Las promesas fáciles de terapia pueden inspirar esperanza en un paciente desesperado, pero pueden ser extremadamente difíciles de romper sin dañar gravemente al paciente. En la mayoría de los casos, el terapeuta no debe prometer un tratamiento continuo durante la primera sesión. Generalmente le digo a un potencial paciente que usaremos las primeras dos o tres sesiones para evaluar si podemos trabajar juntos y si los problemas de la persona son del tipo que puedo tratar. Entre sesiones, considero si soy capaz y estoy dispuesto a ofrecer un tratamiento potencialmente efectivo para este individuo en particular; si es así, se hace un compromiso firme durante la segunda o tercera sesión. Si no, ayudo a la persona a encontrar un tratamiento alternativo. Ocasionalmente, he sugerido que un paciente ingrese y complete un tratamiento alternativo (por ejemplo, un programa de abuso de sustancias o un programa estructurado de hospitalización DBT a largo plazo) y luego regrese a verme.

7. REALIZACIÓN DE ANÁLISIS CONDUCTUAL PARA CONDUCTAS QUE SON OBJETIVO PRINCIPAL

Durante las primeras sesiones, el terapeuta debe realizar un análisis exhaustivo del comportamiento para cada comportamiento parasuicida que el paciente pueda recordar. También se deben examinar los problemas graves con tratamientos anteriores. En general, hago al menos un análisis detallado de cada finalización prematura de la terapia. Cuando el tratamiento pasa a la segunda fase del tratamiento (o si la terapia comienza aquí), debe realizarse un análisis exhaustivo de las respuestas al estrés postraumático. Aquí, el terapeuta puede necesitar primero identificar diferentes patrones y luego seleccionar una o dos instancias en cada patrón para un análisis más profundo. El enfoque debe estar en las respuestas de estrés actuales más que en las pasadas. Las pautas sobre cómo llevar a cabo tales análisis se dan en el Capítulo

9. Si la terapia se lleva a cabo en un contexto de investigación, las evaluaciones de investigación se pueden usar como guías para estos análisis. Pero, en cualquier caso, no se deben omitir con el interés de llegar a las intervenciones rápidamente. Los análisis conductuales no solo son vitales para obtener información y aclarar patrones, sino que ayudan a la paciente a desarrollar explicaciones de su comportamiento.

8. COMIENZO A DESARROLLAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Observación de patrones de relación en sesiones de contrato

Una tarea esencial de estas sesiones iniciales de contrato es comenzar a establecer una relación interpersonal positiva. Estas sesiones ofrecen una oportunidad tanto para el paciente como para el terapeuta de explorar los problemas que pueden surgir al establecer y mantener una alianza terapéutica. Las sesiones de evaluación y contrato en sí mismas sirven como muestra del patrón de interacción entre el paciente y el médico, y pueden ser útiles para predecir futuros patrones. Por lo tanto, los patrones en la sesión, la variabilidad de la respuesta y cosas similares deben observarse y documentarse cuidadosamente para su posterior análisis.

Transmitir experiencia, credibilidad y eficacia

La experiencia, la credibilidad y la eficacia se pueden transmitir de varias maneras. En general, muchas de las estrategias y técnicas de DBT están diseñadas para mejorar la eficacia del terapeuta. La experiencia se puede comunicar mediante características estilísticas interpersonales como vestirse profesionalmente, estar interesado y relajado, asumir una posición cómoda pero atenta, hablar con fluidez con confianza y seguridad, y estar preparado para la sesión de terapia. El terapeuta también puede revelar su título, afiliación institucional y experiencia académica y profesional, así como con el enfoque de tratamiento a seguir. La credibilidad está influenciada por características tales como confiabilidad, previsibilidad y consistencia. Particularmente importante para la paciente suicida es su percepción de los supuestos motivos e intenciones del terapeuta al realizar el tratamiento. Por lo tanto, es importante prestar atención a factores como la realización de acuerdos, el inicio de las sesiones a tiempo y la comunicación de un interés claro en el paciente como persona y no solo como cliente o sujeto de investigación.

La credibilidad del tratamiento y el terapeuta a veces se puede mejorar si el terapeuta puede organizar que el paciente experimente una experiencia de aprendizaje positiva y dramática en las primeras sesiones. Por ejemplo, enseñarle brevemente a un paciente cómo relajarse o cómo dejar ir la excitación emocional en una sesión a veces puede tener un efecto dramático en la creencia del paciente en el terapeuta. Las estrategias de supervivencia ante crisis (consulte el manual de capacitación de habilidades que lo acompaña) pueden tener el mismo efecto.

Advertencias en el mundo real

He presentado las estrategias de contrato de una manera muy directa, lo que implica que la terapia se hace a través de estrategias, tal como lo he descrito aquí. A menudo, sin embargo, este no es el caso. Esto es particularmente cierto cuando el paciente ingresa a la terapia en una grave crisis, se toma muy en serio la posibilidad del suicidio o las conductas severas que interfieren con la terapia. No se puede lograr nada hasta que se modifiquen estos comportamientos. Es posible que el terapeuta necesite usar un modelo de tratamiento de intervención en crisis (vea el Capítulo 15) durante bastante tiempo al comienzo del

tratamiento. En estos casos, el terapeuta debe agregar tiempo adicional al comienzo (generalmente una sesión es suficiente) para orientar al paciente a los principios básicos del tratamiento y obtener los compromisos rudimentarios necesarios. Estas dos cosas (orientación y compromiso) simplemente deben hacerse antes que cualquier otra cosa. La evaluación diagnóstica formal puede ser manejada mejor por un colega u otro terapeuta en la clínica. La presentación de la teoría biosocial DBT, la evaluación de las principales conductas objetivo, la toma de un historial y la orientación de la red social puede tener que trabajarse más adelante en el tratamiento.

Por ejemplo, un paciente fue remitido a mí para recibir terapia ambulatoria después de tres intentos de suicidio casi letales durante los 9 meses anteriores, todos relacionados con cortes en las arterias de la garganta. El paciente también había bebido veneno 12 veces en el último año y tenía tantas quemaduras autoinfligidas que se requirió injerto de piel. Después de comprometerse a trabajar en estas conductas durante la primera sesión, la paciente poco después se puso ambivalente sobre vivir o suicidarse, y solo pudo comprometerse a hacer todo lo posible para no suicidarse la próxima vez que sintiera una fuerte necesidad de morir. (Sus estados disociativos fueron un factor que complicó, y que mantuvo la idea de que estaba indefensa para controlar su conducta durante estos estados). Dado que los impulsos suicidas casi abrumadores eran frecuentes y el deseo de morir era casi continuo, la terapia se concentró en ayudar al paciente a mantenerse vivo y relativamente no herida. Como le dije repetidamente a la paciente, nos pondríamos a trabajar en sus problemas y en conocernos tan pronto como tuviéramos bajo control sus conductas suicidas. Esto tomó 3 meses de esfuerzo sin parar, incluyendo varios ingresos hospitalarios y la exploración de opciones de tratamiento alternativo. A medida que el riesgo de suicidio inmediato, disminuyó, comencé a tomar la historia y la evaluación que normalmente habría llevado a cabo mucho antes.

Un segundo ejemplo involucró a una paciente vista en nuestra clínica por un terapeuta masculino. (La paciente prefería una terapeuta femenina y no había una disponible y desafortunadamente, no pudimos encontrarle ningún tratamiento alternativo en la comunidad). Esta paciente ingresó a la terapia, hizo los acuerdos necesarios, y casi de inmediato se vio atrapada por el intenso miedo a tener un terapeuta varón. Para la tercera semana, se había desarrollado un patrón: la paciente dejaba cinco o seis mensajes por semana que indicaban que no podía continuar con la terapia, que no podía ver a un terapeuta tan inexperto, que no podía estar en un programa de tratamiento tan desaconsejado, que no podría continuar una terapia donde las personas eran tan insensibles, que no podría continuar si continuamos requiriendo capacitación simultánea en habilidades, y así sucesivamente. Las solicitudes de devolución de llamada se acabarían dentro de una o dos horas con un mensaje de que estaba finalizando la terapia y que el terapeuta no debería culparse a sí mismo. La paciente perdería dos o tres sesiones, repararía sus dudas por teléfono o en una sesión, y luego, dentro de las horas posteriores a la reparación y el nuevo compromiso (por muy dudoso que fuera), volvería a ingresar al ciclo. La terapia se centró únicamente en el patrón conductual que interfiere con la terapia (que le fue mejor que en sus antiguos patrones de terapias donde al mismo tiempo amenazaba con suicidarse) durante los primeros 4 meses. La evaluación diagnóstica fue manejada por un colega. Se postergó la toma de historia y la evaluación de otros problemas objetivo.

ESTRATEGIAS DE INICIO DE LA SESIÓN

Es importante como comienza una sesión en cualquier psicoterapia. El comienzo establece el tono para el resto de la sesión. Un paciente a menudo espera que el terapeuta se acerque a ella con una actitud negativa o de rechazo. A veces viene a las sesiones con miedo, preparada para retirarse o huir; esto es especialmente

probable si la interacción anterior fue intensa y negativa. La mayoría de los pacientes borderline no han aprendido que las emociones negativas van y vienen, y que los problemas pueden resolverse. Sin tales experiencias, los encuentros negativos pueden tener una importancia catastrófica. Con una actitud cálida y acogedora puede enseñarle gradualmente que la ira, la frustración, los problemas de relación y los errores de su parte no necesariamente conducen al abandono o al estrés emocional irreparable. El auto-alivio, que es necesario para mantener bajo control las emociones en aumento, se vuelve considerablemente más fácil.

Una palabra sobre los posibles entornos para que la terapia esté en orden. En mi clínica, la oficina de práctica clínica del terapeuta ha sido habitualmente el escenario de sesiones individuales de DBT y, en general, ha sido satisfactoria. Otra configuración importante para DBT es la llamada telefónica, que ya se ha discutido hasta cierto punto y se trata más ampliamente en el próximo capítulo; las estrategias de intervención ambiental pueden ocurrir in vivo. Para algunos pacientes adolescentes que son muy ambivalentes acerca de la terapia, la flexibilidad en el entorno puede ser extremadamente importante para la retención de la terapia. Las sesiones fuera de la oficina, como en pistas de bolos y automóviles pueden ser útiles para continuar el contacto en fases difíciles. Quizás se pueda lograr el mismo fin simplemente manteniendo el contacto hasta que el adolescente venga a una cita en el consultorio, aunque con el límite de cuatro ausencias consecutivas, esto no es práctico. También es posible que tales lugares de reunión alternativos sean entornos más naturales para algunos adolescentes y puedan ser mejor tolerados en medio de los traumas de sus vidas.

Las estrategias a tener en cuenta al comenzar la terapia. Se analizan a continuación y se resumen en la Tabla 14.2.

CUADRO 14.2. Lista de verificación de estrategias de inicio de sesión

-
- T SALUDA a P agradablemente, transmitiendo una sensación de que T se alegra con el inicio de la sesión e indica interés en P y transmite una sensación de calidez.
 - T atiende al ESTADO EMOCIONAL ACTUAL de P, verificando, cuando sea apropiado, si P tiene algo apremiante que necesite atención durante la sesión.
 - T REPARA la relación según sea necesario, utilizando la comunicación recíproca y la resolución de problemas.
-

1. SALUDAR AL PACIENTE

En general, el terapeuta debe saludar al paciente con calidez, para expresar un placer obvio al verlo nuevamente. Esto generalmente implicará sonreír a la paciente y, si se ha perdido una o más sesiones, comentar qué tan bueno es volver a verla. El objetivo es comunicar el valor y el gusto por el paciente en el encuentro inicial.

2. RECONOCIENDO EL ACTUAL ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE

Es importante reconocer el actual estado emocional del paciente al comenzar la sesión. Las agendas ocultas por parte del paciente (o del terapeuta) se deben sacar a la luz. Si los temas presionan al paciente, esto debe tenerse en cuenta. Se puede establecer una agenda informal al comienzo de la sesión para que

ambas partes sepan qué temas necesitan ser discutidos y en qué orden serán discutidos. Las estrategias de focalización, que se analizan a continuación son cruciales en esta configuración de agenda.

3. REPARAR LA RELACIÓN

Con pocas excepciones, la reparación de las relaciones, al menos brevemente, esto debe preceder a otros trabajos serios dentro de la sesión. Sin embargo, una maniobra "de corazón a corazón" no debe sustituirse por apuntar a conductas de alta prioridad dentro de la sesión. Los peligros de esto se discuten más ampliamente en el Capítulo 12.

Un terapeuta que es ambivalente acerca de la sesión con el paciente, o que se pone ansioso por el material difícil que debe ser discutido, o que se frustra con el paciente, debe examinar cuidadosamente si realmente desea resolver estos conflictos con el paciente. Si la respuesta es no, el problema debe abordarse en la próxima reunión del equipo de supervisión / consulta; una cierta cantidad de trabajo de reparación, lejos del paciente, puede ser necesaria antes de abordar el tema con el paciente. Si la respuesta es sí, el terapeuta debe usar las estrategias de comunicación recíproca (ver Capítulo 12) y las estrategias de relación terapéutica (ver Capítulo 15) para discutir la relación con el paciente y comenzar la resolución de problemas.

ESTRATEGIAS PARA LOS OBJETIVOS

Las estrategias de focalización tienen que ver con cómo el terapeuta estructura el tiempo durante las sesiones de terapia individual y qué temas reciben atención. Fueron desarrollados para reflejar el énfasis de DBT en la organización jerárquica de los objetivos de tratamiento y para asegurar que los terapeutas atenderían el orden jerárquico necesario en DBT. La implementación de las estrategias de focalización requiere la integración de casi todas las estrategias de tratamiento anteriores. Puede ser extremadamente difíciles en la primera fase de DBT, porque tanto el paciente como el terapeuta a menudo no quieren atender a las conductas específicas.

La justificación de las estrategias de focalización, y varias objeciones y dificultades con ellas (así como las posibles soluciones), se han discutido ampliamente en los Capítulos 5 y 6. Sin embargo, vale la pena repetir aquí que un terapeuta que ignora las estrategias de focalización no está haciendo DBT. Es decir, en DBT lo que se discute es tan importante de cómo se discute. Las dificultades para lograr que un paciente acepte las estrategias de focalización es tratarlas como se trata cualquier conducta que interfiere con la terapia; se discute en el próximo capítulo como hacer esto. Un terapeuta que tenga problemas para seguir las estrategias de focalización (un problema no improbable) debe mencionar el tema en la reunión de supervisión / consulta. Es casi seguro que otros terapeutas tendrán el mismo problema.

Debido a que ya he revisado los fundamentos de la focalización en otros capítulos, no vuelvo a analizarlos aquí. Puede ser útil considerar la focalización para establecer una agenda. Aunque la agenda debe permanecer flexible, dependiendo de la conducta del paciente durante la semana (puede ser útil revisarla antes y después de cada sesión). Las estrategias de focalización se describen a continuación y se resumen en la Tabla 14.3. Aunque estas estrategias pueden usarse en cualquier orden, todas deben usarse en cada sesión.

CUADRO 14.3. Lista de verificación de estrategias de orientación

- T REVISAR el PROGRESO DE P desde el último contacto.
 - Durante la primera y segunda fase del tratamiento, la tarjeta de diario es recolectada y escaneada por T de una manera obvia, de modo que su importancia sea clara para P.
 - Si P no trae la tarjeta del diario, se sacan razones; cuando sea apropiado, se utilizan protocolos de conducta que interfieren con la terapia (ver Capítulo 15).
 - Si P no trae la tarjeta del diario, T le pregunta a P sobre cualquier conducta suicida durante la semana anterior (así como sobre otras conductas que se rastrean en las tarjetas del diario; T tiene que hacer que P complete la tarjeta en la sesión, si corresponde).
 - Se comenta cualquier respuesta inusual o problemática; el progreso se refuerza.
- T pregunta sobre el progreso en cualquier tarea conductual.
 - T organizar la sesión por PRIORIDADES PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS CONDUCTUALES.
 - Si se informa una conducta suicida (que no sea una ideación suicida recurrente de bajo nivel), T lo discute, utilizando estrategias de resolución de problemas; T emplea protocolos de conducta suicida (ver Capítulo 15).
 - Si la miseria es alta y la ideación suicida es baja, y / o si los impulsos de autolesión son altos y no hay conductas parasuicidas, T comenta y atiende a la miseria y/o la urgencia, validando que los problemas de P son importantes incluso cuando no están acompañados de conductas suicidas.
 - Si hay conductas que interfieren con la terapia o con la calidad de vida, se discuten y se utiliza la resolución de problemas (general o con respecto a la relación).
 - Si las llamadas telefónicas de P son un objetivo actual, o si ocurrieron llamadas inusuales durante la semana anterior, se revisan durante la sesión.
 - Cuando se han abordado los objetivos requeridos (conductas suicidas, conductas que interfieren con la terapia, conductas que interfieren en la calidad de vida, estrés postraumático), P permite que T controle el contenido y la dirección de la sesión.
- T ASISTE A P SOBRE LA ETAPA de la terapia; T no mezcla etapas.
 - T vuelve a la etapa anterior de la terapia si los problemas de esa etapa se repiten.
- T verifica el progreso de P en OTROS MODOS DE TERAPIA.
 - T verifica el progreso de P y la asistencia al entrenamiento de habilidades.
 - Si P no asiste a las sesiones de entrenamiento de habilidades o no está completando la tarea para el entrenamiento de habilidades o expresa insatisfacción con el entrenamiento de habilidades, se exploran estos problemas.
 - Cuando es apropiado, se emplea el protocolo de conductas que interfieren con la terapia (ver Capítulo 15) para mejorar el cumplimiento de las normas de entrenamiento de habilidades.
 - T transmite a P un valor para el entrenamiento de habilidades.
 - T ayuda a P a relacionar las habilidades aprendidas en el entrenamiento de habilidades con sus problemas actuales; T instruye a P en habilidades adicionales.
 - T ayuda a P a relacionar los problemas que tiene con el entrenamiento de habilidades, la terapia grupal de apoyo u otros modos de DBT.
 - T ayuda a P a relacionar los problemas del proceso con el entrenamiento de habilidades o la terapia grupal de apoyo y con los problemas que se examinan en la terapia individual.

Tácticas Anti-DBT

- T no pide ver tarjetas de diario.
 - T se colude con P al pasar por alto la tarjeta diaria.
 - T no solicita información que hubiera estado en la tarjeta si se hubiera completado.
 - T cede o apacigua a P.
 - T ignora o no discute las conductas suicidas.
 - T ignora o no discute las conductas que interfieren con la terapia.
 - T ignora o no discute las conductas que interfieren en la calidad de vida.
 - T sigue las reglas de focalización prioritarias, pero no el espíritu de la estrategia.
 - T presiona a P en discutir el abuso infantil cuando todavía está en la Etapa 1.
 - T comunica que el entrenamiento de habilidades es responsabilidad de otra persona.
-

1. REVISIÓN DE LAS CONDUCTAS OBJETIVO DESDE LA ÚLTIMA SESIÓN

La primera tarea terapéutica en cada sesión es revisar con el paciente su progreso conductual durante la semana pasada. En las dos primeras etapas de DBT, el terapeuta suele estructurar esta consulta para obtener información específica sobre las conductas objetivo.

Tarjetas de diario

Comienzo cada sesión con la simple pregunta "¿Tienes tu tarjeta de diario?" (Consulte el Capítulo 6 para obtener una descripción de las tarjetas del diario). Si el paciente lo tiene, escanee inmediatamente y, desde la tarjeta, determine una agenda inicial para la sesión. Si el paciente no tiene la tarjeta, le pregunto si la completó, o qué le sucedió, etc. Si se completó, pero por una razón u otra el paciente no la trajo, reviso rápidamente la información oralmente. Las preguntas específicas dependen de la etapa de la terapia y los objetivos conductuales actuales, aunque generalmente trato de obtener la mayor parte de la información de la tarjeta (sobre conductas e impulsos parasuicidas, ideación e instancias suicidas, uso de sustancias [incluidos medicamentos], sensación de miseria diaria, uso de habilidades y cualquier otra cosa que estemos monitoreando). Si no lo completó, normalmente le doy una tarjeta para que complete mientras espero durante la sesión. Como señalé en el Capítulo 6, este tipo de atención constante a las tarjetas de agenda tiende a producir cumplimiento tarde o temprano (de lo contrario, sería una instancia de conducta que interfiere con la terapia y, por lo tanto, estará sujeto a una atención aún mayor). Las tarjetas de diario, así como las tácticas para responder tanto a la resistencia del terapeuta como a la del paciente, se analizan en el Capítulo 6 y nuevamente en el Capítulo 15.

Asignaciones de tarea

Si se asignan tareas, el terapeuta debe recordar preguntar sobre ellas durante la sesión.

2. USO DE LOS OBJETIVOS PRIORITARIOS PARA ORGANIZAR SESIONES

Como discuto en varias ocasiones, una de las características distintivas de DBT es el uso de objetivos prioritarios conductuales para organizar interacciones. Las reglas básicas son las siguientes. El tiempo de psicoterapia individual está orientado a las conductuales actuales (desde la última sesión), y la prioridad para la atención está determinada por la jerarquía del objetivo. Para recordarle al lector esa jerarquía (ver

Capítulo 6), la prioridad más alta en la terapia ambulatoria individual se otorga a las conductas suicidas, seguidos de las conductas que interfieren con la terapia, las conductas que interfieren con la calidad de vida, los déficits de habilidades, las conductas del estrés postraumático, autoestima y objetivos individuales (en ese orden). En las llamadas telefónicas, el terapeuta individual también organiza la interacción de acuerdo con una jerarquía de objetivos: disminuir las conductas de crisis suicidas, aplicar habilidades conductuales al problema en cuestión y resolver las crisis interpersonales o la alienación entre el terapeuta y el paciente, (en ese orden). Las sesiones de capacitación de habilidades, los grupos de procesos de apoyo y todos los demás modos de tratamiento tienen sus propias jerarquías individuales. La tarea de cada terapeuta es usar el orden del modo de interacción para guiar el uso del tiempo. Esta estrategia en particular es una de las más difíciles para los nuevos terapeutas y una de las más importantes para el progreso general de la terapia. (Vea los Capítulos 5 y 6 para una discusión completa sobre el uso de los objetivos prioritarios. El tiempo de organización y el manejo de la resistencia se discuten ampliamente en los Capítulos 6 y 15).

3. ATENCIÓN A LAS ETAPAS DE LA TERAPIA

Como también se discutió en el Capítulo 6, DBT se organiza en cuatro etapas: la etapa de orientación y compromiso previa al tratamiento; Etapa 1, alcanzando capacidades básicas; Etapa 2, reduciendo el estrés postraumático; y Etapa 3, aumentando la autoestima y cumpliendo los objetivos individuales del paciente. Es importante que el terapeuta asista a estas etapas: no trasladar la terapia a una etapa superior antes de que se cumplan los objetivos de la etapa actual, y trasladar la terapia a una etapa posterior cuando reaparecen los problemas de una etapa anterior. La necesidad de completar la orientación y el compromiso (pretratamiento) antes de comenzar la terapia per se se discutió anteriormente. Como he discutido más detalladamente en el Capítulo 6, es igualmente importante hacer un progreso sustancial en la Etapa 1 antes de pasar a la Etapa 2. La estrategia de etapas también informa al terapeuta que el estrés traumático previo no puede ser ignorado en DBT. Por lo tanto, en ausencia de una justificación convincente, omitir el logro de las capacidades básicas para cumplir objetivos individuales (que no sea temporalmente) generalmente sería una violación de esta estrategia.

4. COMPROBACIÓN DEL PROGRESO EN OTROS MODOS DE TERAPIA

En la psicoterapia individual, cuando el paciente participa simultáneamente en otros modos de DBT (como el entrenamiento de habilidades), el terapeuta debe verificar el progreso en estos otros modos en cada sesión. El terapeuta individual debe recordar que él o ella es el terapeuta principal y, por lo tanto, es responsable de coordinar todos los modos de tratamiento. Es difícil para la mayoría de los pacientes creer que un modo particular de terapia es importante si el terapeuta individual no cree que sea lo suficientemente importante como para preguntar. Los problemas de asistencia o cooperación con otros modos de tratamiento también son responsabilidad del terapeuta individual y se tratan como conductas que interfieren con la terapia.

ESTRATEGIAS PARA TERMINAR LA SESIÓN

Cómo una sesión con un paciente borderline y suicida puede ser extremadamente importante. Los pacientes borderline no pocas veces abandonan las sesiones de terapia con emociones negativas tan intensas, como enojo, frustración, pánico, dolor, desesperanza, desesperación, vacío y soledad, que les resulta muy difícil tolerar sin recurrir a una conducta desadaptativa. Es muy importante anticipar estas

emociones y trabajar con ellas como "problemas a resolver". Es igualmente importante concluir y resumir la parte "de negociación" de la sesión, es decir, revisar la tarea dada y resumir el progreso realizado en la sesión. Las estrategias para finalizar las sesiones se describen en la Tabla 14.4.

CUADRO 14.4. Lista de verificación de estrategias de finalización de sesión

- T DA TIEMPO SUFICIENTE a P para finalizar, para que no se siente apurado y para que la sesión no finalice abruptamente.
 - P recibe un aviso de que la sesión está llegando a su fin.
 - T ayuda a P a hacer frente al final de la sesión.
 - T ayuda a P a acercarse emocionalmente.
- T REvisa TAREAS o tareas acordadas para la próxima semana.
- Cuando sea apropiado, T RESUME la sesión.
- T da a P un AUDIOTAPE de sesión.
- T alienta y ANIMA, expresando fe en la capacidad de P para progresar y manejar cualquier dificultad que pueda enfrentar, al mismo tiempo que valida las dificultades reales que P aún enfrenta.
- T ALIVIA a P y le da a P un sentido de la presencia continua de T (por ejemplo, organiza el contacto telefónico, le recuerda a P la disponibilidad del contacto telefónico o del plan telefónico, etc.).
- T ayuda a la SOLUCION DE PROBLEMAS (si corresponde); se utilizan estrategias de resolución de problemas para hacer frente a las dificultades que se esperan después de la sesión o durante la próxima semana.
- T se separa de P de una manera que transmite calidez y expectativa de que se encontrarán pronto nuevamente; se desarrollan y emplean otros RITUALES PARA FINALIZAR que son cómodos tanto para T como para P.

Tácticas Anti-DBT

- T termina temprano sin avisar a P.
- T muestra material sensible justo antes de finalizar la sesión.
- T invalida las dificultades de P para terminar y abandonar la sesión.

1. PROPORCIONANDO TIEMPO SUFICIENTE PARA EL CIERRE

Cuando comienza el final de una sesión depende del paciente en particular. Algunos pacientes, el final comienza al principio. Es decir, están tan ansiosos por irse que su conducta desde el comienzo de la sesión está influenciada por el hecho destacado de que la interacción es, en sus palabras, "termina antes de que comience". Como he señalado anteriormente, los pacientes borderline a menudo dicen que no pueden y no se "abrirán" emocionalmente durante las sesiones porque una vez que lo hacen, no hay tiempo suficiente para "cerrar". Se quedan con emociones intensas que no pueden regular. Aunque este problema no se puede evitar por completo, no importa cuánto dura una sesión, cada terapeuta y paciente deben calcular juntos cuántos minutos deben quedar al final de las sesiones para realizar el importante trabajo de cierre. El tiempo necesario ciertamente variará entre los pacientes y dentro de un paciente, dependiendo del material discutido durante la sesión.

2. ACUERDO PARA LA TAREA DE LA PROXIMA SEMANA

Durante el curso de la sesión, el paciente y el terapeuta pueden discutir varias actividades en las que el paciente debe participar durante la próxima semana. Al final de cada sesión, se debe revisar y aclarar cualquier sugerencia para la tarea, y se debe reafirmar el acuerdo del paciente de participar en la tarea. En este punto, el terapeuta debe preguntarle al paciente si ve algún problema en completar la tarea durante la próxima semana. En general, se debe suponer que habrá tales problemas, y el terapeuta debe aprovechar esta oportunidad para ayudar al paciente a solucionarlos.

3. RESUMEN DE LA SESIÓN

Cuando sea apropiado, el terapeuta debe resumir al final de una sesión los puntos importantes que se han cubierto. En general, dicho resumen debe ofrecerse de manera "optimista". Se deben mencionar brevemente las ideas importantes que el paciente ha obtenido durante la semana anterior o la sesión. A veces, solo se necesita una o dos oraciones aquí.

4. DAR AL PACIENTE UNA CINTA DE LA SESIÓN

Al final de cada sesión (si esto es parte del plan), el paciente debe recibir una copia de la cinta de audio de la sesión, con instrucciones para escucharla al menos una vez durante la próxima semana. La cinta puede servir como un estímulo para que el paciente pueda hacer frente cuando se siente abrumada, y es una forma de hacer que el terapeuta esté presente, por así decirlo, en el entorno natural del paciente.

5. ALENTAR (ANIMAR)

Al final de cada sesión, el terapeuta debe alentar directa y abiertamente al paciente sobre el progreso que está haciendo, y debe señalarle al paciente algún atributo positivo o conducta digna de elogio. Esencialmente, esta es una oportunidad para que el terapeuta valide la conducta del paciente sin que el paciente tenga que pedirlo. Esta es también una oportunidad para que el terapeuta ofrezca esperanza y aliento al paciente. El estímulo del terapeuta es especialmente importante si una parte sustancial de la sesión se ha dedicado a ayudar a la paciente a ser más consciente de las conductas autodestructivas de su parte. Muy a menudo, el paciente se sentirá desanimado y sin esperanza, pero comunicará la competencia al terapeuta. Es importante que el terapeuta no se deje engañar por tal competencia aparente. El terapeuta debe tener cuidado de combinar los elogios con la validación de cuán terriblemente dura y dolorosa sigue siendo la vida de la paciente, y no debe sobreestimar la capacidad de la paciente para hacer frente por sí misma. A medida que avanza la terapia, el terapeuta puede comenzar a sacar provechosamente declaraciones alentadoras y autovalidantes del paciente. En la segunda mitad de la terapia, el terapeuta puede preguntarle al paciente directamente qué progreso ve durante la semana anterior o durante la sesión actual.

6. CALMAR Y REASEGURAR AL PACIENTE

Un paciente a menudo se siente desconsolado al abandonar una sesión de terapia. Su sentido de desesperación y soledad resurge a medida que la sesión llega a su fin. El terapeuta debe anticipar esto y recordarle al paciente que puede llamar al terapeuta si es necesario antes de la próxima sesión; es decir, el contacto no se termina irrevocablemente. El terapeuta también debe recordarle que puede llamar a los

servicios de emergencia en cualquier momento y puede pedir ayuda a otras personas en su entorno si es necesario. Como se señaló anteriormente, un paciente con conductas parasuicidas y borderline a menudo tiene grandes problemas para pedir ayuda de manera adecuada. Aunque con frecuencia puede llamar al terapeuta en medio de una crisis, actuando y sintiéndose desesperada y haciendo demandas inapropiadas al terapeuta, rara vez llama al terapeuta para pedir ayuda antes de que se alcance una crisis.

Al comienzo de la terapia, un objetivo principal es enseñar al paciente cómo pedir ayuda de manera adecuada. Es especialmente importante que el paciente sepa que puede llamar a alguien simplemente para discutir problemas, pedir consejo o incluso simplemente compartir lo que está sucediendo con ella. Por lo general, es muy difícil para el paciente hacer esto, y en las primeras etapas de la terapia llamar al terapeuta puede convertirse en una tarea. Una vez que el paciente se siente cómodo llamando al terapeuta durante una crisis, se le debe indicar al final de las sesiones que intente llamar al terapeuta antes de que surja una crisis. Una vez que el paciente puede llamar al terapeuta de manera apropiada, se debe dirigir la atención hacia la generalización de esta habilidad a otras personas en su entorno. En este punto, el terapeuta puede descubrir que el paciente tiene muy pocas personas de apoyo a las que pueda llamar adecuadamente; este problema puede convertirse en un foco importante de la terapia. En cualquier caso, un objetivo principal de la terapia es hacer que el paciente llame a otras personas en su entorno para obtener la ayuda adecuada para cuando finalice la terapia.

7. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Si el paciente continúa teniendo dificultades emocionales considerables durante una sesión, el terapeuta debe ayudar al paciente a desarrollar estrategias de regulación emocional y tolerancia a la angustia para usar después de salir de la sesión. Nuevamente, es particularmente importante no dejarse engañar por la aparente competencia del paciente. Ciertamente, al principio, casi todos los pacientes tendrán dificultades considerables para manejar las terminaciones de sesión. Aunque el dolor emocional disminuirá con el tiempo por sí solo, tanto el terapeuta como el paciente deben asistir activamente para desarrollar soluciones de problemas para aliviar el dolor emocional y prevenir patrones desadaptativos.

8. RITUALES FINALES EN DESARROLLO

El desarrollo de rituales finales puede ser ayudar a calmar al paciente y facilitar la despedida. Como mínimo, el terapeuta debe acompañar al paciente a la puerta y transmitirle la expectativa de que se encontrarán nuevamente pronto. Para algunos pacientes, un abrazo de despedida puede convertirse en una parte importante del final de la sesión (consulte el Capítulo 12 para obtener instrucciones).

ESTRATEGIAS DE TERMINACIÓN

Es esencial preparar al paciente para la terminación de la terapia desde el principio. Como en cualquier relación fuerte, positiva e íntima, el final puede ser extremadamente difícil. DBT no aboga por una ruptura completa en la relación; en cambio, el paciente pasa de la categoría de paciente a la de ex paciente, y el terapeuta pasa del rol de terapeuta al de ex terapeuta. Los roles "Ex-" son bastante diferentes de los roles "no". En el primero, se reconoce y valora el hecho de un apego positivo que una vez fue fuerte e intenso. El cambio es similar a la transformación de alumno a ex alumno, o de hijo dependiente a hijo adulto emancipado. La terminación exitosa también requiere que las habilidades interpersonales que el paciente

ha aprendido con el terapeuta se generalicen a situaciones no terapéuticas. Las estrategias específicas para atender la finalización de la terapia se resumen en la Tabla 14.5

CUADRO 14.5. Lista de verificación de estrategias de terminación

- T COMIENZA A DISCUTIR la finalización eventual de la terapia con P durante la primera sesión; T comienza las sesiones DISMINUYENDO la discusión gradualmente a medida que se acerca la terminación.
- T REFUERZA LA AUTO-CONFIANZA Y LA CONFIANZA EN OTROS y enfatiza la necesidad de dependencia e independencia a medida que la terapia llega a su conclusión.
- T comienza a PLANIFICAR ACTIVAMENTE la culminación por lo menos 3 meses antes de que finalice la terapia (en un contrato de tratamiento de DBT de 1 año).
 - T utiliza estrategias de resolución de problemas para solucionar las dificultades con la terminación; T establece sesiones periódicas de "refuerzo" con P en un horario de desvanecimiento, si es necesario.
 - T evalúa el progreso.
 - T y P establecen reglas básicas para el contacto continuo.
 - T aclara para P el tipo de relación que se puede esperar con T después de que finalice DBT.
 - T discute la diferencia entre una relación terapéutica, una relación con un ex terapeuta y una amistad.
 - T ayuda a P a determinar los criterios para volver a ingresar a la terapia, revisar las habilidades o volverse más activo en la resolución de problemas una vez que finaliza la terapia.
- Si P desea continuar el tratamiento con otra persona más allá de la terminación, T HACE UNA REFERENCIA y, si es necesario, continúa viendo a P hasta que la nueva T pueda comenzar el tratamiento con P.

1. COMIENZO DE LA DISCUSIÓN DE LA TERMINACIÓN: CORTANDO SESIONES

Aunque el enfoque en la generalización y la finalización continúan durante toda la terapia, la discusión activa sobre la aproximación a la finalización debe comenzar bastante antes de que finalice la terapia. Sin embargo, el momento dependerá de cuánto tiempo se continúa la terapia. Para facilitar la transición de la terapia, las sesiones de terapia deben reducirse en frecuencia, en lugar de detenerse abruptamente. Durante este proceso de finalización activa, el terapeuta enfatiza y elogia el progreso del paciente; expresa una clara confianza en su capacidad de vivir independientemente de la terapia y enfatiza que el cuidado y la preocupación por el paciente no se detendrán simplemente porque la terapia se termina y que los recursos comunitarios y / o privados permanecen disponibles para el paciente si surge la necesidad.

2. GENERALIZACIÓN DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL A LA RED SOCIAL

El curso normal de los eventos en la terapia con un paciente parasuicida y borderline es que inicialmente el paciente tendrá grandes dificultades para confiar en el terapeuta, pedirle ayuda al terapeuta y llegar a un equilibrio óptimo entre independencia y dependencia; como se discutió anteriormente. La exploración de estos patrones a menudo indicará que también están ocurriendo esto con otros en el entorno del paciente. Esencialmente, la capacidad de pedir ayuda es una habilidad necesaria para sobrevivir en lo que

a menudo es un ambiente aversivo. Por lo tanto, la capacidad de confiar, pedir ayuda de manera apropiada y depender de alguien y ser autosuficientes a menudo serán objetivos del tratamiento.

A medida que el paciente comienza a desarrollar confianza en el terapeuta, generalmente comenzará a ser más honesto con el terapeuta sobre su necesidad de ayuda. Durante las etapas iniciales de la terapia, se hace mucho hincapié en reforzar a la paciente para que solicite ayuda al terapeuta cuando tiene problemas para hacer frente a una situación particular. Sin embargo, si esta capacidad de solicitar ayuda no se transfiere a otras personas en el entorno del paciente, y si al paciente no se le enseña a prestar asistencia a sí misma, la finalización de la terapia será extremadamente traumática. Incluso en ausencias de muy corto plazo del terapeuta (p. Ej., En viajes fuera de la ciudad), es muy probable que un paciente parasuicida reaccione con un comportamiento parasuicida. Por lo tanto, la transición de la dependencia del terapeuta a la autosuficiencia y la dependencia de otros debe comenzar casi de inmediato. Una vez más, se deben emplear las estrategias dialécticas; en este caso, el terapeuta enfatiza poder depender de otras personas mientras aprende a ser independiente.

3. PLANIFICACIÓN ACTIVA PARA LA CULMINACIÓN DE LA TERAPIA

Como se señaló anteriormente, el hecho de la finalización de la terapia debe discutirse en las primeras sesiones de DBT. La terminación de la terapia y la terminación con el terapeuta, deben estar claramente diferenciadas. Además, el papel del ex terapeuta y el papel del amigo deben estar igualmente bien diferenciados. Con pocas excepciones, los ex-terapeutas no se hacen amigos personales de antiguos pacientes, y esa expectativa no debe crearse. Si surge una amistad, será un deleite inesperado en lugar de un derecho esperado.

Solución de problemas

El terapeuta debe discutir con el paciente cualquier dificultad que pueda surgir durante o inmediatamente después de la terminación. Las estrategias de resolución de problemas deben usarse para desarrollar soluciones. Entre las posibles soluciones debería incluirse la posibilidad de "sesiones de refuerzo". A veces es una buena idea planificar estas sesiones, quizás a intervalos de 6 meses, incluso cuando no se esperan problemas.

Evaluando el progreso

Se debe dar suficiente tiempo para una revisión razonablemente exhaustiva de cómo ha progresado la terapia, qué logros se han conseguido y qué progreso adicional le gustaría hacer a la paciente en su vida. Se deben revisar tanto la relación terapéutica en sí misma (desde las perspectivas del terapeuta y del paciente) como los cambios del paciente en las conductas específicas. El terapeuta debe presentar la idea de que nadie está completamente "curado" de los problemas, y que toda la vida implica crecimiento y cambio.

Configuración de reglas básicas para contacto continuo

Las funciones de ex terapeuta y ex paciente no se han explorado suficientemente en la literatura de la psicoterapia. Es extremadamente importante que el terapeuta tenga una idea clara de sus propias preferencias sobre la interacción futura con el paciente. Esta idea debe presentarse claramente al paciente;

hacer vagas promesas que no se cumplirán no le hace ningún favor. En el curso normal de los eventos, el contacto de los ex pacientes con sus ex terapeutas puede ser bastante frecuente inmediatamente después de la finalización de la terapia y durante un año más o menos, y luego se desvanecerá gradualmente en frecuencia. Como casi siempre estoy interesado en mantenerme al día con los pacientes antiguos a largo plazo, al igual que con los estudiantes anteriores, les animo a que se mantengan en contacto periódicamente para saber cómo están. Este es el momento de entretejer la comunicación recíproca y observar los límites.

También se deben explorar los deseos del paciente para una interacción continua con el terapeuta. Algunos quieren más contacto que otros; algunos pueden querer un descanso completo en el contacto. Ambas partes deben describir los criterios para el reingreso a la terapia. Si el reingreso es imposible, el terapeuta debe ser claro al respecto y ayudar al paciente a aplicar la resolución de problemas a la cuestión de cómo encontrar otro terapeuta.

4. HACIENDO REFERENCIAS APROPIADAS

En un mundo perfecto, la terapia con el paciente borderline progresaría a través de las etapas 1, 2 y 3 y terminaría con un paciente que esté razonablemente satisfecho con su vida y en paz consigo misma. Para un paciente que ingresa en la Etapa 1, esto puede llevar varios años. De hecho, para el paciente borderline seriamente suicida, incluso pasar de la Etapa 1 a la Etapa 2 puede llevar al menos un año y, a menudo, más tiempo. Dependiendo de la gravedad del trauma previo y las tendencias a disociarse. La terapia en etapa 2 también puede tomar un año o más. Al menos hasta que desarrollemos terapias más efectivas y eficientes, tratar de apurar a los pacientes a través de estas etapas a veces crea más problemas de los que resuelve.

Desafortunadamente, debido a las limitaciones financieras y de seguros, los dictados de la administración, las limitaciones personales del terapeuta y / o las restricciones de investigación, a menudo no hace posible que un terapeuta y un paciente permanezcan en equipo durante el tiempo necesario para lograr estos objetivos. Es esencial en estos casos que el terapeuta no abandone al paciente. Es decir, el terapeuta debe ayudar al paciente a hacer planes alternativos de seguimiento del tratamiento. Por todas las razones citadas anteriormente, hacer estos planes puede ser extraordinariamente difícil para el paciente que carece de recursos financieros para pagar la terapia privada. Un problema adicional es la renuencia de muchos terapeutas privados a ver pacientes borderline o suicidas. Es posible que el terapeuta necesite explorar recursos de salud mental públicos y privados de bajo costo, así como grupos de apoyo y asesoramiento de pares (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos). Si el terapeuta sabe al principio que la terapia tendrá un límite de tiempo, entonces la planificación de la derivación debe comenzar mucho antes del final de la terapia.

Comentarios Concluyentes

Mis pacientes a menudo me preguntan si alguna vez mejorarán, si alguna vez serán felices. Es una pregunta difícil de responder. Seguramente pueden mejorar y ser más felices después del tratamiento. Y sí, creo que la vida puede valer la pena incluso para una persona que alguna vez cumplió con los criterios de TLP. Sin embargo, estoy menos seguro que alguien puede superar por completo los efectos de los entornos extremadamente abusivos que muchos de mis pacientes han experimentado. Cierta cantidad de duelo puede ser necesaria durante toda su vida. Lo importante aquí no es catastrofizar esta realidad. Muchas personas a lo largo de la historia han tenido que enfrentar y aceptar eventos extraordinariamente

dolorosos; sin embargo, continuaron y desarrollaron vidas de calidad o satisfacción razonable. Por supuesto, cómo hacer esto no es completamente obvio, ni es fácil. La psicoterapia es solo una pequeña parte de los intentos realizados por la sociedad para enfrentar este dilema. Los límites de la psicoterapia pueden eludirse mediante la participación de la religión, de las prácticas espirituales, del estudio de la literatura, la historia o la filosofía, de las actividades comunitarias, etc. Es decir, se encontrarán muchas respuestas fuera de la psicoterapia.

Tampoco todos los individuos encontrarán y mantendrán las relaciones interpersonales amorosas, enriquecedoras y de apoyo que tan frecuentemente desean. Al menos, pueden no encontrar estas cualidades en una relación; incluso si establecen tal relación, puede no ser permanente. La relación con el terapeuta puede ser la mejor que un individuo encuentre, no necesariamente por deficiencias de su parte, sino porque la capacidad de nuestra sociedad para proporcionar una comunidad y una compañía es limitada, incluso para muchos de sus mejores miembros. La terapia grupal de apoyo después de la finalización de la terapia individual puede ser una buena opción para muchos pacientes borderline. Algunos pueden querer continuar en tales grupos indefinidamente; creo que esto debería ser alentado y apoyado. Con otros, el contacto continuo o intermitente con sus antiguos terapeutas puede ser muy importante.

CAPITULO 15

Estrategias Especiales De Tratamiento

Este capítulo tiene estrategias que responden a problemas específicos y a otros problemas que surgen durante el tratamiento con pacientes borderline. Al igual que las estrategias estructurales, estas estrategias requieren la combinación de estrategias estándares de una forma única y nueva. Aquí se analizan las estrategias integradoras para responder a lo siguiente: (1) crisis de pacientes, (2) conductas suicidas, (3) conductas que interfieren con la terapia del paciente, (4) llamadas telefónicas, (5) tratamientos auxiliares y (6) Problemas en la relación terapeuta-paciente.

ESTRATEGIAS DE CRISIS

Como se señala a lo largo de este libro, los pacientes con TLP a menudo se encuentran en estado de crisis con mucha frecuencia. Tal estado inevitablemente disminuye la capacidad de una paciente para usar las habilidades conductuales que ha estado aprendiendo. La excitación emocional interfiere con el procesamiento cognitivo, lo que limita la capacidad del paciente para concentrarse en cualquier otra cosa que no sea la crisis. En estos casos, el terapeuta debe emplear el formato de respuesta a las crisis descrito en esta sección.

En DBT ambulatorio estándar, la responsabilidad de ayudar a un paciente en crisis pertenece al terapeuta individual o primario. Otros terapeutas ambulatorios y miembros del equipo deben (1) referir a la paciente a su terapeuta principal, ayudándola a ponerse en contacto si es necesario con él o la terapeuta individual o primaria; y (2) ayudar a la paciente a aplicar habilidades de **tolerancia al malestar** hasta que llegue su terapeuta primario. Esta división del trabajo puede ser muy importante para tratar eficazmente a la paciente que llama a otros miembros del equipo de tratamiento cuando no puede localizar de inmediato a su terapeuta primario, o que "busca" una respuesta comprensiva cuando no le gusta la respuesta del terapeuta primario. Muchas de las estrategias de respuesta a las crisis descritas en la Tabla 15.1 discutidas a continuación pueden resultar útiles. DBT no recomienda, como una práctica habitual, un procedimiento "de guardia" en el que los pacientes en crisis puedan hablar con cualquier miembro del equipo que esté de guardia ese día. En otros entornos, como el tratamiento hospitalario o diurno, la responsabilidad de la intervención de crisis puede asignarse a otros miembros del equipo de tratamiento.

CUADRO 15.1. LISTA DE VERIFICACION DE ESTRATEGIAS DE CRISIS

-
- T atiende a las emociones no al contenido.
 - T explora el problema ACTUAL
 - T se centra en el tiempo que ha transcurrido desde el último contacto.
 - T identifica eventos clave que desencadenan las emociones actuales.
 - T formula y resume el problema.
 - T se centra en la RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.
 - T da consejos y hace sugerencias.
 - T enmarca posibles soluciones en términos de habilidades conductuales que P está aprendiendo.
 - T predice las futuras consecuencias de los planes de acción.
 - T confronta directamente las ideas o conductas desadaptativas de P.
 - T aclara y refuerza las respuestas adaptativas de P.
 - T identifica factores que interfieren con los planes de acción productivos.
 - T se centra en la TOLERANCIA A LAS EMOCIONES.
 - T ayuda a P a COMPROMETERSE con un plan de acción.
 - T evalúa el potencial suicida de P.
 - T anticipa la RECURRENCIA de la crisis.
-

1. PONER ATENCIÓN A LAS EMOCIONES EN LUGAR DE AL CONTENIDO

Prestar atención a las emociones del paciente en lugar del contenido de la crisis es especialmente importante cuando un paciente está emocionalmente excitado. Las técnicas para validar las experiencias emocionales se describen en el Capítulo 8. En resumen, un terapeuta debe identificar los sentimientos del paciente, comunicarle al paciente la validez de sus sentimientos, proporcionar una oportunidad para ventilar la emoción, reflejar verbalmente al paciente sus propias respuestas emocionales a los sentimientos del paciente, y ofrecer declaraciones reflexivas.

2. EXPLORAR EL PROBLEMA DE AHORA

Centrarse en el período de tiempo desde el último contacto

En un estado de alta excitación emocional, un individuo con frecuencia pierde la noción del evento que precipitó la respuesta emocional. Puede atender no solo el evento precipitante, sino a todos los eventos similares que ocurrieron en toda su vida o en las últimas semanas. Por lo tanto, un evento puede haber desencadenado la crisis, pero el paciente puede cambiar rápidamente de un tema a otro al tratar de comunicar lo que le está sucediendo. Un terapeuta debe concentrarse en ayudar al paciente a concentrarse en lo que sucedió exactamente desde el último contacto, en lugar de hablar sobre todos los eventos negativos en la vida del paciente.

Tratando de identificar el o los precipitantes claves de la crisis actual

Con frecuencia, un evento muy pequeño desencadenará una abrumadora respuesta de crisis. En estos casos, es crítico que el terapeuta ayude al paciente a identificar este evento precipitante. A menudo, la paciente enumerará toda una serie de eventos y condiciones inmanejables en su vida. El terapeuta debe escuchar y responder selectivamente, es decir, responder solo al material viable e ignorar aspectos irrelevantes y / o inmanejables de la historia. En este contexto, se le debe pedir a la paciente que sea concreta y específica al describir lo que le está sucediendo.

El terapeuta debe seleccionar una parte de la respuesta de la crisis del paciente, como sentirse abrumada, desesperada, angustiada, suicida, etc., y pedirle al paciente que indique exactamente cuándo comenzó esa respuesta, cuándo aumentó o disminuyó. Por ejemplo, si el sentimiento es terror, el terapeuta podría preguntar con frecuencia: "¿Sentiste terror en ese momento?" Si la respuesta es sí, el terapeuta podría seguir con "¿Y sentiste terror justo antes de que él dijera 'X, Y o Z'?" Si la respuesta es sí, el terapeuta retrocede en el tiempo "momento por momento" para encontrar el comentario o evento exacto que desencadenó el terror. Un poco más tarde en la historia, el terapeuta podría decir: "¿Y eso aumentó o disminuyó el terror?". La idea es vincular constantemente una respuesta específica a la crisis del paciente (o un conjunto de respuestas) a un evento específico o una serie de eventos.

Formulación y resumen de la situación problemática

La formulación y el resumen del problema pueden ser repetidos durante una sesión de crisis; un terapeuta debe enfocarse en llegar a un acuerdo en cuanto a la definición de los elementos principales del problema. Muy a menudo, el paciente se centrará en las soluciones al problema sin definirlo adecuadamente. Por supuesto, una solución principal a menudo presentada por el paciente es la conducta suicida. El terapeuta debe estar muy atento a la tendencia del paciente a declarar una conducta suicida como un problema y no como una solución.

Por lo tanto, el paciente puede decir: "El problema es que quiero suicidarme". El terapeuta debe comunicar enfáticamente y directamente que la conducta suicida no es un problema, sino más bien una solución a un problema. El terapeuta puede decir: "Está bien. Esa es una solución a un problema. Vamos a averiguar exactamente cuándo ese primer pensamiento de suicidarse entró en tu mente. ¿Cuándo lo pensaste por primera vez? ¿Qué lo desencadenó?" Una vez que se identifica ese momento, el terapeuta puede explorar qué pasa con ese evento que es tan problemático que provocó la necesidad de suicidarse. Para algunas personas, los pensamientos suicidas son simplemente respuestas aprendidas a cualquier evento problemático, o pueden haber intervenido emociones dolorosas o interpretaciones del evento. Como se puede ver, encontrar el evento precipitante suele ser la ruta más directa para resolver la situación problemática. Dicho análisis debe seguirse reformulando inmediatamente el problema y provocando y reforzando el acuerdo del paciente cuando sea posible.

3. ENFOQUE EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Una vez más, el terapeuta se enfrenta a intentar sintetizar puntos de vista contradictorios. El terapeuta debe ayudar al paciente a reducir las emociones negativas y aversivas, al mismo tiempo que ayuda al paciente a ver que la capacidad de soportar alguna emoción desagradable es necesaria para la reducción de la excitación. Si se utilizan técnicas de resolución de problemas aquí, casi siempre es esencial seleccionar un área pequeña de la crisis actual para llamar la atención. El paciente a menudo comunicará un intenso deseo de "hacer que todo esté bien ahora"; el terapeuta debe modelar y dividir un problema en partes pequeñas y tratar un aspecto a la vez. En la resolución de problemas durante una crisis, se debe seguir el siguiente procedimiento, además de las técnicas estándar de resolución de problemas descritas en el Capítulo 9.

Dando consejos y haciendo sugerencias directas

En DBT, el terapeuta funciona en múltiples roles (consultor, maestro, animador, etc.). Aunque es preferible adoptar el papel de consultor para ayudar al paciente a elegir entre varias respuestas alternativas que ha generado. Hay momentos en que el paciente simplemente no sabe qué hacer o no sabe cómo manejar una situación dada. En estos casos, es apropiado que el terapeuta brinde al paciente consejos concretos y haga sugerencias directas sobre posibles planes de acción. Esto es especialmente importante al tratar con un "paciente aparentemente competente. En tal caso, es muy común que un terapeuta asuma que el paciente realmente puede decidir qué hacer, pero simplemente carece de confianza en su propia capacidad. Es fácil cometer el error de negarse a aconsejar al paciente bajo la teoría errónea de que el paciente no lo necesita. Por lo tanto, es importante evaluar cuidadosamente las capacidades del paciente y respetar el conocimiento del paciente sobre sus propias capacidades. La pasividad del paciente no debe ser interpretado unilateralmente como falta de motivación, resistencia, falta de confianza o cosas similares, muchas veces, la pasividad es porque el paciente conoce que no tiene las habilidades adecuadas.

Ofreciendo una base de soluciones con las habilidades conductuales que el paciente está aprendiendo

Todos los problemas pueden resolverse de más de una manera; depende de la propia perspectiva. La capacidad de emplear la perspectiva de las habilidades conductuales para generar soluciones a problemas (eso es crucial en DBT). Por lo tanto, cuando la tolerancia al malestar es el módulo de tratamiento actual (o un conjunto de habilidades que el terapeuta desea que el paciente practique), una crisis puede verse como una ocasión en la que se necesita tolerancia al malestar. Si la efectividad interpersonal es el enfoque, el problema puede enmarcarse en relación con las acciones interpersonales. En general, los eventos se convierten en "problemas" porque están asociados con respuestas emocionales aversivas; una solución podría ser que el paciente cambie su respuesta emocional a la situación. Una respuesta efectiva podría ser emitida en términos de habilidades de atención plena. La capacidad de aplicar cualquiera de las habilidades conductuales a cualquier situación problemática es a la vez importante y muy difícil. Los terapeutas deben conocer las habilidades conductuales por dentro y por fuera, y ser capaces de pensar en ellas rápidamente durante una crisis.

Un ejemplo puede ser útil aquí. Supongamos que una paciente acude a una sesión y durante la revisión de su semana comienza a llorar, diciendo que simplemente no puede hablar de su semana porque es demasiado molesta. El terapeuta puede tomar cualquiera de los siguientes caminos. Primero, el terapeuta puede comentar que el paciente parece estar experimentando una gran angustia y puede alentarla a que se concentre en las habilidades que podría usar en este mismo momento para tolerar el dolor que está sintiendo; (de hecho, para tolerarlo lo suficientemente bien como para sumergirse en una discusión de esa semana). Segundo, el terapeuta puede enfocar la discusión en ayudar a la paciente a evaluar sus objetivos en este momento al interactuar con el terapeuta. ¿Qué habilidades interpersonales podría usar en este momento para cumplir sus objetivos? ¿Qué necesita decir o hacer para que se sienta bien consigo misma cuando termine esta interacción? ¿Cómo quiere que el terapeuta se sienta acerca de ella una vez que termine esta interacción y qué podría decir o hacer para ser efectiva aquí? Tercero, el terapeuta puede enfocar la discusión en identificar la emoción actual y generar ideas sobre cómo sentirse mejor en este momento. Finalmente, dependiendo de qué habilidad se enseña (o qué necesita practicar), el terapeuta puede sugerir que se concentre en observar o describir su estado actual o que intente responder a sí misma en este momento sin juzgar; que vuelva a centrar su atención en este momento y en la tarea en cuestión; o que ella ahora considere lo que necesite hacer para concentrarse en lo que "funciona".

Predecir las consecuencias futuras de varios planes de acción

Los pacientes suicidas y con TLP a menudo se centran en ganancias a corto plazo e ignoran las consecuencias a largo plazo de sus elecciones conductuales. Un terapeuta debe instar a una paciente a centrarse en las consecuencias a largo plazo de su conducta. Se debe ayudar al paciente a examinar los pros y los contras de varias alternativas de acción en términos de su efectividad para lograr objetivos, mantener relaciones interpersonales y ayudar al paciente a respetarse y sentirse mejor consigo mismo.

Enfrentando las ideas o la conducta del paciente directamente

En medio de una crisis y una gran excitación emocional, es inusual que un paciente pueda examinar con calma los pros y los contras de varios planes de acción. Cuando el terapeuta cree que un curso de acción tendrá efectos perjudiciales, debe confrontar al paciente directamente sobre los resultados de su elección conductual. Con frecuencia, las elecciones estarán vinculadas a creencias poco realistas por parte del paciente; en estos casos, las creencias del paciente también deben ser confrontadas. Cuando el terapeuta confronta a un paciente que se encuentra en un estado de excitación emocional intensa, el paciente

responderá con frecuencia con declaraciones que indican que el terapeuta realmente no comprende su situación. En estos casos, es útil expresar la comprensión y la validación del dolor que experimenta el paciente, y seguir indicando la creencia de que una opción de acción alternativa, aunque dolorosa, sería preferible a largo plazo.

Aclarando y reforzando las respuestas adaptativas

Cuando un paciente comienza a aprender respuestas cognitivas y conductuales adaptativas, estas respuestas deben reforzarse. Durante una crisis, es beneficioso prestar atención a las respuestas o ideas adaptativas generadas, para ayudar a aclararlas y luego reforzar estas respuestas. En otras ocasiones, el terapeuta puede referirse a otras ocasiones en que el paciente ha lidiado con situaciones similares de manera adaptativa y puede alabar tales conductas.

Identificar factores que interfieren con los planes de acción productivos

Una vez que el paciente y el terapeuta han identificado un plan de acción que parece productivo, el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar los factores que pueden interferir con el plan. Si se descuida este paso, es probable que el paciente experimente un fracaso; y, en consecuencia, la resolución de problemas en el futuro será más difícil. La identificación de los factores que interfieren con los planes productivos debe seguirse, por supuesto, mediante una discusión adicional sobre cómo se pueden resolver estos problemas.

4. ENFOQUE EN LA TOLERANCIA EMOCIONAL

En general, el paciente comunicará al terapeuta su incapacidad para tolerar la crisis: no solo es abrumadora, sino que no puede soportarla. Al validar el dolor del paciente, el terapeuta también debe confrontar directamente al paciente con la necesidad de tolerar la emoción negativa. Con frecuencia es útil hacer una declaración como esta: "Si pudiera quitarte el dolor, lo haría. Pero no puedo. Parece que tú tampoco. Lo siento por el dolor que estás sintiendo, pero por el momento tienes que tolerarlo. Superar el dolor es la única salida". No debe esperarse que el paciente empatice con este punto de vista en las primeras etapas de la terapia. Sin embargo, esto no debería disuadir al terapeuta de hacer estas afirmaciones repetidamente a lo largo de estas etapas.

5. OBTENCIÓN DEL COMPROMISO CON UN PLAN DE ACCIÓN

El terapeuta debe hacer todo lo posible para convencer al paciente de que acuerde un plan de acción que especifique lo que el paciente y el terapeuta harán ahora y después. Se debe negociar un contrato explícito de tiempo limitado, que incluya demandas o requisitos que el paciente debe cumplir antes del próximo contacto. En otras palabras, el terapeuta debe comunicarle a la paciente que está obligada a tomar los pasos acordados para comenzar a resolver sus crisis actuales.

6. EVALUACIÓN DEL POTENCIAL SUICIDA

Al final de cada interacción de una crisis, el terapeuta debe reevaluar el riesgo de suicidio del paciente. El paciente puede comenzar tal interacción diciendo que se va a suicidar, lesionar o realizar alguna otra acción destructiva. A pesar de los mejores esfuerzos de un terapeuta, el paciente aún puede mantener este punto de vista al final de la interacción. El terapeuta debe verificar si la crisis se ha aliviado lo suficiente como para que la paciente crea que puede abstenerse de suicidarse entre esta interacción y el próximo contacto. Si el paciente no puede aceptar esto, el terapeuta debe pasar a las estrategias de conducta suicida, que se describen a continuación.

7. ANTICIPANDO UNA RECURRENCIA DE UNA CRISIS

Juntos, el terapeuta y el paciente a menudo formularán un plan de acción que promete reducir los sentimientos actuales del paciente de estar abrumado. Aunque estos planes de hecho pueden ser bastante útiles, el paciente experimentará un resurgimiento del afecto abrumador (después de un corto período de tiempo). Por lo tanto, durante una crisis, el terapeuta debe asumir la responsabilidad de ayudar al paciente a planificar o estructurar su tiempo entre el contacto actual y el siguiente contacto. Se debe advertir al paciente que es muy probable que los sentimientos aversivos reaparezcan y que se deben planificar varias estrategias para hacer frente a tales sentimientos.

ESTRATEGIAS DE CONDUCTA SUICIDA

El tratamiento de individuos suicidas requiere un protocolo estructurado para responder a las conductas suicidas, incluidos las conductas de crisis suicidas, amenazas de suicidio o parasuicidio, ideación suicida que insta a participar en el parasuicidio. Este protocolo puede implementarse dentro o después de una sesión de tratamiento, por teléfono, en un entorno hospitalario o (con menos frecuencia) en el entorno ordinario del terapeuta o del paciente. La información sobre la conducta suicida puede ser comunicada espontáneamente al terapeuta, puede ser obtenida del paciente mediante preguntas o puede obtenerse a través de llamadas telefónicas al terapeuta u otros profesionales o de individuos preocupados en el entorno del paciente.

La tarea terapéutica

La tarea del terapeuta al responder a la conducta suicida es doble: (1) responder de manera lo suficientemente activa como para evitar que la paciente se mate o se lastime gravemente; y (2) responder de una manera que reduzca la probabilidad de una conducta suicida posterior. Los requisitos de estas dos tareas a menudo entran en conflicto. Una tensión dialéctica surge entre las demandas de mantener a un paciente seguro y las demandas de enseñarle al paciente patrones de conducta que harán que valga la pena mantenerse con vida. Para complicar todo esto, hay temores de casi todos los terapeutas que piensan que son responsables de la muerte de un paciente si se da un paso en falso o se comete un error. Las estrategias que se describen a continuación están diseñadas para abordar tanto las necesidades terapéuticas del paciente como los límites del terapeuta.

La forma en que un terapeuta responde a cualquier caso de conducta o amenaza suicida siempre se verá mitigada por las características individuales del paciente, su situación y la relación terapéutica. Solo hay tres reglas arbitrarias en DBT con respecto a la conducta suicida (que, por supuesto, debe comunicarse al paciente durante la orientación del tratamiento). Primero, los actos parasuicidas y las conductas de crisis suicidas siempre se analizan en profundidad; nunca son ignorados. En segundo lugar, una paciente que participa en actos parasuicidas no puede llamar a su terapeuta durante las 24 horas posteriores al acto, excepto en una emergencia médica en la que necesita que el terapeuta le salve la vida. Incluso entonces, el paciente debe llamar a los servicios de emergencia y no al terapeuta. Tercero, los pacientes potencialmente letales no reciben medicamentos letales. (Este último punto se analiza más adelante en las estrategias de tratamiento auxiliar).

Las estrategias para conductas suicidas deben implementarse en al menos cuatro situaciones: (1) La paciente informa previamente la conducta suicida a su terapeuta individual o primario durante una sesión de terapia individual (y no tiene ningún riesgo médico en ese momento); (2) la paciente amenaza con un inminente suicidio o parasuicidio a su terapeuta primario; (3) el paciente participa en conductas parasuicidas mientras está en contacto con su terapeuta primario, o lo contacta inmediatamente después de un acto parasuicida; (4) el paciente informa o amenaza la conducta suicida a un terapeuta colateral. Cuando el paciente está en crisis y también es suicida, las estrategias de crisis recién descritas deben integrarse con los pasos descritos en esta sección y resumirse en la Tabla 15.2.

TABLE 15.2. Lista de verificación de estrategias para las conductas suicida

PARA EL TERAPEUTA PRIMARIO, CUANDO HAYA OCURRIDO CRISIS SUICIDA / CONDUCTA PARASUICIDA:

- T no tiene contacto telefónico con P durante 24 horas después de un incidente (excepto en una emergencia médica); la conducta se discute en la próxima sesión de terapia individual).
- T EVALÚA la frecuencia, intensidad y gravedad de la conducta suicida.
- T hace un ANÁLISIS EN CADENA sobre la conducta.
- T discute SOLUCIONES ALTERNATIVAS VERSUS TOLERANCIA.
- T centra la atención en los EFECTOS NEGATIVOS de la conducta suicida
- T REFUERZA las respuestas no suicidas.
- T ayuda a P COMPROMETERSE a un plan de conducta no suicida.
- T VALIDA el dolor de P.
- T CONECTA la conducta actual al patrón conductual general.

CUANDO OCURREN AMENAZAS DE SUICIDIO INMINENTE O PARASUICIDA EL TERAPEUTA PRIMARIO:

- T EVALÚA el riesgo de suicidio o parasuicidio.
 - T utiliza factores que conoce y que se relacionan con la conducta suicida para prever el riesgo a largo plazo.
 - T utiliza factores que conoce y que se relacionan con la conducta suicida inminente para predecir el riesgo inminente.
 - T es efectivo, se mantiene disponible y utiliza una hoja de planificación de crisis.

- T conoce la probable letalidad de varios métodos de suicidio / parasuicidio.
- T consulta con los servicios de emergencia o el consultor médico sobre el riesgo médico de los métodos planificados y / o disponibles.
- T RETIRA u obtiene y elimina elementos letales para P
- T da INSTRUCCIONES EMPÁTICAS a P para no cometer suicidio o parasuicidas.
- T mantiene la posición de que el suicidio NO ES UNA BUENA SOLUCIÓN.
- T genera declaraciones y soluciones ESPERANZADORAS.
- T mantiene el CONTACTO y sigue el PLAN DE TRATAMIENTO cuando el riesgo de suicidio es inminente y alto.
 - T es más activo cuando el riesgo de suicidio es alto.
 - T generalmente no interviene activamente para prevenir el parasuicidio a menos que el riesgo médico sea alto.
 - T es más conservador con la nueva P.
 - T evalúa si la conducta suicida es la conducta del paciente.
 - T intenta detener los eventos provocadores.
 - T enseña a P cómo prevenirlos en el futuro.
 - T evalúa si la conducta suicida es una conducta operante
 - T busca una respuesta que cumpla con los requisitos del plan de tratamiento y que también sea una contingencia natural.
 - T proporciona una contingencia algo aversiva, una respuesta terapéutica que no es una respuesta de refuerzo.
 - T busca una respuesta óptima, que sea natural, que reduzca los factores desencadenantes (conducta del demandante) y que el refuerzo sea mínimo (conducta operante).
 - T intenta obtener una mejor conducta de P antes de intervenir activamente.
 - T es flexible en las opciones de respuesta consideradas.
 - Si T considera una intervención involuntaria, T es honesto sobre las razones para hacerlo.
- T ANTICIPA una recurrencia.
- T COMUNICA el riesgo de suicidio de P a otros en su red.

PARA TERAPEUTAS PRIMARIOS, CUANDO EL ACTO PARASUICIDA SE REALIZA DURANTE EL CONTACTO O ACABA DE REALIZARSE:

- T EVALÚA EL RIESGO MÉDICO POTENCIAL de la conducta, consultando con los servicios locales de emergencia u otros recursos médicos para determinar el riesgo cuando sea necesario.
 - T evalúa la capacidad de P para obtener tratamiento médico por su cuenta.
 - T determina la presencia de otras personas cercanas.
- Si existe una emergencia médica, T ALERTA a las personas cerca de P y LLAMA A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA.
 - T vuelve a llamar a P y permanece en contacto hasta que llega la ayuda.
- Si se requiere tratamiento médico que no sea de emergencia, y P está dispuesto, T ENTRENA a P para obtener tratamiento médico.
 - T le indica a P que llame y se registre desde el sitio del tratamiento médico, limitando la llamada para resumir el tratamiento y el estado médico.
- Si se requiere tratamiento médico que no sea de emergencia, y P no está dispuesto a obtenerlo, T usa ESTRATEGIAS PARA RESOLVER PROBLEMAS.
 - T no acepta un no por respuesta
 - T resuelve los temores de P sobre la hospitalización involuntaria.
 - T entrena a P sobre cómo interactuar con profesionales médicos.
 - T les dice a los profesionales auxiliares que sigan sus procedimientos normales.
 - T interviene, si es necesario, para prevenir la hospitalización involuntaria.
- Si está claro que no se necesita atención médica, TENGA EN CUENTA LA REGLA DE 24 HORAS.

PARA TERAPEUTAS COLATERALES:

- T mantiene a P SEGURO
 - El entrenador de habilidades ayuda a P a aplicar habilidades conductuales hasta que se pueda contactar con T.
 - T consulta la farmacoterapia a P, sobre los ajustes de medicación que pueden ayudar hasta que se pueda contactar a la persona.
 - El personal hospitalario Terapéutico utiliza estrategias de intervención en crisis, resolución de problemas y / o entrenamiento de habilidades hasta la próxima cita de P con el T individual.
- T REFIERE a P a otro T individual o primario.

CONDUCTAS SUICIDAS ANTERIORES: PROTOCOLO PARA EL TERAPEUTA PRIMARIO

Un paciente puede ofrecer voluntariamente información sobre la conducta suicida previa durante cualquier interacción terapéutica, incluidas las conversaciones telefónicas, la adquisición de habilidades o el proceso de sesiones de terapia grupal o sesiones de terapia individual. Las tarjetas de diario DBT recopiladas al comienzo de cada sesión de terapia individual solicitan información sobre la ideación diaria de suicidio e instan a comunicar el parasuicidio, y también preguntan si el paciente realmente participó o no en un acto parasuicida desde la sesión de terapia individual anterior. Sin falta, el terapeuta debe revisar esta información al comienzo de cada sesión de terapia individual. La forma en que el terapeuta responde a los informes de las conductas suicidas anteriores influirá en la probabilidad de conductas suicidas posteriores. Se necesita tener mucho cuidado.

Si se han producido conductas de crisis suicidas (por ejemplo, amenazas de suicidio) o actos parasuicidas desde la última sesión de terapia individual, se implementan estrategias de resolución de problemas. Sin embargo, los análisis detallados de conductas suicidas anteriores solo se realizan durante las sesiones individuales. Si el terapeuta principal escucha entre sesiones (del paciente u de otra fuente) sobre conductas parasuicidas previas o crisis de suicidio, incluidas amenazas hechas u otros, la intervención dirigida a esa conducta debe posponerse hasta la próxima sesión, a menos que el paciente esté en peligro de más conductas o está en riesgo médico.

El primer paso para responder a la conducta parasuicida previa es realizar una evaluación detallada y exhaustiva de la conducta. Esta evaluación siempre se realiza durante la siguiente sesión de terapia individual (aunque su tiempo dentro de la sesión es opcional). A veces, el análisis conductual puede tomar una sesión completa; generalmente tomará al menos 15 a 20 minutos. (Si es más corto, es probable que el terapeuta o el paciente eviten el tema). A continuación, se realiza un análisis de solución o se entrelaza. El terapeuta y el paciente examinan qué otras conductas podrían haberse empleado o podrían usarse la próxima vez. A menudo se pueden identificar varios puntos en los que una respuesta diferente podría haber conducido a un resultado diferente. Los análisis conductuales y las soluciones conducen, de manera óptima, a la planificación de prevención de recaídas, como un enfoque desarrollado por Alan Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985) para el tratamiento de alcohólicos.

Simplemente no hay excepciones en la implementación de estas estrategias. Su uso no depende de si una conducta es médicamente grave o de alto riesgo versus menos grave o de menor riesgo; sobre el estado de ánimo o la cooperación del paciente (o el estado de ánimo del terapeuta); o sobre si surgieron otras crisis más inmediatas desde la conducta suicida. Las estrategias tampoco se cortocircuitan si la paciente dice que no recuerda o no sabe la respuesta a una pregunta. En tales casos, el terapeuta simplemente analiza lo que condujo al punto donde la memoria del paciente se ha desvanecido, y retoma en el siguiente punto en el tiempo. Si no se produce una conducta cooperativa, el terapeuta vuelve a las estrategias de compromiso (consulte el Capítulo 9) o a las estrategias de conducta que interfieren con la terapia (descritas a continuación). Si el tiempo es corto, el terapeuta debe acortar el análisis de la solución a favor del análisis conductual. Si existe una conducta actual de crisis suicida que debe ser atendida de inmediato, la siguiente conducta de crisis suicida o parasuicidio es el siguiente en la lista de prioridades, incluso si debe esperar la próxima sesión.

Con el tiempo, los análisis conductuales irán más rápido a medida que se aclaren los precipitantes típicos de las conductas suicidas. Sin embargo, los terapeutas a largo plazo deben tener cuidado de asumir las conductas suicidas actuales sobre la base de información de conductas pasadas. Los determinantes de las conductas suicidas pueden y cambian con el tiempo.

Como he discutido en los capítulos 9 y 10, el análisis conductual (y, en menor medida, el análisis de soluciones) puede considerarse el uso de la corrección y sobrecorrección de la conducta y procedimientos de gestión de contingencias. Discutir

conductas de crisis suicidas y parasuicidas pasadas puede ser aversivo por varias razones. Requiere esfuerzo; la paciente tiene que enfocar su atención, en lugar de hablar de lo que le viene a la mente sin esfuerzo. A menudo, la vergüenza se asocia con pensar y hablar sobre acciones suicidas. Hablar sobre conductas suicidas también significa que otros temas importantes para el paciente pueden no discutirse debido a limitaciones de tiempo.

Si no se han producido conductas de crisis de parasuicidas o suicidas desde la última sesión, el terapeuta debe centrarse en cualquier ideación de suicidio o preguntar sobre alguna idea de parasuicidio que se ha producido, así también preguntar sobre los componentes cognitivos y afectivos de la conducta suicida. La cantidad de tiempo y atención dedicados a la discusión de la ideación y los impulsos rara vez es tan extensa como la que se otorga a las conductas de crisis suicidas y al parasuicidio. A veces solo se necesita una o dos preguntas, o un comentario destacado. Los niveles bajos de estas conductas no se abordan en todos los casos; de lo contrario, habría poco tiempo para prestar atención a otros objetivos.

El refuerzo de las respuestas no suicidas a eventos que previamente provocaron una respuesta suicida es crucial hasta que los cambios se estabilicen. A veces, sin embargo, la única evidencia de estas respuestas no suicidas es la ausencia o disminución de las conductas suicidas. En mi experiencia, muchos terapeutas tienen grandes dificultades para dedicar tiempo a conductas suicidas que no ocurren. Dado que todo el tema es tan aversivo tanto para un paciente como para un terapeuta, que a menudo parece más fácil ignorarlo. Sin embargo, un análisis de cómo el paciente realmente evita las conductas suicidas, especialmente en presencia de una alta ideación suicida, impulso parasuicida y / o miseria general, puede ser extremadamente útil para brindar oportunidades para que el terapeuta refuerce las conductas alternativas de resolución de problemas. La atención debe desaparecer con el tiempo para asegurar que la resistencia a las conductas suicidas quede bajo el control de los reforzadores naturales.

Dentro de la sesión individual, se deben seguir los siguientes pasos.

1. EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA, INTENSIDAD Y GRAVEDAD DE LA CONDUCTA SUICIDA

El primer paso para responder a la conducta suicida previa de una paciente es obtener información detallada y descriptiva. Cuando se han producido conductas de crisis suicidas en una interacción con el terapeuta, estas conductas se revisan para asegurarse de que haya un acuerdo sobre cuáles fueron las conductas, incluido lo que se dijo, cómo se dijo y cualquier otra actividad involucrada (escribir una nota de suicidio, obtención de medios letales, etc.). Si la amenaza de suicidio se hizo a otros profesionales de salud mental, una descripción exacta de lo que se dijo, se hizo y cómo se dijo. Las notas descriptivas de los casos deben escribirse después de la sesión.

Con respecto a los actos parasuicidas, el terapeuta evalúa la naturaleza exacta de la conducta autolesiva (por ejemplo, dónde y qué tan profundo fue el corte, exactamente qué productos químicos o drogas se ingirieron y cuánto), el contexto ambiental (solo o con otros), los efectos físicos, la atención médica necesaria, la presencia de ideas suicidas que lo acompañan y las intenciones conscientes que el paciente puede recordar. El terapeuta debe evaluar cuidadosamente la letalidad real o el riesgo médico del episodio parasuicida. Se pueden utilizar los puntos de escala enumerados en el Apéndice 15.1. Esta escala, desarrollada por Smith, Conroy y Ehler (1984) y luego actualizada por Bongar (1991), puede ser utilizada de manera confiable por médicos y no médicos y no depende de la disposición del paciente para discutir con precisión su "intención" en el momento del episodio parasuicida. Las instrucciones para el uso de la escala fueron proporcionadas por Smith et al. Y también han sido actualizados por Bongar.

Se debe explorar la frecuencia e intensidad emocional de la ideación suicida desde el último contacto. Como se señaló anteriormente, la ideación suicida continua y los impulsos parasuicidas no siempre necesitan ser discutidos; sin embargo, se deben explorar cambios significativos (aumentos o disminuciones), aunque solo sea brevemente. Periódicamente, el terapeuta debe evaluar si el paciente ha hecho planes para intentar suicidarse y si tiene los medios necesarios para llevarlo a cabo; se debe obtener información similar con respecto a los impulsos parasuicidas. Es particularmente importante mantenerse al tanto de si el paciente está obteniendo o no implementos parasuicidas (acumulando drogas, cargando navajas de afeitar, etc.). Una sospecha saludable es útil a veces.

2. REALIZAR UN ANÁLISIS EN CADENA

Se debe llevar a cabo un análisis en cadena con mucho detalle, momento por momento. El terapeuta debe obtener suficientes detalles para aclarar los eventos ambientales, las respuestas emocionales y cognitivas, y las acciones abiertas que condujeron a la conducta crítica, así como las consecuencias de la conducta (y, por lo tanto, las funciones que desempeñó). El punto de

partida del análisis es el momento en que el paciente identifica el comienzo de la crisis suicida, o el momento del primer pensamiento o impulso de suicidarse, o la amenaza de suicidarse o participar en una conducta parasuicida. Una evaluación tan detallada y específica puede ser preguntarles: "¿Y se te ocurrió la idea del suicidio en ese momento o antes?", "En ese momento, sentías que querías suicidarte, ¿o ese sentimiento surgió más tarde?", o "dijiste que te sentías suicida porque te estaba dejando por otra mujer. ¿Ese sentimiento (querer suicidarte o estar muerto) comenzó en el momento en que dijo que se iba?, o ¿comenzaste a pensar en eso o a pensar en lo que significa para ti y luego comenzaste a sentirte suicida?" - resalte que (al contrario de lo que cree el paciente) las respuestas suicidas no son respuestas necesarias para el momento en discusión. Se debe seguir el modelo de evaluación establecido en el Capítulo 9.

3. DISCUTIR SOLUCIONES ALTERNATIVAS VERSUS TOLERANCIA

Una vez que se ha identificado la situación problemática, el terapeuta y el paciente deben discutir soluciones alternativas a la situación problemática que el paciente podría haber utilizado. El terapeuta siempre debe sugerir que una solución al problema podría haber sido simplemente tolerar las consecuencias dolorosas, incluido el afecto negativo que la situación ha generado. Además, debe enfatizarse que siempre hay más de una solución posible incluso para el problema más difícil. Se debe seguir el modelo para el análisis de soluciones establecido en el Capítulo 9.

4. ENFOQUE EN LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

El terapeuta debe enumerar u obtener del paciente los efectos negativos reales o potenciales de la conducta suicida. Las estrategias y procedimientos utilizados aquí son los de análisis de soluciones, clarificación de contingencias y, a veces, comunicación recíproca. Es importante que el paciente comience a ver las consecuencias interpersonales negativas tanto de las conductas de las crisis suicidas como de los actos parasuicidas. La paciente puede necesitar una ayuda considerable para comprender el impacto emocional de su conducta en los demás, así como la seriedad con la que otros ven la conducta suicida. Las estrategias de comunicación recíproca se pueden utilizar para dar retroalimentación al paciente sobre cualquier impacto negativo de las conductas suicidas en la relación terapéutica o en los sentimientos y actitudes del terapeuta hacia el paciente.

Incluso si la conducta se realizó en privado y los efectos ambientales negativos no son inmediatamente obvios, el terapeuta debe señalar que a largo plazo la conducta suicida no funcionará como un medio para resolver problemas, incluso si alivia temporalmente los estados afectivos dolorosos y puede obtener la ayuda necesaria del medio ambiente. Debe discutirse los efectos negativos de la conducta suicida en la autoestima del paciente. En el caso de la ideación suicida, el terapeuta debe abordar el hecho de que pensar en el suicidio en respuesta a problemas de la vida solo sirve para escapar o desviar la atención en la resolución de problemas. Amenazar con suicidarse o prepararse para el suicidio también puede desviar al paciente para encontrar soluciones más efectivas, así como crear más consecuencias negativas.

5. REFORZAR RESPUESTAS NO SUICIDAS

Es importante reforzar al paciente cuando hace frente a situaciones problemáticas con otras formas de conductas que no son las crisis suicidas o parasuicidas. Deben aplicarse los procedimientos descritos en el Capítulo 10. Los reforzadores pueden incluir una mayor calidez del terapeuta, una sesión terapéutica más ambiental y control sobre el uso del tiempo de la sesión. La atención y la retroalimentación positiva son generalmente efectivas aquí, pero el terapeuta debe tener mucho cuidado de que los elogios no se interpreten como una falta de preocupación por la continua angustia emocional del paciente. Los informes del paciente de alta miseria, pero baja ideación suicida o urgencia parasuicida, deben recibir tanto cuidado y preocupación como la alta ideación suicida. Si el paciente tiene que continuar con la conducta suicida para generar preocupación y ayuda terapéutica activa, indudablemente continuarán las conductas suicidas. Además, es posible que el paciente necesite asegurarse de que la terapia no terminará solo porque su conducta suicida está mejorando.

6. OBTENCIÓN DEL COMPROMISO CON UN PLAN DE CONDUCTA NO SUICIDA

El terapeuta debe ayudar al paciente a hacer planes de conducta para evitar conductas suicidas en el futuro cuando se encuentre con situaciones problemáticas similares. Nuevamente, se deben utilizar las estrategias de análisis de soluciones descritas en el Capítulo 9. Con frecuencia, el paciente mantendrá que no hay solución al problema, excepto la conducta suicida. Dos respuestas son posibles. Primero, el terapeuta puede revisar con el paciente su compromiso de hacer todo lo posible para evitar la conducta suicida. En segundo lugar, el terapeuta puede generar otras conductas alternativas y obtener un compromiso del paciente para probar dichas conductas de manera experimental. Una conducta alternativa es que el paciente solicite ayuda antes de participar en conductas suicidas.

7. VALIDANDO EL DOLOR DEL PACIENTE

No importa cuán irrazonable pueda parecer la conducta suicida, el terapeuta siempre debe tener cuidado de expresar la comprensión de los sentimientos de dolor psicológico insoportable que llevaron al paciente a participar en un parasuicidio o considerar el suicidio. Es bastante fácil dejarse llevar por la invalidación de la conducta suicida como solución a los problemas y descuidar la validación de los sentimientos que llevaron a la conducta. Shneidman (1992) pone esta perspectiva de manera más elocuente:

El suicidio se entiende mejor como un movimiento combinado hacia el cese y el alejamiento de la angustia intolerable, insoportable e inaceptable. Es el dolor psicológico del que estoy hablando; "metadolor", el dolor de sentir dolor. Desde un punto de vista psicodinámico tradicional, la hostilidad, la vergüenza, la culpa, el miedo, la protesta, el anhelo de unirse a un ser querido fallecido, y similares, se han identificado individualmente y en combinación ha sido identificado como el (los) factor (es) raíz (s) en el suicidio. No es ninguno de estos; más bien, es el dolor involucrado en alguno o en todos ellos. (pág. 54)

El parasuicidio difiere del suicidio solo en la medida en que el movimiento hacia el cese (es decir, la muerte) puede o no estar presente.

8. RELACIONANDO LA CONDUCTA ACTUAL CON PATRONES GENERALES

El terapeuta debe ayudar al paciente a ver patrones de conducta suicida que están ocurriendo. Las estrategias de comprensión (interpretación), descritas en el Capítulo 9, constituyen el modelo aquí. Una vez que tales patrones se vuelven claros, el terapeuta y el paciente pueden centrar más atención en aprender cómo generar los resultados deseados de manera no suicida o cómo manejar las situaciones problemáticas de manera más efectiva.

AMENAZAS DE SUICIDIO INMINENTE O PARASUICIDIO: PROTOCOLO PARA EL TERAPEUTA PRIMARIO

Se requiere una respuesta activa cuando un paciente comunica directa o indirectamente un intento de suicidio o de participar en un acto parasuicida no letal. Dichas comunicaciones pueden ocurrir en condiciones de crisis, y el terapeuta se enfrenta a determinar el riesgo inmediato, posiblemente en un momento inconveniente y por teléfono. En otros casos, la intención del paciente de participar en un parasuicidio o suicidarse puede comunicarse durante una sesión de tratamiento programada, con la conducta suicida amenazando que ocurrirá muy pronto (por ejemplo, ese día) o solo si ocurre algún evento futuro (por ejemplo, un rechazo anticipado o fracaso de la terapia). En caso de amenaza, se deben llevar a cabo los siguientes pasos.

1. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO O PARASUICIDIO

Dos tipos de evaluación de riesgos son cruciales: riesgo a corto plazo o inminente y riesgo a largo plazo. Las preguntas en la evaluación del riesgo a largo plazo son si la persona pertenece a un grupo con alto riesgo de suicidio o parasuicidio. El cumplimiento de los criterios para TLP, por ejemplo, aumenta el riesgo a largo plazo para ambos. Ser mujer aumenta el riesgo de parasuicidio y disminuye el riesgo de suicidio. La edad se correlaciona positivamente con el suicidio y negativamente con el parasuicidio. Los factores relacionados con el riesgo a largo plazo para el suicidio y el parasuicidio se enumeran en la Tabla 15.3; estos factores de riesgo se analizan más ampliamente en Linehan (1981) y Linehan y Shearin (1988). Los factores que son útiles para evaluar el riesgo de suicidio inminente y parasuicida se enumeran en la Tabla 15.4 y también se analizan ampliamente en Linehan (1981). Bongar (1991) y Maris, Berman, Maltzberger y Yufit (1992) también proporcionan excelentes revisiones de las estrategias de evaluación de riesgos. Los terapeutas deben tener los factores de riesgo tan firmemente comprometidos con la memoria que están disponibles para recuperarlos en cualquier momento. No es posible buscarlos en medio de una crisis.

CUADRO 15.3. Factores asociados con el riesgo a largo plazo de suicidio o parasuicidio

FACTOR	PARASUICIDIO	SUICIDO
I. Características ambientales		
A. Cambios en la vida	Perdidas	Perdidas; duelos
	Rupturas de relaciones	
	Separaciones	
	Más eventos de cambios	
		Alta del hospital psiquiátrico (dentro de 6-12 meses)
		Eventos adversos después del alta
B. Soporte social		
1. Trabajo	ausentismo	ausentismo
2. Tasas matrimoniales	Solteras > casadas	Solteras > casadas
3. Familia	Hostilidad	Menos disponible
4. Contacto interpersonal	Pocos o falta de confidentes	Bajo / vive solo
C. Modelos	Socialmente vinculado a otros parasuicidas	Tasa de suicidio familiar más alta
	Mayor después de la publicidad generalizada del suicidio	Mayor después de la publicidad generalizada del suicidio
D. Métodos disponibles	Disponible	Disponible
II. Características demográficas		
A. Sexo	Femenino > masculino	Masculino> mujer (casi igual entre pacientes psiquiátricos)
B. Edad	Disminuye con la edad	Aumenta con la edad (disminuye con la edad para los negros, hispanos, nativos americanos)
C. Raza	Sobrerrepresentados los que no eran de raza blanca.	Blanco> no blanco
III. Características conductuales		
A. Cognición		
1. Estilo	Rígido	
	Posiblemente impulsivo	
	Mala resolución de problemas	
	Pasivo en la resolución de problemas	
2. Contenido	Posiblemente sin esperanza	Sin esperanza
	Impotente	
	Autoconcepto negativo	
B. Fisiológica/Afectiva		
1. Afectividad	Enojado, hostil	Apático, anhedónico
	Deprimido	Deprimido
	Insatisfecho con el tratamiento.	Indiferente al tratamiento.
	Alta preferencia por afiliación y afecto.	Posiblemente dependiente, insatisfecho
	Incómodo con la gente	Ansiedad psíquica, ataques de pánico.
2. Somática	Posiblemente mala salud	Mala salud (aumenta con la edad)

		Insomnio
	Baja tolerancia a la frustración	Baja tolerancia al dolor
		Suicidio en pariente biológico
C. Conducta abierta		
	Baja participación social	Baja participación social
1. Interpersonal	Menos probabilidades de pedir ayuda	Menos probabilidades de pedir apoyo o atención
	Alta fricción y conflicto	Información mezclada entre fricción y conflicto
	20-55% de parasuicidas previos	20-55% de parasuicidios previos
2. Conducta General	Abuso de alcohol y drogas.	Abuso de alcohol y drogas.
		Conducta criminal (hombres jóvenes)
	Desempleados	Desempleados/jubilados

CUADRO 15.4. Factores asociados con el Riesgo Inminente de Suicidio o Parasuicidio

- I. Índice directo de riesgo inminente de suicidio o parasuicidio
 1. Ideación suicida
 2. Amenaza suicida
 3. Planificación y/o preparación suicida
 4. Parasuicidio el año pasado.
- II. Índices Indirectos de riesgo inminente de suicidio o parasuicidio
 5. El paciente está en la población de riesgo suicida o parasuicida
 6. Interrupción reciente o pérdida de la relación interpersonal; cambios ambientales negativos en el último mes; alta hospitalaria psiquiátrica reciente.
 7. Indiferencia o insatisfacción con la terapia; fugas, retorno temprano del pase de una paciente hospitalizada.
 8. Actual desesperanza, ira o ambos
 9. Atención médica reciente
 10. Referencias indirectas a la propia muerte, arreglos para la muerte.
 11. Cambio clínico abrupto, ya sea negativo o positivo.
- III. Circunstancias asociadas con suicidio y / o parasuicidio en las próximas horas / días
 12. Agitación depresiva, ansiedad severa, ataques de pánico, ciclos emocionales severos
 13. consumo de alcohol
 14. Nota de suicidio escrita o en progreso
 15. Métodos disponibles u obtenidos fácilmente
 16. Aislamiento
 17. Precauciones contra el descubrimiento o la intervención; engaño u ocultamiento sobre el tiempo, el lugar, etc.

Nota. Adaptado de "A Social-Behavioral Analysis of Suicide and Parasuicide: Implications for Clinical Assessment and Treatment" por M. M. Linehan, 1981, en H. Glaezer y J. F. Clarkin (Eds.), Depression: Behavioral and Strategies Strategies. Nueva York: Garland. Copyright 1981 por Garland Publishing. Adaptado con permiso.

Tanto las personas que se suicidan como las que participan en actos de parasuicidas no letales comunican con frecuencia su intención con anticipación. Los pacientes con TLP que habitualmente participan en parasuicidio, por ejemplo, pueden reportar deseos o intenciones de mutilarse, quedarse dormidos durante una semana o cosas similares. Estas personas pueden dejar muy claro que no tienen intención de suicidarse; una persona que planea cortarse las muñecas o el brazo, por ejemplo, puede comunicar que planea cortarse para aliviar la tensión insoportable. Una persona que planea suicidarse también puede ser muy directa sobre su plan de morir.

Los pacientes también suelen pensar o planificar conductas suicidas sin informar directamente a sus terapeutas. Una pregunta, entonces, es si un terapeuta debe preguntar sobre la ideación suicida si un paciente no ha mencionado el tema. Varios eventos pueden sugerir la búsqueda de ideas suicidas. La ocurrencia de cualquier evento que se sepa que fue un precipitante de

parasuicidio previo o ideación suicida debería provocar tal cuestionamiento. Además, las declaraciones de la persona de que no puede soportarlo más, que desea estar muerta, que cree que otros estarían mejor sin ella, o cosas por el estilo deberían alertar al terapeuta para que siga investigando.

Una vez que está claro que el paciente está considerando suicidarse o parasuicidarse, el terapeuta debe pasar a una evaluación de los factores de riesgo inmediatos descritos en la Tabla 15.4. Es extremadamente importante que el terapeuta le pregunte a la paciente sobre el método que pretende usar (y si los implementos para tal método están actualmente disponibles o se pueden obtener fácilmente). En el caso de una sobredosis de drogas, el terapeuta debe preguntar el nombre de cada droga que ahora está en posesión de la paciente (o de fácil acceso), junto con la cantidad de píldoras restantes y su nivel de dosificación. Además, el terapeuta debe determinar si la paciente ha escrito una nota de suicidio, tiene planes para aislarse o ha tomado precauciones contra el descubrimiento o la intervención. También es importante evaluar cuán disponibles están otras personas para ella ahora y cuán disponibles estarán durante los próximos días. Si el paciente se niega a divulgar esta información, el riesgo es, por supuesto, mayor. El terapeuta debe estar alerta a los signos de emociones depresivas graves y profundo y de ataques de pánico emergentes. Si la evaluación de riesgos se realiza por teléfono, es importante determinar si el paciente ha estado bebiendo o tomando medicamentos no recetados recientemente, dónde se encuentra en el momento de la llamada y dónde están otras personas en relación con el paciente.

Drogas letales: Uso de las hojas de planificación de crisis. Los pacientes que amenazan con una sobredosis con frecuencia han robado drogas de un amigo o familiar. Pueden tener una idea vaga de lo que tienen, o pueden describirlo, pero a menudo no saben el nombre exacto o la dosis. Las Referencias del médico pueden ser muy útiles para determinar los medicamentos específicos y los niveles de dosificación que el paciente tiene a mano o ha ingerido. Las personas que no tienen capacitación médica no deben, en circunstancias normales, tomar decisiones sobre la letalidad o el riesgo médico de lo que un paciente ha ingerido o está amenazando con ingerir. Los efectos de combinar drogas, o ingerirlas junto con alcohol, o cuando tienen afecciones médicas específicas, y otros factores hacen que tales decisiones sean complicadas.

Sin embargo, la respuesta a un paciente que amenaza con suicidarse dependerá de la estimación del terapeuta del riesgo real de muerte o daño sustancial. Por lo tanto, es importante intentar determinar la letalidad de los medicamentos que el paciente tiene a mano o ha ingerido. Hay una serie de ayudas y procedimientos. Primero, el terapeuta debe tener una hoja de planificación de crisis formulada y actualizada para el paciente (ver **Figura 15.1**). La hoja de planificación de crisis debe contener información sobre todos los medicamentos recetados y no recetados que el paciente posee o toma, junto con los niveles de dosificación, y el médico que la receta. La hoja de planificación de crisis también debe indicar la dosis diaria promedio para cada medicamento tomado regularmente o en posesión del paciente. Es importante recordar que una dosis que no es potencialmente letal puede ser médicamente peligrosa. Por lo tanto, conocer la letalidad de una droga es insuficiente para una respuesta hábil.

FIGURA 15.1 Hoja de planificación de crisis DBT

Fecha _____

Paciente

Nombre _____ **N° Clínica** _____ **DBO** _____

Peso (Kg) _____

Dirección de Casa _____

Dirección del trabajo _____

Teléfono (casa) _____ **(trabajo)** _____

Otros significativos:

Nombre _____ **Teléfono** _____

Ciudad _____

Relación: _____

Familiares:

Nombre _____ **Teléfono** _____

Ciudad _____

Relación: _____

Referente al Terapeuta

Nombre _____ **Teléfono** _____

Ciudad _____

Terapeuta individual actual:

Nombre _____ **Teléfono (día)** _____

Teléfono (noche) _____

Terapeuta de entrenamiento de habilidades primarias:

Nombre _____ **Teléfono (día)** _____

Teléfono (noche) _____

Los terapeutas de entrenamiento de habilidades:

Nombre _____ **Teléfono (día)** _____

Teléfono (noche) _____

Farmacoterapeuta:

Nombre _____ Teléfono (día) _____

Teléfono (noche) _____

PLAN DE CRISIS

Notas de referencia (breve historia de parasuicidas, plan de tratamiento)

En segundo lugar, un terapeuta que no esté médicamente capacitado siempre debe verificar una evaluación de la letalidad de los medicamentos de inmediato con una persona médicamente calificada. A veces, el problema aquí es conseguir que cualquiera proporcione la información necesaria, otros a menudo temen la responsabilidad. En mi experiencia, el mejor lugar para llamar es la sala de emergencias públicas locales (preferiblemente la más concurrida). Este es el lugar con menos probabilidades de querer hospitalizaciones innecesarias y, por lo tanto, con mayor probabilidad de querer ayudar. Un terapeuta que conoce la dosis exacta tomada o amenazada, el peso del paciente en kilogramos, si el alcohol o las drogas ilícitas están involucradas, y cualquier problema médico que el paciente tenga, generalmente puede obtener una muy buena consulta. Si el terapeuta no puede obtener una consulta médica, no hay más remedio que errar por precaución.

A menos que el terapeuta esté capacitado médicamente, él o ella debe seguir el consejo médico sobre si el paciente debe recibir atención médica. (Si el terapeuta tiene dudas sobre el consejo, se puede realizar una segunda llamada de consulta para discutir el problema nuevamente). Este punto no puede hacerse con demasiada fuerza. Es muy fácil para un terapeuta cansado o sobrecargado, que tiene prisa por hacer otra cosa, subestimar las consecuencias médicas de una sobredosis de drogas. Las reacciones médicas pueden retrasarse, y el hecho de que un paciente no esté aturdido o se vea bien no es razón suficiente para la inacción. A menudo, un terapeuta justifica la inacción al decidir que requerir atención médica reforzaría la conducta, pero esta línea de razonamiento a veces puede tener consecuencias potencialmente mortales.

Otros medios letales. Los pacientes pueden amenazar con suicidarse por otros medios que no sean una sobredosis de drogas. Por lo tanto, un terapeuta debe conocer la probable letalidad de varios métodos de suicidio. Obviamente, la amenaza de saltar desde 3 pies es menor que la amenaza de saltar desde 50 pies. Los métodos comunes, en orden decreciente de letalidad, son (1) armas de fuego y explosivos, (2) saltar desde lugares altos, (3) cortar y perforar órganos vitales, (4) colgarse, (5) ahogarse (y no sabe nadar), (6) envenenamiento (sólidos y líquidos), (7) cortar y perforar órganos no vitales, (8) ahogamiento (puede nadar), (9) envenenamiento (gases), y (10) sustancias analgésicas y soporíferas. (Schutz, 1982).

2. RETIRANDO O CONVENCRIENDO AL PACIENTE PARA QUITAR LOS ARTÍCULOS LETALES

Una vez que el terapeuta ha determinado que el paciente es suicida y posee medios letales, la atención debe centrarse en convencer al paciente de que retire o elimine los elementos letales. Durante las conversaciones telefónicas, esto se puede hacer dando instrucciones al paciente para que arroje drogas potencialmente letales al inodoro o se las dé a otra persona en la casa. Si el paciente está bebiendo alcohol y planea tomar drogas, también se le debe pedir que elimine el alcohol disponible. Las cuchillas de afeitar y otros instrumentos de corte, fósforos, venenos, etc. deben tirarse a la basura fuera de la casa. Un arma o su munición pueden encerrarse en el maletero de un automóvil o en un casillero, y la llave se puede dar a otra persona. La idea general es poner distancia y esfuerzo entre el paciente y los medios; el terapeuta puede necesitar ser creativo aquí. Durante una sesión, se le debe pedir a la paciente que entregue lo que tenga con ella para su custodia.

El terapeuta debe dar estas instrucciones al paciente de manera práctica y comunicar una expectativa positiva de que el paciente las llevará a cabo. Por teléfono, el terapeuta simplemente debe decirle a la paciente lo que debe hacer y esperar mientras desecha los elementos letales. Si la amenaza suicida ocurre durante una sesión regular, se debe instruir al paciente para que traiga los elementos letales a la siguiente sesión, o incluso para ir a casa y traer los elementos de inmediato. Mantener medios letales puede considerarse una conducta que interfiere con la terapia y debe tratarse como tal. Este es el momento de utilizar la comunicación recíproca junto con la observación de límites.

Es importante que el terapeuta no se desvíe de la tarea de eliminar elementos letales. La posesión de medios letales a menudo es percibida por el paciente como un factor de seguridad; ella puede ponerse muy ansiosa ante la posibilidad de eliminar cualquier posibilidad de suicidarse. Una razón útil para eliminar elementos letales es que la presencia de dichos elementos puede llevar a un suicidio accidental, incluso cuando no era esa la intención. El terapeuta también puede enfatizar que el paciente siempre puede abastecerse de artículos letales nuevamente en un futuro. **La eliminación de elementos letales debe presentarse como una técnica para dar al paciente más tiempo para pensar**, en lugar de evitar una decisión absoluta de cualquier conducta suicida en el futuro.

También es importante no concentrarse demasiado en la tarea cuando queda claro que el paciente simplemente no va a cumplir. La lucha de poder que sigue puede ser muy difícil de ganar. Si el paciente se niega, el terapeuta simplemente debe retroceder y mencionarlo otro día; la persistencia en mencionarlo en los momentos oportunos debería eventualmente resultar en éxito. Sin embargo, el terapeuta no debe subestimar la importancia de que el paciente traiga elementos letales o los tire a la basura. Una paciente mía acumuló una reserva de varios medicamentos que la habrían matado muchas veces durante 2 años y se negó a renunciar a ellos, porque eran su válvula de seguridad. Finalmente los trajo en una caja envuelta en cinta aislante negra, con una cruz y una flor pegada en la parte superior de la caja. Ella me había traído su ataúd, y esto marcó un punto de inflexión significativa en la terapia.

3. INSTRUCCIÓN EMPÁTICA AL PACIENTE PARA NO COMETER SUICIDIO O PARASUICIDIO

A menudo, es útil simplemente decirle enfáticamente a la paciente que debe suicidarse o hacerse daño. Una vez más, el terapeuta puede decirle a la paciente que abstenerse de la conducta suicida ahora no le impide hacerlo en el futuro.

4. MANTENERSE EN LA IDEA DE QUE EL SUICIDIO NO ES UNA BUENA SOLUCIÓN

Los pacientes suicidas a menudo intentan que sus terapeutas acuerden que el suicidio es una buena solución, para que puedan tener "permiso" para seguir adelante y suicidarse. Es esencial no dar tal permiso. Por lo tanto, un terapeuta DBT nunca debe instruir a un paciente a seguir adelante y hacer algo, bajo el supuesto erróneo de que tales declaraciones pueden despertar en el paciente suficiente ira e inhibir cualquier conducta suicida (es decir, el terapeuta no debe usar instrucciones paradójicas). Tampoco debe "azuzar" a la paciente con declaraciones que impliquen que nunca llevará a cabo sus amenazas. Dichas declaraciones pueden obligar a la paciente a demostrar que realmente habla en serio. Por el contrario, el terapeuta debe validar el dolor emocional que ha provocado la conducta suicida, al tiempo que se niega a validar dicha conducta como una solución adecuada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más argumentos contra las conductas suicidas).

5. GENERACIÓN DE DECLARACIONES Y SOLUCIONES ESPERANZADORAS

En algunas crisis, lo mejor que puede hacer el terapeuta es generar tantas declaraciones de esperanza y soluciones como sea posible y esperar que una de ellas ayude al paciente a reconocer que pueden existir otras soluciones al problema. Si uno no "capta la atención", se debe proponer otro. Una vez hice una visita de emergencia a una mujer que amenazaba con suicidarse porque su esposo y sus hijos la trataban muy cruelmente. Ella se sintió completamente desesperada. Pasé más de una hora hablando con ella mientras mi compañero de equipo hablaba con la familia. Era tarde y quería resolver la crisis para poder irme a casa. Pero nada parecía ayudar, y ella rechazó todas las ideas y soluciones que se me ocurrieron. Finalmente, dije: "Bueno, solo porque tu matrimonio y tu familia puedan ser una catástrofe no significa que toda tu vida y tu futuro tengan que ser una catástrofe". Me miró con total sorpresa y dijo: "Nunca lo pensé de esa manera, pero tienes razón". Hablamos unos minutos más y la crisis se resolvió por el momento. Había ampliado los límites de su marco, lo que condujo a una nueva interpretación de su vida y permitió un cambio afectivo.

Centrarse en la situación problemática en lugar de en la conducta suicida planeada es útil, porque un énfasis indebido en esto último desviaría la atención de encontrar soluciones alternativas. Algunos problemas pueden ser tan complejos que incluso el terapeuta no puede llegar a alternativas que puedan reducir el alcance del problema. En estos casos, el terapeuta simplemente debe indicar que, aunque ninguno de los dos puede pensar en una solución no suicida en este momento, esto no

prueba que no haya otro recurso que el suicidio. Luego se puede discutir la finalidad del suicidio como solución, y se puede presentar la posibilidad de detener el suicidio.

6. CUANDO EL RIESGO DE SUICIDIO ES INMINENTE Y ALTO: MANTENER CONTACTO Y MANTENER EL PLAN DE TRATAMIENTO

Quizás la situación más difícil para un terapeuta es la del paciente que amenaza de manera convincente matarse, está sola y se niega a ser disuadida. La regla general es mantenerse en contacto con la paciente, ya sea en persona o por teléfono, hasta que el terapeuta esté convencido de que el paciente estará a salvo (de suicidio o de daño grave) una vez que se interrumpa el contacto. Si es posible, se debe extender una sesión de terapia o una llamada telefónica hasta que el terapeuta pueda desarrollar un plan satisfactorio con el paciente. Se puede solicitar una visita al hogar si dicha visita no reforzará inadvertidamente la comunicación suicida. Las visitas domiciliarias en DBT deben realizarse con otro miembro del equipo (nunca solo), y un terapeuta masculino siempre debe estar acompañado por una terapeuta femenina. Las visitas domiciliarias son extremadamente raras en DBT.

Un terapeuta que no puede mantenerse en contacto debe obtener la ayuda de otras personas importantes, miembros de la familia u otro personal del equipo de tratamiento (como los administradores de casos o los consejeros de la casa si el paciente vive en un hogar grupal), o debe sugerir una hospitalización temporal. La amenaza de suicidio inminente no es el momento para la confidencialidad. Si el paciente está dispuesto, puede ser derivada a los servicios de emergencia del área, como salas de emergencia. La regla general es seleccionar la intervención menos intrusiva necesaria.

Factores de riesgo y conducta operante versus conducta demandada. Es importante tener en cuenta dos factores cuando se planifica el tratamiento y se decide qué tan activo debe ser la respuesta a una crisis suicida. El primer factor es el riesgo de suicidio a corto plazo si el terapeuta no interviene activamente. El segundo factor es el riesgo a largo plazo de suicidio, o una vida que no vale la pena vivir, si el terapeuta interviene activamente. La respuesta al paciente en cualquier caso requiere un buen conocimiento de los factores de riesgo actuales y de las funciones conductuales suicidas para este paciente. El terapeuta sabrá poco y no muy claramente los factores de riesgo y las funciones de la conducta suicida en pacientes nuevos; así, en las primeras etapas de la terapia, el tratamiento debería ser mucho más conservador y activo.

Los factores de riesgo se han descrito anteriormente. **La regla general es que cuanto mayor es el riesgo, más activa debe ser la respuesta.** Aunque a corto plazo una determinada respuesta puede disminuir la probabilidad de suicidio, la misma respuesta puede aumentar la probabilidad de suicidio a futuro. El análisis clave que debe hacerse es si, en la instancia específica, la ideación suicida del paciente, los preparativos y las comunicaciones son conductas operantes o de respuesta. Una conducta responde cuando es provocada automáticamente por una situación o evento de estímulo específico; **la conducta está bajo el control de los eventos anteriores, no de las consecuencias.** La ideación suicida y las amenazas provocadas por la desesperanza extrema y el deseo de morir, por "voces" que le dicen que se mate, o por una depresión severa, son ejemplos aquí. Cuando la conducta suicida es la respuesta, los terapeutas no tienen que ser tan cautelosos porque reforzaran accidentalmente con su proceder.

Cuando la conducta es operante, está bajo el control de las consecuencias. Las conductas operantes funcionan para afectar el medio ambiente. Cuando la ideación y las amenazas de suicidio funcionan para involucrar activamente a otros (p. Ej., Para obtener ayuda, llamar la atención o preocupación, hacer que otros resuelvan problemas, obtener la admisión en un hospital, etc.), son funcionalmente operantes. En estos casos, los terapeutas deben ser muy cautelosos a la hora de reforzar involuntariamente las mismas conductas (conductas suicidas de alto riesgo) que intentan detener. La dificultad es que, si un terapeuta retiene la participación activa, un paciente siempre puede intensificar su conducta hasta un punto en el que el terapeuta interviene. Esto puede reforzar una conducta más letal de la que estaba ocurriendo anteriormente. A medida que continúa esta escalada, la conducta suicida puede ser letal.

La mayoría de las veces, las conductas suicidas entre pacientes con TLP son simultáneamente de respuesta y operantes. La desesperanza, la desesperación y lo insoportable de la vida provocan la conducta. Las respuestas de la comunidad (dar ayuda, tomar a la persona en serio, sacar a la persona de situaciones difíciles, etc.) refuerzan la conducta. La mejor respuesta es aquella que reduce los factores que provocan y refuerza mínimamente la conducta. A menos que haya una emergencia médica, una intervención activa que sea potencialmente reforzadora debe requerir primero una conducta mejorada del paciente y mantener al paciente seguro.

La flexibilidad de las opciones de respuesta es esencial. El terapeuta debe determinar la función de la conducta y luego ser activo, pero no de una manera que mantenga la conducta funcional. Hay muchas formas de mantener a salvo a un paciente. Por ejemplo, si la conducta funciona para obtener el tiempo y la atención del terapeuta, y si ir al hospital es aversivo para ese paciente, insistir en que el problema es obviamente tan grave que debe llegar al hospital de inmediato mantiene segura a la paciente y no se le refuerza. Por supuesto, el terapeuta no debe darle tiempo extra una vez que esté en el hospital. Cuando el valor funcional de la conducta es llevar al paciente a un hospital, entonces la respuesta, por supuesto, debería ser diferente. Aquí el terapeuta puede necesitar darle a la paciente mucha más atención y apoyo activo fuera del hospital, o alinear recursos comunitarios suficientes para mantenerla a salvo fuera del hospital. O tal vez se deba considerar la hospitalización involuntaria (suponiendo que esta no sea una opción de refuerzo). Siempre es una buena idea ordenar los hospitales del área en función de las preferencias del paciente. Un paciente que se vuelve suicida para ser admitido debe ser admitido en su lugar menos preferido, si es posible.

Sin embargo, lo que complica aún más las cosas es el hecho de que el terapeuta debe recordar que el objetivo es eliminar las consecuencias que realmente refuerzan la conducta suicida para el paciente en particular. Como recordará el lector del capítulo 10, lo que sí o no hace de refuerzo o castiga a un paciente en particular solo puede determinarse mediante una observación empírica cercana. El hecho de que a un paciente no le guste una consecuencia, o incluso que se queja amargamente de ello, no significa necesariamente que la consecuencia no sea un reforzador. La necesidad de tener una idea de qué consecuencias están manteniendo las conductas suicidas del paciente es la razón principal detrás del énfasis en DBT en la evaluación minuciosa de la conducta de cada episodio de parasuicidio y conducta de crisis suicida.

En resumen, para la conducta suicida operante, el plan es diseñar una respuesta que sea natural en lugar de arbitraria, algo aversiva (pero no tan aversiva que solo suprima temporalmente la conducta o lo lleve sigilosamente), y no sea un refuerzo para esa paciente particular. Por lo general, pero no siempre, esto significa seleccionar algo más que la respuesta terapéutica preferida del paciente. Para la conducta suicida de los encuestados, el plan es diseñar una respuesta terapéutica que detenga (o al menos reduzca) los eventos que provocan, le enseña al paciente cómo prevenirlos en el futuro y refuerza las conductas alternativas de resolución de problemas. Para las conductas suicidas operantes y de respuesta combinadas, las estrategias deben combinarse.

Dos puntos son importantes aquí. Primero, la decisión sobre si la conducta suicida es operante o de respuesta debe basarse en una evaluación cuidadosa. La teoría no puede responder a esta pregunta; solo la observación cercana puede hacerlo. En segundo lugar, al trabajar con individuos con suicidio crónico, habrá momentos en los que se deben tomar riesgos razonablemente altos a corto plazo para producir beneficios a largo plazo. Es muy difícil sentirse seguro cuando un paciente amenaza directa o indirectamente con suicidarse. La dificultad para encontrar la mejor respuesta es más probable cuando la conducta suicida es tanto como respuesta o como operante y previamente ha estado en un programa de refuerzo intermitente. Los riesgos requeridos en estos casos son los que hacen que DBT sea algo así como jugar el juego del "pollo" en el automóvil. En ese juego, dos conductores de automóviles corren hacia un obstáculo; el objetivo es ser el último en desviar el automóvil a un lugar seguro.

En general, se toma una intervención activa para prevenir el suicidio, pero no para prevenir el parasuicidio, a menos que existan razones para creer que el acto parasuicida provocará daños médicos graves. Normalmente, quemar, cortar, ingerir algunos medicamentos más de lo recomendado, o actos similares no son causa de intervención ambiental por parte del terapeuta. La elección aquí es entre un enfoque de consulta al paciente y un enfoque de intervención ambiental; el terapeuta normalmente elige el primero. Con un paciente crónicamente parasuicida, el terapeuta puede esperar una serie repetida de parasuicidios antes de que la conducta esté bajo control. Sin embargo, en última instancia, es esencial que la conducta quede bajo el control del paciente, no del terapeuta o de la comunidad.

Intervención involuntaria. Se proporcionan pautas sobre cuándo y cómo hospitalizar a los pacientes, incluidos los pacientes suicidas, en relación con las estrategias de tratamiento auxiliar (ver más abajo). DBT no tiene una política específica con respecto al compromiso involuntario de las personas en riesgo de suicidio. Algunos terapeutas están más dispuestos que otros a usar esta opción; las opiniones difieren en cuanto a su ética y eficacia. El punto importante en DBT es que los terapeutas deben saber absolutamente qué opinan sobre este tema antes de que los pacientes se vuelvan suicidas. En la mitad de una crisis suicida no es un momento para resolver esto. Además, los terapeutas deben conocer las pautas legales aplicables, los procedimientos y los precedentes legales en su propio estado para el compromiso involuntario.

Es importante ser directo y claro sobre los motivos para las intervenciones en contra los deseos del paciente. A menudo, un terapeuta está actuando en su propio interés (por miedo o agotamiento), y no necesariamente en interés del paciente. En

cualquier caso, cuando la intervención es involuntaria, el punto de vista del terapeuta y del paciente sobre sus intereses entra en conflicto. Afortunadamente o desafortunadamente, cuando una persona amenaza con suicidarse de manera creíble, en nuestro sistema legal cede el poder a los profesionales de la salud mental y el paciente pierde los derechos de libertad individuales. Esto a pesar del hecho de que no hay evidencia empírica alguna de que la intervención involuntaria u hospitalización psiquiátrica en realidad disminuya el riesgo de suicidio.

En los casos en que el interés personal del terapeuta está en juego, la observación de los límites y la comunicación recíproca pueden ser útiles. Por ejemplo, un paciente suicida que amenaza con demandar o responsabilizar al terapeuta si se suicida, el terapeuta puede comprometer involuntariamente al paciente para que deje de amenazar. El terapeuta puede ser consciente de que la hospitalización refuerza la conducta, pero puede tener miedo de correr el riesgo de que se suicide si el paciente no está hospitalizado. Algunos terapeutas están dispuestos a asumir muchos menos riesgos personales que otros. No todas las intervenciones activas deben justificarse como diseñadas para proteger el bienestar del paciente, independientemente del bienestar del terapeuta. Si el paciente ha asustado al terapeuta, esto debe quedar claro y se debe explicar el derecho del terapeuta a mantener una existencia cómoda. Cuando el interés personal de la terapeuta no está en juego, y el riesgo de suicidio parece muy alto y el individuo no parece capaz de actuar en su propio interés, esto también debe quedar claro. Por ejemplo, aunque generalmente me opongo al compromiso involuntario como método de prevención del suicidio, no dudaría en internar a un individuo activamente suicida en medio de un episodio psicótico. Un enfoque importante al trabajar con un paciente suicida es ayudar al paciente a apreciar las motivaciones de las personas de la comunidad que deben responder a su conducta suicida.

La posición del terapeuta sobre el compromiso involuntario y la probable respuesta a las amenazas de suicidio inminente debe quedar muy clara para el paciente al comienzo de la terapia. Les digo a mis pacientes que, si alguna vez me convencen de que se van a suicidar, probablemente intervendré activamente para detenerlos. Aunque creo en el derecho de autodeterminación del individuo (incluidos los derechos de un paciente con TLP en terapia), no tengo intención de que mi vida profesional y mi programa de tratamiento se vean amenazados por una demanda debido a que un paciente se suicidó cuando podría haber dejado de hacerlo. Continúo expresando mi filosofía personal contra el compromiso involuntario, pero dejo en claro que puedo violar eso si es necesario. Explico que, en el análisis final, si existe un conflicto irresoluble entre los derechos de un paciente a participar en una determinada conducta (suicidio) y permanecer libre de confinamiento involuntario versus mis derechos a mantener una práctica profesional y un programa de tratamiento para otras personas que luchan con temas de vida o muerte, lo más probable es que ponga mis derechos primero. Aunque el estilo de comunicación es irreverente, el punto terapéutico es importante. El suicidio no puede separarse de su contexto interpersonal; al ingresar a la terapia, el paciente está entrando en una relación interpersonal donde su conducta tendrá consecuencias dentro de la relación. Lo mismo es cierto, por supuesto, para la conducta del terapeuta, y también se debe explorar la opinión del paciente sobre el compromiso voluntario y el derecho a elegir el suicidio.

7. ANTICIPANDO UNA RECURRENCIA DE LAS URGENCIAS SUICIDAS

Una vez que el paciente ya no está amenazando con un suicidio inminente, el terapeuta debe anticipar y planificar una recurrencia de impulsos suicidas o impulsos de infligirse una autolesión.

8. LIMITACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD

El paciente que amenaza con suicidarse o se involucra en conductas suicidas potencialmente letales a menudo solicita que el terapeuta mantenga confidencial dicha conducta. El terapeuta no debe estar de acuerdo con esto. Este punto debe hacerse muy claro para el paciente y su familia durante la fase de orientación de la terapia.

ACTO PARASUICIDA EN CURSO: PROTOCOLO PARA EL TERAPEUTA PRIMARIO

1. EVALUACIÓN Y RESPUESTA A EMERGENCIAS

Si un paciente llama a su terapeuta después de iniciar una conducta autolesiva, o si dicha conducta se inicia por teléfono, el terapeuta debe enfocar inmediatamente la conversación en evaluar la posible letalidad de la conducta y obtener la dirección y el número de teléfono actuales del paciente. En el caso de una sobredosis de drogas, la hoja de planificación de crisis debe

usarse para determinar la posible letalidad de la conducta de ese paciente en particular. Si la paciente se corta a sí misma, el terapeuta debe determinar la cantidad de sangre y si el corte parece necesitar atención médica. Si la paciente ha encendido el gas en su casa, se debe determinar el grado de ventilación y el tiempo en que se encendió el gas. Si el paciente ingiere sustancias químicas (por ejemplo, lejía), se debe determinar el tipo y la cantidad.

Si la conducta autolesiva es potencialmente mortal, se debe evaluar la inmediatez del peligro médico, junto con la capacidad del paciente para obtener tratamiento médico por su cuenta y la presencia de otras personas con ella. Si el riesgo constituye una emergencia médica, el terapeuta debe intentar alertar a las personas que se encuentran cerca del paciente y llamar inmediatamente a los servicios de emergencia comunitarios apropiados, dándoles la ubicación del paciente e información sobre la conducta parasuicida del paciente. (Esta necesidad potencial requiere que todos los terapeutas tengan los números de teléfono y las direcciones de los pacientes siempre disponibles). Luego, el terapeuta debe volver a llamar al paciente y permanecer en contacto hasta que llegue la ayuda. Si se requiere atención médica, pero el tiempo no es esencial, el terapeuta primero debe evaluar si el paciente está dispuesto a recibir la atención requerida voluntariamente; si es así, él o ella debe ayudar al paciente a descubrir cómo llegar al médico, clínica médica o sala de emergencias. Dependiendo de la condición del paciente y sus circunstancias, las personas en su entorno deben ser reclutadas para el transporte o el paciente debe ser enviado solo o en un taxi. Dependiendo de la confianza del terapeuta en el paciente, también puede ser aconsejable indicarle al paciente que llame y se registre en la sala de emergencias. Esta conversación, sin embargo, debe limitarse a verificar el tratamiento y el estado médico.

Los pacientes a menudo no están dispuestos a recibir atención médica por un acto parasuicida, por temor (a menudo razonable) a que se reanude una hospitalización psiquiátrica involuntaria. El terapeuta debe aplicar estrategias de resolución de problemas aquí. Si está médicamente indicado (o, a veces, si el terapeuta simplemente teme que podría serlo), no recibir al menos un examen médico simplemente no debería ser una de las opciones. La relación terapéutica es el principal aliado del terapeuta en este momento. A menos que la paciente tenga un alto riesgo de suicidarse si no está hospitalizada (o, por supuesto, necesita atención médica continua), el terapeuta DBT no recomienda la hospitalización después de un episodio de parasuicida. En nuestra clínica, se instruye a los pacientes para que le digan al personal de la sala de emergencias que están en nuestro programa de tratamiento y que la hospitalización no es parte del plan de tratamiento. La idea es que un paciente use todas sus habilidades interpersonales. Si el médico o los profesionales de la salud mental no están convencidos, se les puede pedir que llamen al terapeuta. El terapeuta puede verificar la descripción del paciente del programa de tratamiento. A veces, los miembros del personal de la sala de emergencias tendrán mucho miedo a la responsabilidad si el paciente no está hospitalizado. Me han pedido más de una vez que acepte asumir la responsabilidad clínica de un paciente si es dado de alta. Esta puede ser una situación difícil para cualquier terapeuta, ya que generalmente ocurre por teléfono y no en presencia del paciente. La respuesta del terapeuta debe depender de su conocimiento del paciente y del estado de riesgo actual del paciente. Sin embargo, cómo responde el terapeuta también puede ser muy importante para la relación terapéutica.

Por ejemplo, uno de mis pacientes que era nuevo en terapia tomó una sobredosis moderadamente grave de varios medicamentos. Su madre me llamó y los envió a la sala de emergencias. Desde allí, el paciente me llamó, rogándome que hablara con el médico, que amenazaba con organizar un internamiento involuntario en la unidad psiquiátrica. Aunque el paciente estaba claramente fuera de peligro médico, el médico creía que cualquier persona que sufriera una sobredosis debía ser hospitalizada por la noche. Insistió en que aceptara asumir toda la responsabilidad clínica de la paciente si la daba de alta. Al hablar con la paciente, le señalé que me estaba poniendo en peligro por ella, y le pregunté sobre su compromiso para evitar más conductas suicidas y su disposición y capacidad para llevar a cabo tal compromiso. Después de entrenarla en la conducta apropiada en la sala de emergencias y verificar nuestra próxima cita, le dije al médico que aceptaría la responsabilidad de su atención si la daba de alta. Fue un acto de confianza muy difícil de mi parte, pero uno que pensé que el paciente necesitaba. Sin embargo, la mayoría de las veces, las habilidades interpersonales del paciente (tal vez con mucho entrenamiento) serán suficientes; la mejor estrategia del terapeuta es recomendar que el personal de la sala de emergencias, los paramédicos o los oficiales de policía en la escena realicen los procedimientos normales.

Aunque la preocupación principal en una crisis médica de este tipo es mantener vivo al paciente, dos cuestiones secundarias son importantes en el manejo a largo plazo del individuo suicida. Primero, los terapeutas deben trabajar con agentes de la comunidad en el desarrollo de estrategias generales de respuesta a la crisis que refuercen mínimamente la conducta suicida. Segundo, no deben interferir las consecuencias sociales de la conducta suicida grave. El terapeuta debe reiterar constantemente al paciente que no tiene control sobre las agencias comunitarias. Por lo tanto, la paciente puede desarrollar expectativas realistas sobre las posibles respuestas de la comunidad a su conducta suicida.

El paciente suicida apreciará rápidamente las diferencias entre las respuestas del terapeuta DBT y de la comunidad a la conducta suicida. En general, las agencias comunitarias responderán mucho más activamente que el terapeuta DBT. En estos casos, el terapeuta debe discutir de manera casual con la paciente el efecto de que su conducta asusta a otras personas.

2. MANTENER LA REGLA DE 24 HORAS

Si la conducta autodestructiva claramente no es ahora o es potencialmente mortal o peligroso, el terapeuta debería volver a la regla de las 24 horas, que se describe más detalladamente más adelante en relación con las estrategias telefónicas. El terapeuta debe recordarle al paciente que llamar después de participar en una conducta autolesiva no es apropiado, y debe indicarle que se comunique con otros recursos (familiares, amigos, servicios de emergencia). Excepto en circunstancias muy inusuales, la conversación debería finalizar. La llamada inapropiada, así como la conducta parasuicidiana, deben discutirse en la próxima sesión de terapia.

CONDUCTAS SUICIDAS: PROTOCOLO PARA TERAPEUTAS COLATERALES

1. MANTENER SEGURO AL PACIENTE

Si el paciente se involucra en conductas que sugieren suicidio de alto riesgo inminente, todos los terapeutas asisten a la conducta. Todos los terapeutas que no sean el terapeuta primario deben hacer lo necesario para mantener al paciente seguro (ver arriba) hasta que se pueda establecer contacto con el terapeuta primario.

2. REFERENCIA AL TERAPEUTA PRIMARIO

Una vez que se garantiza la seguridad, contactar con el terapeuta primario es la primera respuesta. Todos los terapeutas dejan en claro al paciente que la ayuda con la crisis suicida, incluso si el paciente siente que un terapeuta colateral es la fuente de la crisis, debe obtenerse del terapeuta primario. Los entrenadores de habilidades pueden ayudar al paciente a usar las habilidades de tolerancia a la angustia hasta que se pueda establecer dicho contacto; los farmacoterapeutas pueden ajustar los medicamentos (por ejemplo, dar un hipnótico a un paciente con insomnio) para aumentar su tolerancia. Pero, aparte de atender los problemas de seguridad y observar sus propios límites con respecto al riesgo de suicidio que están dispuestos a tolerar, todos los terapeutas, excepto el terapeuta principal, responden a las conductas de crisis suicidas por recomendación. El terapeuta primario responde con las estrategias relevantes de resolución de problemas discutidas anteriormente.

Excepciones: Capacitación de habilidades y grupos de procesos de apoyo. Una regla en el entrenamiento de habilidades y en los grupos de procesos de apoyo es que los actos parasuicidas no pueden discutirse con otros pacientes fuera de las reuniones grupales. Si el tema se plantea en una sesión grupal, la atención se centra inmediatamente en cómo se podría haber evitado la conducta o como puede evitarse en el futuro (es decir, otras soluciones). En un grupo, el terapeuta dirige la atención de manera muy práctica a cómo DBT u otras habilidades conductuales podrían aplicarse en tales casos. Se utiliza un enfoque similar cuando se discuten las ideas e impulsos suicidas. Por lo general, se ignoran las exhibiciones de secuelas parasuicidas (por ejemplo, brazos vendados, cortes descubiertos) o las discusiones sobre los resultados (por ejemplo, ser hospitalizado). La única conducta que se atiende directamente es un intento de participar en parasuicidios durante una sesión de terapia; se le dice al individuo que pare y, si es necesario, se evita la conducta. Si la conducta persiste, se llama al terapeuta primario para recibir instrucciones o se le pide al paciente que se vaya. (Por supuesto, si existe un alto riesgo médico o de suicidio, la seguridad es la primera preocupación).

Excepciones: Hospitalización y tratamiento diurno. Los entornos de tratamiento hospitalario y diurno ofrecen posibilidades únicas para mejorar la aplicación de estrategias de resolución de problemas a las conductas suicidas, debido a la mayor cantidad de personas que pueden responder a dichas conductas de una manera enfocada y de resolución de problemas.

Por ejemplo, en un entorno de internación, el personal de enfermería y / o los técnicos de salud mental realizan análisis inmediatos, en profundidad de la conducta y la solución de todas las conductas de crisis parasuicidas o suicidas. Los análisis se repiten durante la reunión comunitaria semanal donde se revisan las interacciones entre pacientes y personal. La clave del éxito de este procedimiento público es llevar a cabo los análisis de manera no crítica, práctica y de validación. Los miembros del personal deben proporcionar una atmósfera de exposición que no refuerce aún más la vergüenza, la culpa y el miedo que

siente el paciente por admitir y discutir la conducta. Por lo tanto, los análisis conductuales y solución no solo se modelan para los pacientes, sino que tienen la oportunidad de participar en la realización de estos análisis (presumiblemente aumentando su habilidad), y también pueden beneficiarse de la exposición indirecta y las competencias aplicadas. Finalmente, los análisis conductuales y solución, junto con otras estrategias de resolución de problemas, también son aplicados por el terapeuta individual.

En otro contexto, los pacientes se sometieron a observación pública y constante luego de conductas parasuicidas o de crisis suicidas. Con pequeñas excepciones, a un paciente no se le permitió hablar con nadie durante las 24 horas posteriores a tal conducta. El procedimiento se modificó de acuerdo con los principios de DBT para abandonar el silencio forzado. La nueva regla fue que durante las 24 horas posteriores a una conducta de crisis parasuicida o suicida, los únicos temas de conversación permitidos con el personal u otros pacientes serían los análisis formales de la conducta y la solución de la conducta. En cada uno de estos protocolos, las conductas suicidas y el dolor concomitante son tomados muy en serio.

Principios de gestión de riesgos con pacientes suicidas

DBT en su conjunto fue desarrollado para el paciente con TLP y suicidas crónicos. Por lo tanto, la mayoría de las modificaciones de la psicoterapia "ordinaria" para manejar las conductas suicidas se han incluido dentro del tejido de la terapia. Sin embargo, no todos los pacientes con TLP presentan un alto riesgo suicida. Para los pacientes que lo hacen, o que se convierten en pacientes de alto riesgo durante el curso del tratamiento, el terapeuta, por supuesto, debe ser particularmente cuidadoso al emplear estrategias que minimicen el riesgo de suicidio de dichos pacientes. Sin embargo, el terapeuta también debe tomar medidas para minimizar el riesgo de su propia responsabilidad legal si un paciente se suicida. Como Bongar (1991) y otros han sugerido, es ingenuo para el clínico no considerar cuestiones clínicas y legales apropiadas al tratar poblaciones de alto riesgo. Bongar sugiere una serie de estrategias de gestión de riesgos clínicos y legales que se pueden o pueden incorporar fácilmente en DBT. Estos incluyen lo siguiente:

1. *La autoevaluación de la competencia técnica y personal para tratar las conductas suicidas es esencial.* Dicha competencia debe incluir el conocimiento de la literatura clínica y de investigación específica sobre intervenciones recomendadas para conductas suicidas, así como para otros trastornos que el paciente presenta. No todos los médicos están preparados para trabajar con pacientes suicidas, y ciertamente muchos no están equipados con el temperamento o la capacitación para trabajar con pacientes con TLP suicidas. Un terapeuta debe derivar a un paciente u obtener supervisión y capacitación adicional si su competencia no es suficiente.
2. *Se requiere documentación meticulosa y oportuna.* El terapeuta debe mantener registros completos de las evaluaciones de riesgo de suicidio; análisis de los riesgos y beneficios de varios planes de tratamiento; decisiones de tratamiento y sus fundamentos (incluidas las decisiones de no hospitalizar a un paciente o no tomar otras precauciones); consultas obtenidas y asesoramiento recibido; comunicaciones con el paciente y con otros sobre planes de tratamiento y riesgos asociados; y consentimientos informados obtenidos. La regla general aquí es "Lo que no está escrito no sucedió".
3. Se deben obtener registros médicos y de psicoterapia previos para cada paciente, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de conductas suicidas. En DBT, el procedimiento óptimo aquí sería hacer que el paciente sea responsable de obtener estos registros y llevarlos a terapia.
4. Involucrar a la familia, y si es necesario al sistema de apoyo del paciente (con el permiso del paciente), en el manejo y tratamiento del riesgo suicida; informar a los miembros de la familia de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto versus tratamientos alternativos; y buscar activamente el apoyo de la familia para mantener al paciente involucrado en el tratamiento puede ser muy útil. Todo esto es compatible con DBT cuando el paciente es atendido conjuntamente con la familia o la red de apoyo, y a menudo lo recomiendan los expertos en suicidio.
5. La consulta con otros profesionales sobre el manejo general y la evaluación de riesgos es una parte que define a DBT y también es parte del tratamiento estándar de las conductas suicidas. El clínico no médico debe consultar específicamente con colegas médicos sobre la conveniencia de usar medicamentos o la necesidad de una evaluación médica adicional. La farmacoterapia auxiliar es compatible con DBT y puede ser útil en casos individuales.
6. La posvención después del suicidio de un paciente, que incluye abordar asuntos personales y legales, asesoría con otros miembros del personal involucrados en el cuidado del paciente y reuniones y trabajo con familiares y amigos, puede ser extremadamente difícil, pero es esencial. Muchos recomiendan encarecidamente consultar con un colega experto sobre los pasos de la *postvention*, incluidas las consultas legales.

ESTRATEGIAS CONDUCTUALES QUE INTERFIEREN CON LA TERAPIA

Como he enfatizado a lo largo de este volumen, DBT requiere una participación activa y colaborativa de parte del paciente. Existen tres tipos principales de conductas que interfieren con la terapia del paciente: (1) conductas que interfieren con recibir la terapia (no poner atención, no colaborar, no estar conformes); (2) conductas interferentes de paciente a paciente; y (3) conductas que agotan al terapeuta (es decir, conductas que empujan los límites personales del terapeuta o disminuyen su motivación). En el Capítulo 5 se analizan casos específicos de estas conductas. La estrategia general para tratar la conducta que interfiere con la terapia del paciente es abordarlo como un problema a resolver y asumir que el paciente está motivado en resolver. (A continuación, se analizan métodos especiales para tratar las conductas que interfieren con la terapia relacionadas con las estrategias de relación).

Como se señaló en el Capítulo 3, un paciente con TLP oscila entre dos tipos distintos de autoinvalidación. Por un lado, ella cree que todas sus fallas conductuales, incluidas las fallas dentro de la terapia, están en los problemas de motivación y demuestran que no se está esforzando lo suficiente, son perezosas o simplemente no quieren mejorar. Por otro lado, ella cree que todas estas fallas resultan de déficits de carácter irremediables. En contraste, el terapeuta asume que el paciente está intentando, o está haciendo lo mejor que puede, y no tiene fallas fatales, y hace declaraciones claras a este respecto cuando discute la conducta problemática. Tal orientación incita tanto al terapeuta como al paciente a ver la conducta que interfiere como evidencia de un problema en el tratamiento, en lugar de verlo como evidencia sobre ciertos rasgos del paciente. Las estrategias conductuales que interfieren con la terapia se analizan a continuación y se describen en la Tabla 15.5.

1. DEFINICIÓN DE CONDUCTAS INTERFERENTES

El primer paso es especificar conductas que interfieren de manera más precisa posible. La naturaleza de la conducta que interfiere debe discutirse con el paciente y deben resolverse las discrepancias de las percepciones del paciente y del terapeuta.

Cuadro 15.5. Lista de verificación de estrategias conductuales que interfieren con la terapia

- T conductualmente define lo que P está haciendo para interferir con la terapia.
- T realiza un ANÁLISIS EN CADENA de las conductas que interfieren; T ofrece una hipótesis sobre la función de la conducta y no asume la función.
- T adopta un PLAN de resolución de problemas.
- Cuando P se niega a modificar la conducta:
 - T discute los objetivos de la terapia con P.
 - T evita luchas de poder innecesarias.
 - T considera vacaciones de terapia o referencia a otro T.

Tácticas Anti-DBT

- T culpa al paciente.
 - T infiere, sin evaluación, que P no quiere cambiar ni progresar.
 - T es rígido en la interpretación de la conducta de P.
 - T coloca toda la responsabilidad del cambio en P.
 - T replantea una posición y se niega a cambiar.
 - T es defensivo.
 - T no puede ver su propia contribución a la conducta de P.
-

2. REALIZAR UN ANÁLISIS EN CADENA DE LA CONDUCTA

El terapeuta no debe comenzar un análisis preguntándole a la paciente por qué participó o no en alguna conducta específica. En cuanto a las conductas suicidas, un análisis en cadena debe especificar los antecedentes que producen la respuesta, la respuesta en sí y las consecuencias que siguen. La respuesta, todo en detalles exhaustivos. Cuando la paciente tiene dificultades para identificar o comunicar variables que influyen en su conducta interferente, el terapeuta debe generar hipótesis para la discusión; estos deben basarse en el conocimiento del individuo específico y de los pacientes suicidas en general. Una gran variedad de situaciones puede producir una conducta interferente, y cada instancia de dicha conducta debe abordarse

ideográficamente. Por ejemplo, una paciente puede faltar a las sesiones de terapia porque no cree que sean útiles o se siente desesperada por sus posibilidades de mejora. Otro paciente puede perder sesiones debido a ansiedad anticipada, depresión u otros sentimientos negativos. Un tercer paciente puede faltar a las sesiones debido a la incapacidad de producir las conductas necesarias para asistir a la sesión (por ejemplo, dejar el trabajo a tiempo, organizar el cuidado de los niños, decirles a sus amigos que tiene que irse a una cita). Un cuarto paciente puede perder sesiones debido a la presión en su entorno. Por ejemplo, las personas de su familia o con quienes vive pueden presionarla para que deje de tomar terapia, pueden ridiculizarla por ir a terapia o, de lo contrario, pueden castigar la asistencia a la sesión.

3. ADOPCIÓN DE UN PLAN DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Una vez que se define el problema y se identifican los determinantes, el paciente y el terapeuta deben acordar un programa para reducir la conducta que interfiere. Dicho programa debe basarse en los resultados del análisis conductual interferente. Un programa puede enfocarse en temas motivacionales y en cambios de contingencias, enseñar las habilidades necesarias para realizar las conductas requeridas, reducir las emociones inhibitorias, cambiar las creencias y expectativas, o manipular los determinantes ambientales. Como con todos los problemas en la terapia, el terapeuta debe enfatizar y modelar verbalmente un enfoque de resolución de problemas.

4. RESPONDIENDO AL PACIENTE QUE SE NIEGA A MODIFICAR LA CONDUCTA QUE INTERFIERE

A veces, un paciente con TLP simplemente se negará a cumplir con los requisitos de la terapia. La paciente puede decir que no necesita asistir a tantas sesiones; puede negarse a hacer juegos de roles o realizar tareas escolares; puede simplemente negarse a cumplir otros acuerdos terapéuticos; puede exigir que el terapeuta la cure; o puede decir que es responsabilidad del terapeuta ser útil. En estos casos, el terapeuta debe involucrar al paciente en una discusión sobre los objetivos generales del tratamiento, así como sobre los acuerdos iniciales que el paciente aprobó al ingresar a la terapia y que fueron condiciones para su aceptación en el programa de tratamiento. Como con muchos objetivos en DBT, la estrategia es hablar de la conducta problemática hasta la muerte.

El terapeuta debe tener mucho cuidado para evitar luchas de poder innecesarias. Si un problema no parece importante, no se debe tratar. Aprender a retirarse es muy importante en DBT, como elegir sabiamente las batallas. Sin embargo, el terapeuta debe estar preparado para luchar y ganar algunas batallas para ayudar al paciente. El paciente no debe ser descrito como no cuidadoso o perezoso, acusado de sabotear intencionalmente la terapia o descrito en cualquier otro lenguaje peyorativo.

Si el paciente simplemente se niega a seguir la terapia, debe plantearse la posibilidad de unas vacaciones de la terapia, o de una derivación a otro terapeuta. Dichas discusiones siempre deberían enfatizar que es el paciente quien elegiría irse de vacaciones o terminar, no el terapeuta. De hecho, el terapeuta enfatiza firmemente que él o ella se preocupan por el paciente y espera que puedan trabajar juntos para resolver el punto muerto actual. Tales discusiones deben llevarse a cabo solo cuando el paciente se niega a trabajar para resolver el problema y se han explorado otras opciones menos drásticas tanto con el paciente como con el equipo de supervisión / consulta.

ESTRATEGIAS TELEFONICAS

Las estrategias telefónicas en DBT están diseñadas con varios puntos en mente. Primero, el principio primordial es que no se debe exigir u obtener tiempo y atención adicional de su terapeuta primario cuando el paciente amenaza suicidarse. Por lo tanto, las estrategias están diseñadas para minimizar el contacto telefónico del terapeuta como un refuerzo para la ideación de parasuicidio o suicidio. En segundo lugar, las estrategias están diseñadas para enseñarle a la paciente cómo aplicar las habilidades a las situaciones problemáticas de su vida cotidiana que está aprendiendo en terapia, en otras palabras, para alentar la generalización de habilidades.

Tercero, las estrategias telefónicas proporcionan tiempo de terapia adicional al paciente entre sesiones cuando surgen crisis o el paciente no puede hacer frente a los problemas de la vida. Los pacientes suicidas y con TLP a menudo necesitan más contacto terapéutico del que se puede proporcionar en una sesión individual por semana, especialmente porque los problemas de los pacientes individuales rara vez se pueden discutir en sesiones de entrenamiento de habilidades. Aunque ocasionalmente

se pueden programar sesiones de terapia adicionales, la necesidad de más tiempo de terapia generalmente se aborda a través de la disponibilidad del terapeuta para las llamadas telefónicas del paciente.

Cuarto, las estrategias telefónicas están diseñadas para proporcionar capacitación al paciente sobre cómo solicitar la ayuda de otros de manera adecuada. En DBT, el paciente puede llamar a su terapeuta primario para asistencia cuando sea necesario. Las llamadas telefónicas a los terapeutas colaterales, incluidos los terapeutas grupales, son llamadas muy limitadas que se pueden hacer para obtener información sobre los horarios de las reuniones, para programar citas o para resolver un problema que podría llevar a la terminación de la terapia. Estas condiciones se analizan en el manual complementario de este volumen.

Aunque las llamadas telefónicas de los pacientes a sus terapeutas ocurren en un continuo de "pocas a ninguna" a "excesivas", las llamadas de los pacientes con TLP a menudo caen en un extremo del continuo o vacilan en diferentes períodos entre un extremo y el otro. Algunos pacientes llaman a sus terapeutas al menor signo de problemas, a menudo llamando en momentos inapropiados e interactuando con los terapeutas de una manera exigente y hostil. Otros pacientes se niegan a llamar a sus terapeutas bajo ninguna circunstancia, con la posible excepción de una conducta parasuicida ya iniciado o completada. A menudo es útil hacer que llamen al terapeuta entre sesiones como una tarea para este tipo de paciente. O un paciente puede, en diferentes momentos de la terapia, llamar no con la frecuencia suficiente o con demasiada frecuencia.

La aplicación de las estrategias telefónicas será algo diferente para el paciente que no llama en comparación con el paciente que llama en exceso. A menudo, el paciente que no llama debe aprender a pedir ayuda antes de la crisis, de modo que la conducta suicida no funcione para llamar la atención. La persona que llaman en exceso a menudo necesitan mejorar sus habilidades de tolerancia a la angustia. Existen tres tipos principales de contacto telefónico con el paciente: (1) llamadas telefónicas del paciente al terapeuta debido a una crisis o incapacidad para resolver un problema actual en la vida, o debido a una ruptura en la relación terapéutica; (2) llamadas telefónicas regulares planificadas previamente del paciente al terapeuta; y (3) llamadas telefónicas al paciente por el terapeuta. Las estrategias para cada una se analizan a continuación y se resumen en la Tabla 15.6.

Cuadro 15.6 Lista de Verificación de las Estrategias Telefónicas

- T ACEPTA llamadas telefónicas de P según corresponda en diversas situaciones.
 - T informa a P de la regla de 24 horas sobre llamadas telefónicas después de una conducta parasuicida y se apega a ella.
 - Durante las llamadas telefónicas para resolver problemas, T entrena a P sobre el uso de la supervivencia a la crisis y otras habilidades para ayudarla hasta la próxima sesión.
 - T está dispuesto a reparar la alienación de P durante las llamadas telefónicas.
- T considera PROGRAMAR las llamadas telefónicas con P en horarios regulares.
- T INICIA contactos telefónicos:
 - Para extinguir la conexión funcional entre la atención de T y la conducta suicida
 - Para interferir con la evitación de P.
- T da a P FEEDBACK sobre la conducta de las llamadas telefónicas durante las sesiones de terapia.

Tácticas ANTI-DBT

- T hace psicoterapia por teléfono.
 - T es mezquino acerca de aceptar llamadas telefónicas.
 - T da interpretaciones peyorativas de las llamadas telefónicas que P hace a T
 - T no está disponible durante períodos de crisis
-

1. ACEPTAR LLAMADAS TELEFÓNICAS INICIADAS POR EL PACIENTE BAJO CIERTAS CONDICIONES

Llamadas telefónicas y conducta suicida: la regla de las 24 horas

A los pacientes se les dice como parte de la orientación que se espera que llamen a sus terapeutas individuales antes de que participen en una conducta parasuicida y no después; de hecho, no tienen que ser suicidas para llamar. Como se señaló anteriormente en este capítulo, una vez que se ha producido una conducta parasuicida, no se le permite a su paciente llamar a su terapeuta durante las 24 horas posteriores (a menos que sus lesiones sean potencialmente mortales). La idea aquí es que un terapeuta puede ser más útil antes que después de un problema de conducta parasuicida. La razón dada es que una llamada telefónica ya no es útil después de que un paciente se haya involucrado en una conducta autolesiva, porque el paciente ya ha resuelto el problema (aunque de manera desadaptativa) y ahora tiene poca necesidad de la atención del terapeuta. El papel del refuerzo del terapeuta en la precipitación de la ideación suicida debe describirse claramente al paciente. Además, el terapeuta debe indicarle claramente al paciente que es extraordinariamente difícil que alguien sea útil cuando se espera hasta que se desarrolla la crisis por completo y no pide ayuda antes.

Típicamente, la conducta existente de un paciente es llamar después de un acto parasuicida. Estas llamadas deben manejarse de la manera descrita anteriormente en este capítulo. El objetivo es dar forma al paciente para que llame al terapeuta en las primeras etapas de la crisis. Un paso intermedio en esta configuración podría ser llamar antes del parasuicidio pero después de que se inicie la ideación suicida; el objetivo final, por supuesto, es llamar antes de participar en una ideación suicida.

Esta estrategia logra diferentes efectos, dependiendo de la disposición del paciente a llamar al terapeuta. Para un paciente que considera que llamar al terapeuta es aversivo, la estrategia ofrece una oportunidad para aprender a reemplazar la conducta destructiva con pedir ayuda de manera adecuada. La conducta parasuicida no precedida por un intento de llamar al terapeuta se ve como una conducta que interfiere con la terapia y, por lo tanto, se convierte en un tema a tratar dentro de la terapia. Para el paciente que considera que hablar con el terapeuta es reconfortante, por el contrario, cualquier conducta asociado con una llamada telefónica se verá reforzado. Por lo tanto, el terapeuta tiene la opción de reforzar la conducta adaptativa o la conducta suicida. Se permite una llamada al terapeuta después de 24 horas de la conducta no parasuicida; si el paciente vuelve a participar en el parasuicidio en las primeras 24 horas, el reloj comienza de nuevo. Muy ocasionalmente, este marco de tiempo se puede reducir a 12 horas. El terapeuta debe tener cuidado de proporcionar el mismo tipo de tiempo y atención para los momentos menos orientados a la crisis que para los períodos de pico suicidas. Es esencial instruir a la paciente que no tiene que sentirse suicida para llamar al terapeuta.

Tipos de llamadas

Se alientan las llamadas al terapeuta bajo dos condiciones, y esas condiciones determinan la realización de una llamada. La primera condición es cuando el paciente está en crisis o enfrenta un problema que no puede resolver por sí solo. La segunda condición es cuando la relación de terapia está en mal estado y se necesita reparar. En general, las llamadas telefónicas no durarán más de 10 a 20 minutos, aunque se pueden hacer excepciones en situaciones de crisis. Si se necesita una mayor cantidad de tiempo, puede ser útil que el terapeuta programe una sesión adicional con el paciente o sugiera que el paciente llame al terapeuta nuevamente en un día más o menos.

Centrándose en las habilidades. La razón de estas llamadas (al menos desde el punto de vista del terapeuta) es que la paciente a menudo necesita ayuda para aplicar las habilidades conductuales que ha aprendido hasta la fecha, o está aprendiendo y que usara en los problemas o crisis de su vida diaria. El objetivo de estas llamadas debe ser aplicar habilidades, no analizar el problema completo, analizar la respuesta del paciente al problema o proporcionar catarsis. Deben implementarse las estrategias de crisis descritas anteriormente. Con un problema relativamente fácil, el enfoque puede estar en las habilidades para realmente resolver el problema. Para problemas más intransigentes o complejos, el enfoque puede estar en responder de una manera que permita al paciente llegar a la próxima sesión sin involucrarse en una conducta desadaptativa. Es decir, se evita la conducta disfuncional, pero el problema no se resuelve necesariamente. Es esencial tener esto en cuenta y recordarle al paciente. Los problemas a menudo necesitan ser tolerados por algún tiempo. Se deben recomendar las habilidades de tolerancia a la angustia.

Todos los pacientes y terapeutas deben tener disponibles cerca del teléfono las estrategias de supervivencia de crisis (Consulte el manual complementario de este volumen). Después de obtener una breve descripción del problema o crisis de un paciente, el terapeuta debe preguntar qué habilidades la persona ya ha probado (ya sea que esté aprendiendo DBT u otras

habilidades que haya desarrollado de forma independiente). Luego, el terapeuta debe revisar otras habilidades de DBT que podrían ayudar u otras ideas que tenga el paciente. Puedo pedirle al paciente que pruebe una o dos respuestas hábiles más y luego volver a llamarme para registrarme; en ese punto, podemos encontrar una nueva respuesta si es necesaria.

La trampa que debe evitarse es realizar psicoterapia individual DBT por teléfono. Esto puede ser difícil porque la paciente a menudo presenta una crisis como irreparable o puede estar tan excitada emocionalmente que sus habilidades para resolver problemas se ven comprometidas. El pensamiento rígido y la incapacidad para ver nuevas soluciones son comunes. El terapeuta debe responder a esto de tres maneras. Primero, las estrategias de crisis descritas anteriormente en este capítulo deben usarse según corresponda. Segundo, el enfoque debe mantenerse en las habilidades que la persona puede usar; el terapeuta es responsable de mantener la llamada en curso. Tercero, todos los esfuerzos de resolución de problemas deben entrelazarse con la validación de la miseria y la dificultad del paciente. Si persistente dice "Sí, pero ..." la conducta que interfiere con la terapia debe analizarse si es muy común (en la próxima sesión). Dentro de una llamada telefónica, el terapeuta debe responder a dicha conducta con comunicación recíproca, revelando el efecto de esa conducta en su voluntad de continuar.

Con el tiempo, si el terapeuta persiste con esta estrategia, tanto las habilidades del paciente en la vida cotidiana como sus habilidades para obtener ayuda por teléfono deberían mejorar. La frecuencia y duración de las llamadas disminuirán. Como varios de nuestros pacientes de la clínica han dicho después de un tiempo que hay una gran reducción en las llamadas telefónicas. Después de un tiempo saben exactamente lo que vamos a hacer y decir, y también pueden hacerlo y decirlo ellos mismos. O, como dijo un paciente, "Hablar de habilidades todo el tiempo no es muy divertido".

Reparando la relación. Si hay una ruptura en la relación terapéutica, no he pensado que sea razonable exigirle al paciente que espere hasta una semana entera antes de que pueda repararse. Tal regla es arbitraria y me parece carente de compasión. Por lo tanto, cuando la relación está en mal estado y la paciente se siente alienada, es apropiado que ella pida un breve momento "sincero", es decir, que procese sus sentimientos sobre el terapeuta y el tratamiento que el terapeuta le da. Por lo general, estas llamadas serán precipitadas por una ira intensa, miedo al abandono o sentimientos de rechazo. También es apropiado que el paciente llame solo para "registrarse". El papel del terapeuta en estas llamadas es calmar y tranquilizar (excepto en la fase final del tratamiento, cuando la atención se centra en que el paciente aprenda a calmarse a sí misma). El análisis en profundidad debe esperar hasta la próxima sesión; sin embargo, sin la llamada telefónica, puede que no haya una próxima sesión.

Algunos terapeutas temen que si permiten que los pacientes los llamen cuando se rompe la relación, esto reforzará inadvertidamente las rupturas y la relación terapéutica empeorará gradualmente. Este es un resultado probable si se cumplen dos condiciones: (1) Hablar con un terapeuta por teléfono es más reforzador que evitar las rupturas y la alienación, y (2) las llamadas telefónicas se combinan con respuestas que rompen la relación. La solución aquí es doble. Primero, el terapeuta debe romper el vínculo ruptura-refuerzo asegurándose de que el paciente tenga la libertad de solicitar breves "controles" cuando no haya ruptura de la relación. Por ejemplo, se puede utilizar la programación del teléfono que se describe en la siguiente sección; esto puede ser particularmente importante para un paciente que tiene dificultades para pasar una semana entera sin contacto. En segundo lugar, el terapeuta debe tratar de establecer una relación sin rupturas y ninguna relación requiere más refuerzo que una relación con rupturas más llamadas. Los pasos en esta dirección inducen análisis conductuales sistemáticos y resolución de problemas en sesiones de terapia posteriores a eventos que conducen a llamadas telefónicas excesivas. Además, el terapeuta no debe dar al paciente más control sobre la terapia o más validación, elogios u otro refuerzo social solo cuando la relación no va bien. El terapeuta debe prestar atención a las contingencias proporcionadas cuando la relación va bien. El refuerzo social no debe desvanecerse demasiado rápido.

2. PROGRAMACIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS INICIADAS POR EL PACIENTE

A veces, el paciente puede necesitar más tiempo y atención de forma regular de lo que el terapeuta puede proporcionar en la sesión individual semanal. Por ejemplo, el paciente puede estar llamando tres o más veces por semana de manera continua. En tales casos, el terapeuta debe considerar programar llamadas para intervalos regulares preestablecidos. Dicha política reconoce la necesidad del paciente de una mayor asistencia; minimiza las consecuencias positivas de estar en una crisis; y, al insertar un período de espera entre llamadas, requiere que el paciente desarrolle mayores habilidades de tolerancia a la angustia. Aunque el paciente recibe más tiempo del terapeuta, el tiempo adicional no depende temporalmente de la sensación de pánico del paciente o de un estado de crisis. En esencia, esta estrategia es similar a dar a los pacientes fármacos de manera regular para el dolor (de manera no contingente), en lugar de darle fármacos cuando hay presencia de dolor. Si se programan sesiones

telefónicas regulares, el terapeuta debe resistir la tentación de hablar con el paciente en un horario no programado, incluso si hay una crisis presente.

3. INICIANDO CONTACTOS DE TELÉFONO POR EL TERAPEUTA

Las llamadas telefónicas iniciadas por el terapeuta están diseñadas para extinguir aún más cualquier conexión funcional entre la atención del terapeuta y la conducta suicida del paciente y el afecto negativo intenso. Dichas llamadas deben ser independientes de las llamadas iniciadas por el paciente al terapeuta, aunque generalmente solo se planificarán cuando se sepa que el paciente está teniendo un momento inusualmente difícil o se enfrenta a un evento muy estresante. Estas llamadas telefónicas pueden ser bastante breves y deben centrarse en cómo le está yendo a la paciente al aplicar los principios terapéuticos a sus problemas cotidianos actuales.

Una segunda vez, el contacto telefónico iniciado por el terapeuta es cuando el paciente está tratando de evitar la terapia o resolver un problema; en estos casos, la llamada telefónica interrumpe la evasión. Por ejemplo, si un paciente tiene miedo de acudir a la terapia y no se presenta, puedo llamar de inmediato y ser bastante directo sobre encontrar una manera de llegar a la sesión mientras aún queda tiempo o programarla para más adelante. Una vez más, el terapeuta debe analizar la función de las conductas desadaptativas del paciente y responder en consecuencia.

4. COMENTARIOS SOBRE LA CONDUCTA DE LA LLAMADA TELEFÓNICA DURANTE LAS SESIONES

Como se señaló anteriormente, un objetivo de las estrategias telefónicas es ayudar al paciente a aprender cómo pedir ayuda a otras personas de manera adecuada. La conducta de búsqueda de ayuda requiere que el individuo sea socialmente sensible, de modo que no pida ayuda en exceso o en momentos inapropiados. Además, la solicitud no debe hacerse de manera exigente ni presentarse de tal manera que el destinatario no pueda ayudar. Por lo tanto, es esencial brindarle a la paciente retroalimentación sobre su conducta al pedir ayuda y, cuando sea apropiado, las respuestas que estas solicitudes han influido en el terapeuta.

Un objetivo principal del tratamiento en DBT es ayudar al paciente a encontrar a otras personas en su entorno para pedir ayuda. Sin embargo, debe reconocerse que, si las habilidades del paciente no están en un nivel razonable, pedir ayuda a otros puede conducir a un mayor aislamiento en lugar de aumentar las redes sociales. Por otro lado, el terapeuta debe estar alerta para fomentar demasiada dependencia por parte del paciente.

Este es un problema especial cuando el tratamiento es limitado en el tiempo. No importa cuán inepto sea el paciente para pedir ayuda, al final del límite de tiempo se le pedirá que solicite a otros en lugar de la terapeuta la asistencia necesaria. Al menos en el punto medio de la terapia, el terapeuta debería estar trabajando activamente con el paciente para encontrar a otras personas en su entorno a las que pueda llamar cuando tenga problemas para vivir. Si estas llamadas no producen resultados positivos, deben discutirse y analizarse dentro de las sesiones de terapia. El paciente debe planificar y practicar estrategias para mejorar los resultados.

Disponibilidad del terapeuta y manejo del riesgo suicida

Cuando realizo talleres con terapeutas, uno de los temores planteados más persistentes es el de ser llamado con demasiada frecuencia después de las horas de trabajo por los pacientes con TLP. Muchos terapeutas se sienten abrumados e incapaces de limitar lo que sienten como intrusiones en sus vidas cotidianas. Algunos terapeutas hacen frente a esto desarrollando reglas arbitrarias que limitan las llamadas telefónicas en el hogar. Otros se las arreglan usando un contestador automático o una máquina como intermediario, instruyendo al servicio para que les diga a los pacientes que no están disponibles o que hagan que la máquina lo haga cuando no desean ser molestados. Otros se enfurecen tanto con sus pacientes que aprenden rápidamente a no llamar. Aún otros simplemente se niegan a ver pacientes suicidas y / o TLP. Los procedimientos de observación de límites de DBT, junto con las estrategias de conducta que interfieren con la terapia, están diseñados para dar a los terapeutas cierto control sobre las llamadas telefónicas potencialmente inmanejables de sus pacientes.

Sin embargo, la tensión entre los deseos y necesidades de un terapeuta y los deseos y necesidades de un paciente puede ser muy real y potencialmente muy grave. Habrá momentos en que un terapeuta debe extender sus límites, a veces por períodos de tiempo bastante largos, y estar disponible para un paciente por teléfono y durante las horas de atención. Creo firmemente

que, al igual que varios expertos (ver Bongar, 1991) en el tratamiento de pacientes suicidas (incluidos aquellos que cumplen con los criterios de TLP), se les debe decir que pueden llamar a sus terapeutas en cualquier momento, de noche o de día, días laborables o vacaciones si es necesario. Un paciente suicida de alto riesgo debe recibir un número de teléfono donde pueda comunicarse con su terapeuta en casa. Si se utiliza un servicio de contestador, se le debe indicar que se comunique con el terapeuta para recibir llamadas de pacientes suicidas a menos que circunstancias muy especiales requieran que los terapeutas limiten el acceso. Si el acceso es limitado, un terapeuta debe proporcionar acceso a otra atención profesional de respaldo.

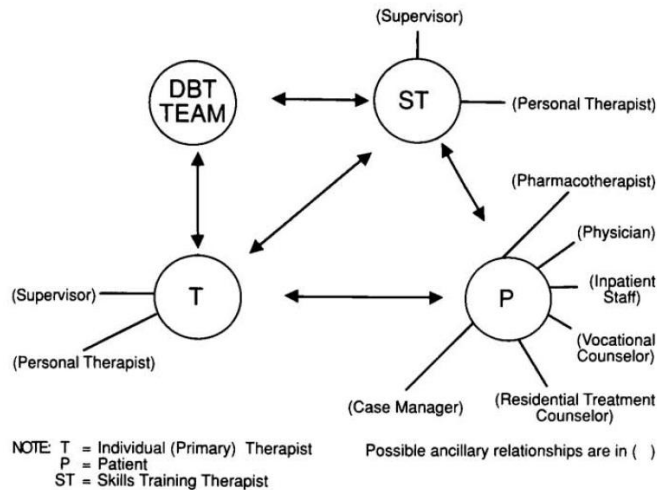
Con mis propios pacientes, por ejemplo, les digo que cada vez que me llaman y no estoy disponible, pueden estar seguros de que, a más tardar, los llamaré antes de acostarme esa noche. Si no pueden esperar, tienen números de teléfono alternativos a los que pueden llamar. (También pasé innumerables horas con pacientes activamente parasuicidas discutiendo soluciones alternativas que podrían haber empleado para hacer frente a sus crisis y / o rabia por no tenerme al teléfono de inmediato). Cuando un paciente está en una crisis suicida, puedo darle mi horario diario, haciéndole saber cuándo puede localizarme más fácilmente por teléfono. Puedo planificar llamadas periódicas para asegurarme de que nos conectamos. Cuando estoy fuera de la ciudad, les doy a los pacientes mis números de teléfono o estoy disponible para contactos de emergencia a través de mi servicio telefónico; los líderes de capacitación de habilidades también brindan cobertura de respaldo. Por lo tanto, la continuidad de la atención está asegurada. Nunca he tenido abuso cuando estoy fuera de la ciudad, pero saber que me pueden localizar es muy relajante para muchos pacientes.

En mi experiencia, muy pocos pacientes con DBT realmente abusan de su capacidad de llamar por teléfono a sus terapeutas cuando las estrategias de DBT se usan constantemente. Para aquellos que lo hacen, las llamadas inapropiadas simplemente se convierten en una conducta que interfiere con la terapia y se trabaja en las sesiones. Si se discute cada vez que un paciente abusa del teléfono, la conducta no continuará por mucho tiempo. Es esencial, por supuesto, que el terapeuta no vea todas (o la mayoría) las llamadas durante una crisis o solicitudes de ayuda para prevenir una crisis como algo abusivo o manipulador.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO SECUNDARIO

1. RECOMENDANDO TRATAMIENTO SECUNDARIO CUANDO SE NECESITA

No hay nada en DBT que proscriba los tratamientos auxiliares de salud mental, siempre y cuando estos programas sean claramente auxiliares de DBT y no los tratamientos primarios. Los pacientes ambulatorios pueden ser admitidos para visitas breves de internación psiquiátrica o programas residenciales para abuso de sustancias (siempre que no pierdan más de 4 semanas programadas de DBT); tomar medicamentos psicotrópicos y consultar a un médico, enfermera u otro farmacoterapeuta para su seguimiento; participar en clases de habilidades conductuales ofrecidas en la comunidad; asistir a reuniones grupales y reunirse con sus consejeros en comunidades de tratamiento residencial; ver administradores de casos asociados con el tratamiento auxiliar; ir a consejería matrimonial, orientación vocacional o terapia de movimiento; y asistir a tratamiento diurno. Es probable que los pacientes hagan contacto ocasional con otros proveedores de atención de salud mental (por ejemplo, clínicas de crisis y salas de emergencia). En mi experiencia, cualquier intento de proscribir el tratamiento auxiliar para pacientes con TLP conduciría a una deshonestidad por parte de los pacientes o una rebelión abierta. Por lo tanto, en la situación de tratamiento habitual con un paciente TLP, la red de salud mental es a menudo grande y compleja. Un posible escenario se ilustra en la **Figura 15.2**. Los círculos encierran unidades requeridas por DBT; los que están entre paréntesis son consultores auxiliares opcionales. Las estrategias de tratamiento auxiliar se resumen en la Tabla 15.7.



CUADRO 15.7 Lista de verificación de estrategias de tratamiento auxiliar

- T RECOMIENDA tratamiento auxiliar cuando sea necesario.
 - T recomienda la farmacoterapia adecuada.
 - T recomienda hospitalización cuando sea apropiado.
- T ayuda a P a encontrar un CONSULTOR DE TERAPIA cuando P no está satisfecho con la terapia de T.

PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS CUANDO LOS FARMACOTERAPEUTAS SON PROFESIONALES AUXILIARES:

- T SEPARA la psicoterapia de la farmacoterapia
- T actúa como CONSULTOR PARA P en cuestiones de farmacoterapia.
- T TRATA EL ABUSO DE LA PRESCRIPCIÓN de P según corresponda (como conducta suicida, conducta que interfiere con la terapia o conducta que interfiere con la calidad de vida.

TAMBIÉN EL FARMACOTERAPEUTA:

- T conoce la LITERATURA DE INVESTIGACIÓN ACTUAL sobre la farmacoterapia para TLP.
- T aborda el HISTORIAL DE P Y EL RIESGO DE ABUSO DE SUSTANCIAS.
- T no le da MEDICAMENTOS LETALES A P
- T DIFUNDE las luchas de poder por referencia.

PROTOCOLO HOSPITALARIO

- T EVITA la hospitalización psiquiátrica siempre que sea posible
- T RECOMIENDA hospitalización breve bajo ciertas condiciones (ver Tabla 15.8)
- T NO ACTÚA como el médico tratante de P.
- T actúa como CONSULTOR PARA P en temas de tratamiento hospitalario.
- T le enseña a P cómo hospitalizarse sola cuando T no lo cree necesario
 - T mantiene su propia posición y opinión.
 - T valida el derecho de P a mantener su propia posición.
 - T insiste en que P se cuide sola.
 - T le enseña a P a hacerse responsable de su propio bienestar.
 - T le enseña a P a confiar en su propia "mente sabia", incluso cuando otros no están de acuerdo.
 - T le enseña a P cómo hacerse admitir.
 - T refuerza la autovalidación al no castigar a P por admitirse a sí misma.

Tácticas Anti-DBT

- T interpreta el deseo de consulta externa de P de manera peyorativa
 - T tiene una posición de demasiado poder en relación con P.
 - T castiga a P por seguir su propia "mente sabia" e ir en contra de las recomendaciones de T.
-

Las posibilidades de que el paciente sea admitido en una unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados y tome medicamentos psicotrópicos son tan grandes que se han desarrollado protocolos especiales de hospital y medicamentos en DBT, que se analizan a continuación. Con todos los tratamientos auxiliares, se deben aplicar las estrategias de manejo de casos, especialmente las estrategias de consulta al paciente discutidas en el Capítulo 13. Al interactuar con los profesionales de tratamiento auxiliar y con el paciente con respecto a estos profesionales, el terapeuta debe recordar que su función es la de asesor del paciente, no consultor de la unidad de tratamiento auxiliar. Es útil recordar las estrategias dialécticas de DBT, especialmente el énfasis en la verdad como construida más que como absoluta y el principio de que la consistencia no necesita ser mantenida. Si la paciente recibe consejos confidenciales, opiniones o interpretaciones, el terapeuta primario puede ayudar a la paciente a pensar cómo ella misma quiere considerarse a sí misma, a su propia vida y a sus problemas.

2. RECOMENDACIÓN DE CONSULTA EXTERNA PARA EL PACIENTE

El terapeuta primario debe ser muy libre al recomendar que la paciente obtenga una consulta externa cuando no está contenta con la terapia individual o con su relación con el terapeuta primario o el equipo de tratamiento. Una de las desigualdades en DBT es que el terapeuta tiene un equipo auxiliar en su relación con el paciente, pero el paciente puede no tener un equipo competente similar para ayudarla a relacionarse con el terapeuta. La inequidad se mitiga un poco con la terapia grupal, donde los miembros y líderes del grupo ayudan a los pacientes en sus traumas episódicos con terapeutas individuales. No solo se considera deseable encontrar otra consulta, sino que el terapeuta debe estar dispuesto a ayudar al paciente a encontrar dicha ayuda. Como discuto a continuación, los miembros del personal de hospitalización psiquiátrico a menudo pueden ser extremadamente útiles aquí.

Un paciente no debe participar en más de una relación de psicoterapia orientada individualmente a la vez. Es decir, solo puede haber un terapeuta primario a la vez. Dentro de DBT, todos los terapeutas que no sean el psicoterapeuta individual son claramente complementarios del psicoterapeuta individual; la misma relación debe obtenerse con profesionales externos. Dentro del contexto de DBT, se permite ver a un consultor individual externo durante un máximo de tres sesiones seguidas. Más que eso debería considerarse estar en terapia dual. Esto se considera una forma de conducta que interfiere con la terapia y, por lo tanto, tiene una alta prioridad para el enfoque de la sesión.

PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS

PROTOCOLO CUANDO LOS FARMACOTERAPEUTAS SON PROFESIONALES AUXILIARES

- 1. SEPARANDO LA FARMACOTERAPIA DE LA PSICOTERAPIA.** En DBT estándar, el terapeuta primario no supervisa, administra, ni prescribe medicamentos psicotrópicos. Con las excepciones que se analizan a continuación, esta estrategia se mantiene incluso cuando el terapeuta primario es un médico o una enfermera practicante. El enfoque se derivó tanto de nuestras experiencias clínicas al tratar de combinar farmacoterapia y psicoterapia, como de principios conductuales para enseñarle a los pacientes a ser consumidores médicos responsables y competentes. Mis experiencias clínicas sugirieron que los pacientes a menudo eran deshonestos sobre el uso de medicamentos. Como me dijo una paciente, si le proscibiera ciertos medicamentos que ella quería, ella los compraría en otro lugar y no me lo contaría. Quedó claro que, si el terapeuta primario de un paciente tiene el rol de administrador de medicamentos, el paciente tiene un incentivo para mentir sobre el abuso de medicamentos como un medio para obtener más medicamentos del terapeuta. Desde un punto de vista conductual, esto hace que el terapeuta sea casi totalmente ineficaz en el papel del maestro del uso adecuado de los medicamentos y la consulta médica. Esencialmente, el terapeuta está en la posición de poder de prescripción de medicamentos, y ese papel interfiere con su capacidad de trabajar en colaboración con el paciente con respecto al uso adecuado de medicamentos.

En los años transcurridos desde que instituí la política de separar la psicoterapia de la farmacoterapia en mi programa de tratamiento, descubrimos una tendencia preocupante por parte de los pacientes al uso excesivo, subutilización y, en general, uso indebido de los medicamentos recetados; combinar medicamentos de manera idiosincrática; acumular medicamentos para un posible intento de suicidio en el futuro o en caso de que se corten los beneficios médicos; e interactuar con el psiquiatra o la enfermera que lo prescribe de manera ineficaz a veces y de manera disimulada en otros momentos. No estoy seguro de si esta tendencia es mayor en pacientes suicidas y TLP que en cualquier otra población de pacientes. Sin embargo, estaba claro en nuestra clínica que aprendimos mucho más sobre estas prácticas tan pronto como separamos los dos tipos de terapia.

2. **CONSULTAR AL PACIENTE EN CUESTIONES DE CONSUMO DE FARMACOS.** Una vez que los dos roles están separados, el psicoterapeuta se convierte en el consultor del paciente sobre cómo interactuar efectivamente con el personal médico; cómo comunicar cuáles son sus necesidades de una manera que pueda ser escuchada y respondida; cómo obtener la información que necesita sobre los riesgos y beneficios de varios regímenes de farmacoterapia; cómo evaluar el consejo y el plan de tratamiento médico que se le da; cómo cumplir con las recetas; cómo cambiar las recetas cuando sea necesario. Debido a que algunos pacientes con TLP son hospitalizados con frecuencia, el terapeuta también debe enseñarle al paciente cómo insistir en que los nuevos equipos de tratamiento médico consulten con los equipos de tratamiento médico antiguos antes de cambiar todos sus medicamentos. En DBT, en última instancia, es responsabilidad del paciente asegurarse de que no permanezca en tratamientos iatrogénicos. Por lo tanto, el psicoterapeuta también le enseña al paciente cómo obtener segundas opiniones y cómo encontrar farmacoterapeutas con los que pueda trabajar bien. El objetivo a largo plazo de DBT, es sustituir el tratamiento médico de la conducta, incluyendo el del estado de ánimo y los procesos cognitivos, la gestión conductual o la autogestión. Para algunos pacientes, sin embargo, este no es un objetivo a corto plazo.
3. **TRATAMIENTO DEL ABUSO DE RECETA.** Cuando un paciente abusa de medicamentos recetados, esa conducta se trata como una conducta suicida si el abuso es potencialmente mortal o es instrumental para las conductas parasuicidas; como conducta que interfiere con la terapia si la medicación es formalmente parte del plan de tratamiento; y como conductas que interfieren en la calidad de vida si no es así. La tarjeta de diario DBT obtiene información sobre medicamentos (tanto lícitos como ilícitos), así como la ingesta diaria de cada paciente. El terapeuta primario debe revisar regularmente esta información. Un paciente a menudo decidirá por sí mismo dejar de registrar el uso de medicamentos, y generalmente dice que es lo mismo todos los días y, por lo tanto, no es necesario anotarlo. El terapeuta no debe aceptar esto. En cambio, el paciente y el terapeuta deben elaborar algún tipo de notación abreviada para que el paciente pueda registrar la información más fácilmente. De esta manera, el paciente puede evitar que el terapeuta sepa sobre el uso de medicamentos al mentirle.

Si el paciente le miente al psicoterapeuta sobre el mal uso de los medicamentos dependerá en gran medida de la respuesta del terapeuta tanto al mal uso como a la mentira. En general, el terapeuta debe responder más negativamente a mentir y / o retener información que al mal uso. Las estrategias de resolución de problemas, los procedimientos de contingencia y los procedimientos de capacitación de habilidades serán los enfoques más importantes para cambiar el uso inapropiado de medicamentos y la consulta médica de un paciente. La consulta al paciente en lugar de la intervención ambiental (es decir, llamar al farmacoterapeuta) es la respuesta habitual al uso indebido de medicamentos en DBT. Sin embargo, es crucial que el psicoterapeuta se asegure de que cada farmacéutico que trabaje con el paciente conozca las estrategias de consulta y manejo de casos de DBT. Esto es especialmente importante porque el enfoque DBT no es el esperado en muchas comunidades. En cierto sentido, entonces, un farmacoterapeuta debe recibir una alerta para tratar al paciente con tanto cuidado como si el paciente no estuviera en psicoterapia colateral a la farmacoterapia.

Un paciente con riesgo de conducta suicida necesita ayuda para limitar el acceso a cantidades letales de medicamentos. La regla general en DBT es que las drogas letales no se administran a estas personas. Una vez que los pacientes conocen esta regla, generalmente son muy buenos para transmitirla a sus médicos y / o enfermeras practicantes. El paciente y el terapeuta deben analizar y diseñar métodos para controlar la cantidad de medicamento disponible y para asegurar el cumplimiento de la prescripción. Estos métodos pueden incluir el uso de una enfermera de salud pública, la cooperación de miembros de la familia, el uso de recetas pequeñas y el uso de monitoreo de los niveles de sangre u orina (por ejemplo, niveles de litio) para rastrear si se está tomando medicamento o si se está acumulando. Una buena cantidad de precaución es útil aquí. Debería ser responsabilidad del médico prescriptor

establecer y monitorear un programa tan formal, pero a menudo el psicoterapeuta y el paciente deberán llegar a un acuerdo de trabajo en el contexto del manejo de la conducta suicida.

PROTOCOLO CUANDO EL TERAPEUTA PRIMARIO TAMBIÉN ES EL FARMACOTERAPEUTA

Aunque DBT favorece la separación de la psicoterapia de la farmacoterapia, hay momentos en que esto no es práctico. Es posible que el paciente no pueda ver a otra persona; especialmente en las zonas rurales, puede que no haya nadie más disponible. O, si un terapeuta también es médico o enfermero practicante, tal separación puede violar sus propios principios de práctica. Para los terapeutas que manejan tanto la psicoterapia como la farmacoterapia, las pautas de DBT son las siguientes:

1. **CONOCER LA LITERATURA ACTUAL DE INVESTIGACIÓN.** La literatura de investigación sobre la farmacoterapia del TLP está creciendo a un ritmo constante, y mantenerse al día es esencial. Es importante recordar que las respuestas a medicamentos específicos pueden ser bastante diferentes para individuos con TLP que, para otros, incluso cuando cumplen los mismos criterios para los trastornos del Eje I. Por ejemplo, un paciente TLP deprimido y un paciente no TLP deprimido pueden necesitar diferentes regímenes de medicación; algunos medicamentos aumentan el descontrol de la conducta, un problema especial cuando se trata al individuo con TLP (Gardner y Cowdry, 1986; Soloff, George, Nathan, Shulz y Perel, 1985).
2. **CÓMO ABORDAR LA HISTORIA DEL PACIENTE Y EL RIESGO DE ABUSO DE SUSTANCIAS.** El abuso de sustancias es un problema especial en las personas con TLP. Por lo tanto, un paciente puede abusar de los medicamentos que le recetan. Este es un problema especial con **las benzodiacepinas**, y por esta razón **deben usarse en raras ocasiones**, si alguna vez. El abuso puede ser muy difícil de detectar (o, una vez detectado, difícil de controlar). Es una de las principales razones para separar la farmacoterapia y la psicoterapia en DBT estándar. El terapeuta que prescribe debe abordar este problema de manera intermitente, analizando con el paciente los factores que promueven el engaño y los que favorecen la honestidad. Es decir, el terapeuta debe ayudar al paciente a analizar los pros y los contras de mentir o retener información sobre el uso de sustancias. El terapeuta debe resaltar periódicamente las consecuencias para la relación terapéutica si el paciente no es completamente honesto con el terapeuta.
3. **NO DAR MEDICAMENTOS LETALES A LAS PERSONAS DE RIESGO.** Los terapeutas deben tener mucho cuidado al recetar medicamentos que los pacientes pueden usar para una sobredosis o para suicidarse. El principio general aquí es que cuando los pacientes tienen un historial de abuso o sobredosis de drogas, no se les debe dar cantidades de esas drogas que, si se toman de golpe, son dañinas. Para algunos pacientes, esto significará reducir drásticamente la farmacoterapia; para otros, puede significar que sus medicamentos sean manejados por otras personas en su entorno social; para todos, debería significar prescribir pequeñas cantidades y hacer que las recetas sean recargables. Cuando por razones financieras los pacientes deben comprar grandes cantidades a la vez, se debe desarrollar un método para dispensarlos en pequeñas cantidades.
4. **DIFUSIÓN DE LUCHA DE PODER POR REFERENCIA.** A veces, los pacientes desean un régimen de medicación diferente al que el terapeuta está dispuesto a recetar. Si el terapeuta y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre este tema, el terapeuta debe considerar derivar al paciente a otro profesional para una consulta o para el manejo de medicamentos. La razón aquí es doble. Primero, el terapeuta debe aceptar que él o ella pueden estar equivocados, o que puede haber más de una forma "correcta" de manejar los medicamentos. En segundo lugar, el terapeuta y el paciente no tienen que ponerse de acuerdo sobre este tema de inmediato. A la larga, enseñar al paciente a utilizar los recursos médicos de manera efectiva es más importante que obtener los medicamentos exactamente correctos en este mismo momento.

PROTOCOLO HOSPITALARIO

1. EVITAR LAS ADMISIONES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

En DBT, se evita la hospitalización siempre que sea posible. Hasta la fecha no hay datos empíricos que sugieran que la hospitalización aguda sea efectiva para reducir el riesgo de suicidio, incluso cuando el individuo se considera de alto riesgo. Tampoco la evidencia disponible sugiere que la hospitalización sea el tratamiento de elección para las conductas TLP. El modelo de tratamiento de DBT a este respecto es más similar a un modelo de medicina de rehabilitación: los terapeutas mantienen a las personas en sus entornos estresantes y ayudan a las personas a aprender a sobrellevar la vida tal como es. Los pacientes se fortalecen en la situación, no fuera de ella. En una crisis, DBT dice: "Ahora es el momento de aprender una nueva conducta". La idea es "golpear mientras el hierro está caliente". Sacar a los pacientes de entornos estresantes pone la terapia en espera temporalmente, a veces retrasa la terapia. Por lo tanto, rara vez es el tratamiento de elección.

2. BREVE RECOMENDACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN... BAJO CIERTAS CONDICIONES

A pesar de este sesgo, hay algunas situaciones en las que el terapeuta DBT recomendará o considerará breves hospitalizaciones. Estas situaciones se enumeran en la Tabla 15.8. Cuando se recomienda la hospitalización, el terapeuta hace la mayor parte del trabajo involucrado en organizarla; es decir, él o ella normalmente usa las estrategias de intervención ambiental y organiza la admisión. El terapeuta debe estar bien informado sobre los servicios psiquiátricos agudos y de emergencia en el área local, así como estar completamente familiarizado con la forma de organizar la admisión de un paciente individual. Cada hospital tendrá sus propias políticas y preferencias. Además, los hospitales deben ser priorizados en términos de las preferencias de los pacientes.

CUADRO 15.8. Situaciones en las que se debe recomendar o considerar una breve hospitalización psiquiátrica

Recomendar:

1. El paciente se encuentra en un estado psicótico y amenaza con suicidarse, a menos que haya evidencia convincente que sugiera que el paciente no está en alto riesgo.
2. El riesgo de suicidio supera el riesgo de hospitalización inapropiada. (Ver estrategias de conducta suicida para más discusión).
3. Las amenazas de suicidio operante están aumentando y el paciente no quiere hospitalización. El paciente no debe ser hospitalizado por aumento de parasuicidios a menos que la conducta represente un peligro claro para la salud o la vida. (Ver estrategias de conducta suicida para más discusión).
4. La relación entre el paciente y el terapeuta está muy tensa, la tensión está creando un riesgo de suicidio o una crisis inmanejable para el paciente, y parece necesaria una consulta externa. El personal hospitalario puede ser muy útil para asesorar a ambas partes y ayudar a reparar la relación. Se debe considerar una reunión conjunta con el terapeuta, el paciente y un terapeuta hospitalizado.
5. El paciente está tomando medicamentos psicotrópicos, tiene antecedentes de abuso o sobredosis de medicamentos graves y está teniendo problemas que requieren un estrecho control de los medicamentos y / o dosis.
6. El paciente necesita protección durante las primeras etapas del tratamiento de exposición al estrés postraumático, o durante las etapas posteriores que son particularmente exigentes. Esto debe organizarse en una junta completa del personal del hospital. (Muchos miembros del personal de hospitalización temen la "regresión" de los pacientes y no quieren o no pueden tratar a los pacientes que se someten a un tratamiento de exposición).
7. El terapeuta necesita unas vacaciones. Aunque la DBT está sesgada contra la hospitalización, no recomienda que el terapeuta se convierta en el hospital. A veces, el paciente necesita tanta ayuda durante un período de crisis que el terapeuta se acerca al agotamiento y simplemente necesita unos días de descanso del paciente. DBT recomienda esto siempre y cuando el terapeuta sea honesto con todos sobre el motivo. (En mi experiencia, las unidades de pacientes hospitalizados están muy dispuestas a acomodar a los terapeutas ambulatorios en este punto).

Considerar:

1. El paciente no responde a la DBT ambulatoria y hay depresión severa o ansiedad incapacitante.
2. La paciente se encuentra en una crisis abrumadora y no puede sobrellevarla sola sin un riesgo significativo de daño para sí misma, y no se puede encontrar otro entorno seguro. El riesgo de una vida que valga la pena supera el riesgo de hospitalización inapropiada. (Esta razón debe usarse con moderación).
3. Hay psicosis emergente por primera vez; el paciente no puede hacer frente fácilmente a tal estado y el paciente tiene poco o ningún apoyo social.

El terapeuta debe discutir su política de hospitalización con el paciente durante la orientación de la terapia. En opinión del terapeuta, un paciente puede requerir hospitalización de emergencia, pero puede negarse a ser hospitalizado. Esta situación está cubierta por las leyes estatales con respecto a las condiciones y los medios de tratamiento involuntario. Los terapeutas deben estar completamente familiarizados con los procedimientos de su localidad y estado; en una crisis no es hora de aprender esto. Como he dicho antes, los terapeutas también deben saber cuál es su posición sobre el compromiso involuntario, y deben aclarar esto a sus pacientes. Finalmente, los terapeutas deben tener fácilmente disponibles, en el trabajo y en el hogar, números de teléfono relevantes para admisiones de emergencia.

3. SEPARAR EL PAPEL DEL TERAPEUTA PRIMARIO DEL PAPEL DE MÉDICO ASISTENTE DEL PACIENTE

En DBT estándar, el terapeuta primario no funciona como el médico que atiende a un paciente hospitalizado; ni el terapeuta primario admite a un paciente. Un terapeuta que quiere que un paciente ingrese en un hospital donde el terapeuta tiene privilegios de admisión debe encontrar a otra persona para admitirlo. La razón aquí es la misma que la mencionada anteriormente para que el terapeuta primario no sea el farmacoterapeuta. En este caso, el papel del terapeuta es consultar con el paciente sobre cómo interactuar adecuadamente con el personal del hospital. Una tarea recurrente será enseñar al paciente cómo comunicarse sobre la conducta suicida de una manera que no asuste indebidamente al personal y cree consecuencias negativas para el paciente. Por ejemplo, andar amenazando con suicidarse en una unidad de hospitalización no suele ser una estrategia muy efectiva. Enseñar a la paciente cómo combinar la asertividad con la cooperación adecuada y aconsejarle cómo funcionar en un sistema a veces arbitrario con un poder muy alto, también son cuestiones comunes de consulta. Un terapeuta primario, que tiene el poder de mantener a la paciente en el hospital o dejarla salir, o de darle o quitarle privilegios, no puede ser un buen consultor.

4. CONSULTAR AL PACIENTE EN CUESTIONES DE TRATAMIENTO

Cuando un paciente ingresa en una unidad de hospitalización, el terapeuta debe permanecer en el rol de consultor para el paciente, a menos que se cumplan las excepciones descritas en el Capítulo 13. El terapeuta debe esperar que el paciente obtenga pases para ir a sesiones individuales y de entrenamiento de habilidades, y para organizar el transporte y un compañero de viaje si es necesario. En nuestra experiencia, una vez que los miembros del personal de una unidad de pacientes hospitalizados saben que faltan 4 semanas de tratamiento programado, por cualquier motivo, dará como resultado la finalización de la terapia ambulatoria, están muy ansiosos por asegurarse de que el paciente asista. Si es absolutamente esencial, el terapeuta puede ver al paciente para sesiones individuales en la unidad de hospitalización.

Cuando se le solicite, el terapeuta individual debe asistir a conferencias de casos con el paciente y el personal del hospital. Un entorno de tratamiento hospitalario también puede ser un buen lugar para otras grandes reuniones con el paciente, como reuniones con miembros de la familia, todos los terapeutas auxiliares y / o terapeutas DBT colaterales. Si no se solicita una conferencia de caso, pero el terapeuta cree que es aconsejable, que el primer enfoque deba ser ayudar al paciente a organizar y coordinar una reunión. (Como señalé en el Capítulo 13, esta política puede ser contraproducente y crear enojo dirigido al paciente si la unidad de hospitalización no se ha orientado a las estrategias de consulta al paciente con DBT). Por lo general, es una buena idea mantenerse en contacto directo con el paciente por teléfono para controlar el progreso. Generalmente llamo a pacientes hospitalizados regularmente.

Pautas cuando el paciente quiere hospitalización y el terapeuta no está de acuerdo

Un paciente con TLP a menudo quiere ser hospitalizado cuando el terapeuta cree que no es lo mejor para ella. Es posible que se encuentre en medio de una crisis, o informe que se siente suicida y solicite ser admitida. En algunas situaciones puede ser extremadamente difícil evaluar el riesgo real y la necesidad de hospitalización de dicha persona. En estas situaciones, las pautas de DBT son las siguientes:

1. *Mantener la posición.* El hecho de que un paciente sienta que no puede salir de un hospital sin suicidarse no significa que el terapeuta tenga que estar de acuerdo con ella. El terapeuta puede creer (luego de una evaluación de riesgo apropiada) que es capaz de sobrellevar y sobrevivir, al menos con ayuda.
2. *Validar el derecho del paciente a mantener su posición.* Por el contrario, el hecho de que un terapeuta piense que un paciente puede hacer frente no significa que ella pueda hacerlo; el terapeuta puede estar equivocado. La honestidad, la humildad y el espíritu de voluntad son necesarios aquí. El terapeuta debe alentar a la paciente a usar la "mente sabia" para evaluar las dos posiciones, y debe apoyar su derecho a mantener una posición independiente de la del terapeuta. Pretender estar de acuerdo con ella le roba la oportunidad de aprender esto.
3. *Insistir en que la paciente se cuide sola.* El terapeuta debe decirle al paciente que, en esta situación, tiene que hacer por sí misma lo que cree que es mejor para ella, incluso si el terapeuta no está de acuerdo. Si ella misma considera que la hospitalización es importante, debería buscarla. Ella debe seguir la "mente sabia". Ella es en última instancia responsable de su propia vida, y debe cuidarla.
4. *Ayudar a la paciente a ser admitida.* El terapeuta debe enseñarle al paciente cómo ser admitido en una unidad hospitalaria de cuidados agudos para pacientes hospitalizados. Esto es casi siempre posible, por supuesto, si la paciente va a una sala de emergencias y dice que se va a suicidar hay varias opciones menos drásticas, y el terapeuta debe consultar con el paciente sobre estas. El terapeuta debe ser tan hábil en la enseñanza aquí.
5. *No castigar al paciente por ir en contra de los consejos.* Es absolutamente esencial no castigar a la paciente si es admitida en un hospital en contra de los consejos del terapeuta. Lo único importante a considerar es si la paciente está actuando de acuerdo con su propia "mente sabia", en lugar de estar de acuerdo con la "mente emocional" o (mucho más raramente) con la "mente racional".

ESTRATEGIAS DE RELACIÓN

Una relación fuerte y positiva con un paciente suicida es absolutamente esencial. Aunque algunas terapias pueden ser efectivas con ciertos individuos, con una ausencia de tal relación, o con una relación considerablemente diluida, esto no es cierto en el trabajo con pacientes suicidas con TLP. De hecho, la fuerza de la relación es lo que mantiene a ese paciente (y a menudo también al terapeuta) en la terapia. A veces, si todo lo demás falla, la fortaleza de la relación mantendrá vivo al paciente durante una crisis. La efectividad de muchas estrategias y procedimientos de DBT, tales como alentar, validar emocionalmente, manejar contingencias y comunicación tanto recíproca como irreverente, dependen de la presencia de una relación positiva entre el paciente y el terapeuta. También hay momentos en que la relación positiva ayudará al terapeuta a mantener una alianza de trabajo con el paciente o evitará que responda con hostilidad, frustración u otras conductas contra-terapéuticas. Aunque DBT fue diseñado para mejorar la relación terapéutica, la fuerza de la relación mejorará recíprocamente la efectividad de DBT.

La relación en DBT tiene un doble papel. La relación es el vehículo a través del cual el terapeuta puede efectuar la terapia; también es la terapia. Hay una tensión dialéctica entre estos dos puntos de vista. Esto último implica que la terapia tendrá éxito si el terapeuta puede ser de cierta manera, en este caso, compasivo, sensible, flexible, sin prejuicios, receptivo y paciente. Con la provisión de una relación que tenga estas cualidades, las heridas de las experiencias pasadas del paciente sanarán; sus deficiencias de desarrollo serán rectificadas; y se estimulará su potencial innato y su capacidad de crecimiento. El control sobre la conducta y el curso de la terapia en general reside principalmente en el paciente. Por el contrario, cuando la relación se utiliza como vehículo para lograr la terapia, el terapeuta controla la terapia con el consentimiento del paciente. La relación es entonces un medio para un fin, una forma de tener suficiente contacto y apalancamiento con el paciente para causar cambio y crecimiento. Desde este punto de vista, las heridas sanan solo debido a la exposición activa del paciente a situaciones similares pero benignas; las deficiencias se rectifican mediante la adquisición de estrategias de afrontamiento; y el crecimiento ocurre porque se hace más gratificante que otras alternativas.

En DBT, una dialéctica es intrínseca en la relación terapéutica; el terapeuta debe elegir un equilibrio apropiado entre estos dos enfoques en cada momento. "La relación como terapia" facilita tanto la aceptación del cliente como es y el desarrollo

de este. La "terapia a través de la relación" facilita el control de la conducta que el paciente no puede controlar, así como la adquisición de habilidades previamente desconocidas o insuficientemente generalizadas.

Sin embargo, antes de que cualquier enfoque pueda continuar, debe haber una relación terapeuta-paciente. Por lo tanto, uno de los objetivos de la fase inicial de la terapia es desarrollar el apego paciente-terapeuta rápidamente. Los medios para lograr esto incluyen el énfasis en la validación de las experiencias afectivas, cognitivas y conductuales del paciente; la claridad del contrato (poner fin a las conductas suicidas y construir una vida que valga la pena vivir); el enfoque en la conducta que interfiere con la terapia; el alcance y disponibilidad a través de llamadas telefónicas; el estilo de comunicación recíproca del terapeuta; y la resolución de problemas de sentimientos con respecto a la relación. A través de estos, el terapeuta nutre los sentimientos de apego y confianza del paciente. Sin embargo, igualmente importante es el apego del terapeuta al paciente. Si el terapeuta siente ambivalencia o disgusto por el paciente, esto se comunicará mediante omisiones, si no acciones directas, y la relación se verá afectada. La resolución se ve facilitada por el enfoque en las conductas suicidas (que reducirán el estrés del terapeuta), las conductas que interfieren con la terapia y los sentimientos sobre la relación, así como por la supervisión y la consulta.

La relación terapéutica generalmente no es tan intensa en otros modos de DBT, como el entrenamiento de habilidades o la terapia grupal de proceso de apoyo. Sin embargo, el apego paciente-terapeuta sigue siendo bastante importante y debe recibir los mismos tipos de atención descritos anteriormente. Al igual que en la terapia individual, la relación puede ser el único ingrediente terapéutico que a veces mantiene vivo al paciente.

Aunque la mayoría de las estrategias de DBT atienden y mejoran la relación terapéutica, a veces se requiere un enfoque específico en la relación. Hay tres cuestiones particularmente importantes, cada una marcada por una estrategia de relación. Una vez más, estas estrategias no requieren un nuevo aprendizaje, pero sí requieren una integración diferente de las estrategias que ya he discutido. Las estrategias son (1) aceptación de la relación, (2) resolución de problemas de la relación y (3) generalización de la relación. A menos que se tenga claramente presente un enfoque dialéctico, la presencia de técnicas opuestas como la aceptación de la relación y la resolución de problemas de relación en el mismo conjunto de estrategias parecerá paradójico. Las estrategias de relación se resumen en la Tabla 15.9.

Cuadro 15.9. Lista de verificación de estrategias de relación

- T se une a P.
- T usa la relación para mantener vivo a P.
- T equilibra "la relación como terapia" y la "terapia a través de la relación".
- ACEPTA la relación terapéutica tal como es en el momento actual.
 - T acepta y valida a P como está ahora.
 - T se acepta a sí mismo tal como es en este momento.
 - T acepta el nivel de progreso tal como es ahora.
 - T está dispuesto a sufrir con P.
 - T acepta que se cometerán errores terapéuticos; T enfatiza bien la reparación de errores.
- T enfoca la SOLUCIÓN DE PROBLEMAS en la relación cuando surgen problemas.
 - T asume que tanto T como P están motivados para resolver problemas de relación.
 - T asume un enfoque dialéctico, creyendo que los problemas son el resultado de transacciones en la terapia.
 - T consulta con el equipo de supervisión / consulta sobre cómo reparar los errores de la terapia.
- T atiende directamente a la GENERALIZACIÓN de las conductas aprendidas en la relación terapéutica con otras relaciones.

Tácticas Anti-DBT

- T manipula el momento para detener el dolor.
- T es defensivo.
- T asume que el aprendizaje en terapia se generalizará externamente.

1. ACEPTACIÓN DE LA RELACIÓN

En la aceptación de la relación, el terapeuta reconoce, acepta y valida tanto al paciente como a sí mismo como terapeuta con este paciente, así como la calidad de la relación paciente-terapeuta. Cada uno es aceptado como es en el momento actual; esto incluye una aceptación explícita de la etapa de progreso terapéutico o la falta del mismo. La aceptación de la relación, como todas las otras estrategias de aceptación, no puede abordarse como una técnica de aceptación al cambio a fin de superar un punto en particular. La aceptación de la relación requiere muchas cosas, pero lo más importante es la voluntad de entrar en una situación y en una vida llena de dolor, y sufrir junto con el paciente y abstenerse de manipularlo en el momento para detener el dolor. Muchos terapeutas no están preparados para el dolor que enfrentarán al tratar a pacientes con TLP, o para los riesgos profesionales, dudas personales y momentos traumáticos que enfrentarán. El viejo dicho "Si no puedes soportar el calor, no vayas a la cocina", eso es muy cierto cuando se trabaja con pacientes suicidas y TLP. Además, una alta tolerancia a la crítica y al afecto hostil, y la capacidad de mantener un enfoque de conducta sin prejuicios, son extremadamente importantes para la aceptación de la relación.

Para decirlo de otra manera, la aceptación de la relación significa que el terapeuta debe entrar radicalmente en la relación terapéutica, conociendo a la paciente donde está justo en este momento. "Conocer a la paciente donde está" puede ser un dicho trivial, pero en mi experiencia de consultoría es una postura que los terapeutas de pacientes con TLP a menudo encuentran casi imposible. La aceptación de la relación es "radical" porque no puede usarse de manera discriminatoria. La aceptación radical no elige qué aceptar y qué no aceptar. Por lo tanto, requiere la aceptación del paciente, de uno mismo, del esfuerzo terapéutico y del "estado" sin distorsión, sin agregar juicio de bueno o malo, y sin tratar de mantener o deshacerse la experiencia (en el momento). Otra forma de pensar

en la aceptación, incluida la aceptación de la relación, es que es una verdad radical. Es ver claramente la relación terapéutica, sin la neblina de lo que uno quiere o no quiere que sea. Desde un punto de vista analítico, es la capacidad de responder, tanto en privado como en público, sin defensa.

Una de las cosas más importantes que un terapeuta con un paciente con TLP debe aceptar es que se cometerán errores terapéuticos. Los errores pueden ser graves y causar mucho dolor al paciente y al terapeuta. DBT no pone su mayor énfasis en evitar errores; en cambio, el énfasis principal está en reparar los errores con destreza. Un error puede considerarse como una rasgadura en una pieza de tela. Un buen terapeuta de DBT no es uno que nunca rasga la tela, sino que puede coser bien y hacer buenas reparaciones. Aprender que las relaciones pueden repararse es muy importante para un paciente con TLP vs que aprenda que las reparaciones no son necesarias en esta relación en particular (ver Kohut, 1984, para una visión similar).

2. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA RELACIÓN

La resolución de problemas en la relación es necesaria siempre que la relación sea una fuente de problemas para cualquiera de los miembros. La infelicidad, la insatisfacción o la ira por parte del paciente o el terapeuta se trata como una señal de que la relación necesita atención para resolver problemas. Todas las estrategias de resolución de problemas discutidas en el Capítulo 9 son apropiadas aquí. La resolución de problemas de la relación en DBT se basa en la visión de la relación terapéutica como una relación "real" en la cual una o ambas partes pueden ser la fuente del problema.

Los elementos comunes en las conferencias de casos cuando se discuten pacientes con TLP son los comentarios que tienen que ver con cómo un determinado paciente está "jugando juegos", tratando de manipular al terapeuta, participando en la "división del personal", o de otra manera está buscando destruir la terapia o al terapeuta. La suposición es que, si un paciente está lastimando, humillando o enfureciendo a su terapeuta, o si está causando problemas, debe pretender tales resultados (ya sea consciente o inconscientemente). Como he subrayado una y otra vez, este razonamiento se basa en una lógica defectuosa. Los terapeutas a menudo sienten que el paciente con TLP tiene una extraña habilidad para descubrir sus puntos débiles y atacar allí; lo dudo. En cambio, creo que los pacientes con TLP a menudo participan en conductas interpersonales tan problemáticas que, según la ley de los promedios, están obligados a llegar a un punto débil con casi cualquier terapeuta.

Los pacientes, por supuesto, tienen varias quejas sobre sus terapeutas. He discutido esto extensamente en el Capítulo 5 y no volveré a analizarlos aquí. La mayoría de los problemas tienen que ver con que el paciente quiera más respeto, más reciprocidad emocional, menos arbitrariedad y más ayuda. Sobre todo, los pacientes con TLP quieren ser escuchados. (Más de un paciente de la clínica nos ha dicho que nuestra disposición a admitir errores es una de sus partes favoritas de DBT).

El enfoque general para tratar las conductas que interfieren en la relación entre el terapeuta y el paciente es abordarlos como problemas a resolver, asumir que los individuos están motivados para resolver problemas en la relación terapéutica y creer que tales problemas pueden resolverse. No se asume que una de las partes es la principal responsable de los problemas que surjan. Tal enfoque a menudo proporcionará un cambio distintivo en la orientación al paciente. La idea de que la paciente está tratando de causar problemas, en lugar de hacer todo lo posible para ayudarse a sí misma, repite una comunicación común que ha recibido toda su vida. Cuando se invalida, el paciente ve todos los problemas de relación como su propia culpa; en el otro extremo, consciente de que está haciendo su mejor esfuerzo, puede atribuir todos los problemas de relación a fallas en el terapeuta. Los terapeutas a veces muestran una tendencia no diferente de culpar todos los problemas de relación a la patología del paciente. A menudo atribuyen todos los problemas a deficiencias personales y "contratransferencia". La "verdad", por supuesto, está en algún lugar en medio del contraste dialéctico.

Dónde y cómo se discuten y resuelven los problemas de la relación depende en cierta medida de dónde se está produciendo el problema (terapia grupal o terapia individual), cuál es el problema y quién es infeliz (un paciente o un terapeuta). Los problemas de la relación en la terapia grupal pueden abordarse dentro del entorno grupal o individualmente. (Aquí intervienen varios factores en la decisión, como las limitaciones de tiempo de las sesiones grupales y la capacidad de la paciente para manejar su propia conducta dentro del grupo). Algunos problemas, como el miedo o la ira, son tan extremos que la paciente no puede regresar. Hay errores serios en la relación por parte del terapeuta que no es admitido durante una sesión (grupal o individual), a menudo se manejan en llamadas telefónicas. A frecuencia, el impacto de una interacción no se aprecia completamente hasta después de la sesión; las llamadas telefónicas para aliviar una sensación de alienación o para resolver la ira intolerable son aceptables en DBT. Este punto se ha discutido más arriba en relación con las estrategias telefónicas.

Las conductas del terapeuta que causan problemas en la relación se tratan en las reuniones del equipo de consulta, en la supervisión individual o en sesión de terapia del paciente. Las quejas del paciente al terapeuta sobre su conducta siempre se discuten en la terapia. Por lo general, la clave para la resolución es la apertura del terapeuta al hecho de que se ha cometido un error (cuando este es, de hecho, el caso). Aunque la influencia de la conducta del paciente en la conducta del terapeuta (y viceversa) es un tema importante para discutir, el terapeuta debe tener cuidado de no convertir la discusión en culpar al paciente de la conducta inapropiada del terapeuta. El paciente generalmente resuelve dentro de las consultas o reuniones de supervisión individual. En estas situaciones, los colegas del terapeuta aplican estrategias de DBT al terapeuta.

3. GENERALIZACIÓN DE RELACIONES

La generalización de la relación terapéutica a otras relaciones no se supone en DBT. Aunque existen muchas diferencias entre una relación terapéutica y una "real", el terapeuta debe utilizar los momentos de dificultades de la relación para resolver problemas de las relaciones para explorar las similitudes con las relaciones de la vida del paciente y sugerir cómo los enfoques análogos en esas relaciones podrían ser productivos. Cuando la relación va bien, este hecho también debe reconocerse, y la relación con el terapeuta debe compararse con otras relaciones en las que el paciente está involucrado. Tal comparación puede resaltar lo que el paciente quiere de una relación y lo que les falta a las relaciones cotidianas. Todas las estrategias de generalización de habilidades, discutidas en el Capítulo 11, deben emplearse aquí.

Comentarios Concluyentes

El único protocolo que no está incluido en este libro es el protocolo para llevar a cabo el entrenamiento real de habilidades conductuales con pacientes con TLP. El contenido y el proceso del entrenamiento de habilidades están cubiertos en detalle en el manual complementario de este volumen. Las habilidades reales se describen en el Capítulo 5, y los procedimientos de entrenamiento de habilidades para la terapia individual se describen en el Capítulo 11. Al unir ambos, puede crear su propio enfoque de entrenamiento de habilidades. El punto importante que debe recordar es que, tanto si sigue el manual complementario como si no, a un paciente TLP se le debe enseñar cómo responder y actuar de manera diferente a como lo hace. Es su tarea como terapeuta enseñar, entrenar, engatusar y guiarla suavemente hacia una nueva forma de ser y comportarse en este mundo. Las estrategias descritas en este capítulo son vehículos para mantener el marco de tratamiento mientras usted realiza la enseñanza necesaria y el paciente aprenda a ser diferente.