

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

REVISTA CIENTÍFICA

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Vásquez-Dextre, Edgar R.

Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la
aceptación y el cambio.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 79, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 108-118

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372046350005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio.

Dialectic Behavioral Therapy in Borderline Personality Disorder: The balance between acceptance and change.

Edgar R. Vásquez-Dextre^{1,a}

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar una breve revisión de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) como programa terapéutico para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). La TDC fue creada por Marsha Linehan, basada en conceptos de ciencias de la conducta y articulada con elementos como validación y *mindfulness* a través de la filosofía dialéctica. Está conformada por cinco modalidades de tratamiento: terapia individual, entrenamiento en habilidades, *coaching* telefónico, terapia de familia y reuniones de equipo. Tiene una duración variable, con una etapa de pretratamiento y cuatro de tratamiento, cada una con sus respectivos objetivos. La TDC ha demostrado eficacia no solo en la reducción de síntomas de TLP tales como conductas autoagresivas e ideación suicida, sino que hay también evidencia de su efectividad en trastornos de conducta alimentaria, adolescentes con síntomas de TLP, abuso de sustancias y otros trastornos de personalidad y comorbilidades psiquiátricas.

PALABRAS CLAVE: Terapia conductista, trastorno de personalidad limítrofe, atención plena.

SUMMARY

The aim of this article is to provide a brief review of Dialectic Behavioral Therapy (DBT) as a therapeutic program for Borderline Personality Disorder (BPD). DBT was developed by Marsha Linehan, based on concepts from the behavioral sciences and articulated with elements such as validation and mindfulness through modalities of dialectical philosophy. It consists of five treatment modalities: individual therapy, skills training, telephone coaching, family therapy and team meetings. It has a variable duration, with a pretreatment step and four treatment stages, each with their respective objectives. DBT has not only demonstrated efficacy in reducing symptoms of BPD, such as self-injurious behaviors and suicidal ideation, but there is also evidence of their effectiveness in eating disorders, adolescents with symptoms of Borderline and other personality disorders, as well as in patients with diagnoses of substance abuse and other psychiatric comorbidities.

KEY WORDS: Behavior therapy, borderline personality disorder, mindfulness.

¹ Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

^a Médico-Psiquiatra.

“Entonces lo primero que introdujimos como variable fue modificar el foco puesto en el cambio, hacia estrategias de aceptación. Era claro que teníamos que tener otro foco. Yo misma debía empezar a aceptar los pacientes tal como eran, el lento progreso, las conductas problemas, su enojo conmigo, o el riesgo de que se maten a cada minuto. Yo debía comenzar a aceptarlos y no morir en el intento de cambiarlos.”

Marsha Linehan

INTRODUCCIÓN

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC), es una terapia de orientación conductual, que pertenece a la Tercera Generación de Terapias Conductuales. La primera generación se manifestó en la década del 50 como una rebelión ante paradigmas psicológicos establecidos, como el psicoanálisis, y supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos (1). Los paradigmas básicos de esta primera generación fueron el Condicionamiento Clásico o Pavloviano y el Condicionamiento Operativo o Skinneriano (1).

La segunda generación se manifestó en la década del 70 con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que postulaba que las cogniciones son las causas de los problemas emocionales y conductuales (1). La TCC mantuvo las técnicas centradas en el cambio conductual de la primera generación, pero trasladó el foco a los eventos cognitivos, transformando el pensamiento como objetivo principal de intervención (1).

La Tercera Generación de Terapias Conductuales se sitúa en la década del 90, pero se hace ampliamente conocida a partir del 2004 (2). Los objetivos de estas terapias son: abandonar el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer orden; adoptar presupuestos básicos de corte más contextualista; utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas o de primer orden; así como ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (2). Dentro de esta tercera generación aparte de la TDC, están la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia Conductual Integrada de Pareja, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia de reducción del estrés basada en *Mindfulness* y la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (2).

La TDC es un programa terapéutico diseñado por Marsha Linehan para tratar pacientes con

severos problemas de desregulación emocional, conductas suicidas y autolesivas frecuentes. En sus investigaciones, Linehan encontró que habían dos poblaciones que presentaban estas conductas: pacientes con depresión y pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), siendo los pacientes con TLP con quienes decide trabajar. La TDC no es una terapia exclusivamente conductual, ya que combina elementos cognitivo conductuales con técnicas de validación y elementos como el *Mindfulness*, que es una técnica psicológica basada en el budismo zen, engranados a través de una filosofía dialéctica (3).

Trastorno límite de personalidad: una patología de difícil manejo en la psiquiatría

El TLP es un trastorno que pertenece al Cluster B de los Trastornos de personalidad, según el DSM-5, que engloba a las personalidades emocionalmente inestables. Las características clínicas principales giran en torno a una gran inestabilidad emocional que conlleva a conductas impulsivas, autolesiones e intentos suicidas. Los pacientes con TLP no suelen ser los más agradables de atender o manejar en consulta dados los múltiples problemas que presentan así como las reacciones que originan en los profesionales que los atienden. En el 2004, Leiderman realizó una encuesta a 116 profesionales de salud, entre psiquiatras, psicólogos y enfermeras, para valorar diversos aspectos del TLP, uno de los resultados fue que los profesionales preferían atender por encima del TLP otras patologías como el Trastorno de Pánico, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia (4). En el 2012, Regalado y Gagliosi, realizaron una encuesta a profesionales de salud mental sobre el diagnóstico de TLP, se obtuvo que las emociones que producían los pacientes con TLP en los profesionales de salud eran de cansancio, frustración, confusión, cólera, y sensación de sentirse manipulado (5).

El paciente con TLP, además de ser uno de los pacientes que menos se desea atender, también es el que menos grado de satisfacción obtiene de las consultas (6), es una carga importante para la familia con pobre

funcionamiento global y es propenso a estilos de vida inadecuados, abuso de fármacos y visitas frecuentes a los servicios de salud (7).

La prevalencia del TLP en la población es alta, alrededor del 2 al 5 % (8,9). En pacientes ambulatorios es del 11% y en pacientes internados es del 20% (8,10). El 75% tiene conductas autolesivas y el 10% llega al suicidio consumado (10). La comorbilidad también es alta y variada, el 40 a 80% cumple criterios de depresión, el 10-20% es comórbido con trastorno bipolar, el 60% con abuso de sustancias, el 40-50% con trastorno por estrés postraumático, el 30-48% con trastorno de pánico y el 30-53% con algún trastorno de conducta alimentaria (9,11).

Debido a estos factores el tratamiento en este tipo de pacientes suele ser complejo. Los psicofármacos ocupan un lugar importante en el tratamiento multinivel del TLP. Sin embargo los tratamientos psicofarmacológicos empíricamente sustentados hasta la actualidad solo ayudan en los aspectos sintomáticos (inestabilidad emocional, impulsividad-agresividad, ansiedad-inhibición y distorsión cognitiva) (12,13). En los ensayos controlados con medicación los pacientes parecen mejorar, pero ninguno está bien (14). Las intervenciones psicoterapéuticas en TLP son consideradas primordiales en su tratamiento, sin embargo no están exentas de problemas, debido a la alta tasa de abandonos y dificultades en la adherencia (15). Dentro de las intervenciones psicoterapéuticas para TLP, una de las más estudiada y con mayor evidencia científica es la TDC, la que ha demostrado efectividad en la disminución de las conductas impulsivas, autolesiones y conductas suicidas, así como el número de internamientos y visitas a servicios de emergencia (15).

Terapia dialéctico conductual

Aspectos históricos

La TDC se inició en la década de 1980 a partir de las investigaciones de Marsha Linehan y su equipo

en la Universidad de Washington. Ellos empezaron a estudiar pacientes con alto riesgo suicida y múltiples conductas autolesivas, que posteriormente fueron agrupadas bajo el rótulo de TLP, realizando intervenciones desde la orientación conductual. Las técnicas conductuales funcionaban para algunas personas pero otras abandonaban el tratamiento porque se sentían incomprendidas y criticadas (16). Los pacientes sentían que su sufrimiento era subestimado por los terapeutas y a la vez, que los terapeutas subestimaban cuan útiles estaban siendo, como resultado los pacientes se sentían frustrados (16). Linehan observó que siempre se atribuía la falta de mejoría a variables que no eran muy científicas: la mayoría de los profesionales terminaban diciendo que los pacientes no querían cambiar en realidad o que no hacían lo suficiente para conseguirlo (17). Lo primero que se introdujo fue modificar el foco puesto en el cambio hacia la aceptación, es decir, aceptar a los pacientes tal y como eran, con sus múltiples problemas, riesgos y velocidad de avance (17). Luego de varios años de investigaciones, en 1993 se publicó el Manual sobre la TDC para TLP y el Manual de Entrenamiento en Habilidades para tratar TLP, generándose así los primeros libros sobre TDC (18,19).

Bases teóricas

El balance entre estrategias de cambio y de aceptación forma la dialéctica fundamental que da el nombre al tratamiento (16) (Figura 1).

La perspectiva dialéctica es un factor diferenciador con la TCC, y sus características son (19):

1. La realidad está formada de partes interrelacionadas y que funcionan como un todo, las conductas de un individuo no pueden entenderse de forma individual, sino como parte de un repertorio dentro de un ambiente complejo (19). Es decir el individuo deberá aprender habilidades que no están en su repertorio para influir en él y en su ambiente, y a la vez generalizar ese aprendizaje en otros ambientes.

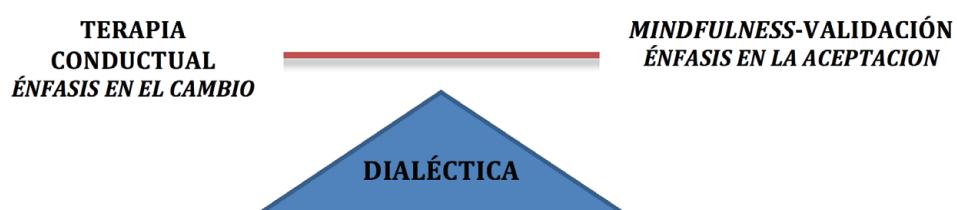


Figura 1. Balance entre Cambio y Aceptación en TDC.

2. La realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (19). El paciente con TLP se encuentra siempre en el medio de conductas extremas y polarizadas, que son generadas por su inestabilidad emocional, se debe ayudar al paciente a encontrar un equilibrio, un punto medio, por ejemplo enseñarle a aceptar sus conductas disfuncionales como parte de su déficit para regular emociones y a la vez enseñarle conductas efectivas para regular dichas emociones.
3. La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o proceso (19), hay que enseñarle al paciente a ser parte del proceso y aceptar el cambio, enseñarle que por más que no quiera, habrá cambios que no le gusten y si quiere cambios que le gusten, debe empezar por cambiar su comportamiento.

La filosofía dialéctica es nexo entre dos aspectos importantes de la TDC que son también opuestos: la Terapia Conductual y el *Mindfulness* con la Validación. La Terapia Conductual provee a la TDC de las estrategias necesarias para favorecer el cambio. A la TCC clásica, la TDC le agregó otros elementos como: focalización de conductas en sesión, definición de equipo como parte de la terapia, estrategias de acuerdo a severidad y riesgo, protocolo de suicidio y la focalización en emociones.

Mindfulness es el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes de meditación derivadas de la tradición budista y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia (20). Las definiciones de *Mindfulness* son variadas, la gran mayoría tienen en común la observación de la realidad en el momento presente con aceptación y sin juzgar. Con *Mindfulness*, en la TDC le enseñamos al paciente a prestar atención en el momento presente, abrirse a la experiencia, aceptar la experiencia tal cual es, sea esta dolorosa o no y a desprenderse de estas experiencias para no quedarse atrapado con el malestar (21).

Validación es comunicar al paciente que sus respuestas tienen sentido dentro del contexto actual, tomar las respuestas o comentarios del paciente seriamente y buscar reconocer y reflejar al paciente la validez inherente de sus respuestas al evento (18). En términos más sencillos significa reconocer como válida una respuesta a un determinado estímulo, estemos o no de acuerdo con esa respuesta. Por ejemplo, podemos reconocer como válido el que se haya hecho cortes ante una situación de intenso malestar porque no encontró otra manera de calmarse y en su repertorio

de conductas no había otra alternativa, sin embargo no significa que estemos de acuerdo con esa conducta ni mucho menos que no deba aprender conductas alternativas, más efectivas y menos dañinas.

Teoría biosocial para el TLP

La Teoría Biosocial propuesta por Marsha Linehan refiere que los problemas conductuales en el TLP se deben a la desregulación emocional de los pacientes. Esta desregulación emocional sería el resultado de la interacción de dos factores: la vulnerabilidad biológica (componente hereditario) y el ambiente invalidante (18).

La vulnerabilidad biológica, que podría tomarse como el temperamento del paciente, en el TLP presenta tres características fundamentales: alta sensibilidad a estímulos (sobre todo negativos), respuestas de alta intensidad y lento retorno a la calma (16). Por ello los pacientes con TLP suelen ser muy sensibles a cualquier estímulo emocional, sobretodo si es considerado negativo, responden de manera sobredimensionada ante situaciones que no ameritan dicha intensidad de respuesta y demoran en retornar a su estado basal luego una situación de crisis.

El ambiente invalidante se refiere a un ambiente donde se responde de forma inapropiada, errática o extrema a las experiencias internas de las personas. Este ambiente tiene las siguientes características (18):

- *Rechaza las respuestas del individuo:* El ambiente no considera como válidas las respuestas de las personas ante diversas situaciones, por lo tanto les enseña a autoinvalidarse y buscar respuestas en el medio ambiente. No les enseña a etiquetar experiencias, regular emociones y confiar en las propias respuestas.
- *Refuerza intermitentemente la escalada emocional:* Le enseña a la persona a oscilar emocionalmente entre la inhibición y la agresión. No le enseña a expresar las emociones en forma adecuada y a comunicar su malestar. Por ejemplo, una persona que vive en un ambiente familiar donde hay violencia verbal, no será escuchado si solicita algo de forma assertiva, pero si grita o se pone violento tal vez si sea escuchado, esto reforzaría su idea de que en cualquier ambiente debe solicitar algo de esta manera.
- *Sobresimplifica:* Le enseña a la persona a responder con alto nivel de frustración al fracaso. No le enseña a tolerar el malestar y a fijar metas y expectativas realistas.

Un ejemplo ilustrativo del ambiente invalidante es aquel en el que la madre está caminando con su hijo de 5 años y éste se cae, como respuesta lógica el niño se pone a llorar, inmediatamente la madre lo levanta, le frota la zona golpeada y le dice: “*jya no llores... no es para tanto...los hombres no lloran!*” ¿Era el llanto una respuesta incorrecta en el niño?, un niño de 5 años si se golpea y le duele ¿acaso no siente dolor?, y si le duele ¿el llanto no es una expresión adecuada para su dolor? La respuesta del niño ante el estímulo era adecuada sino que el ambiente invalidante le enseñó que no lo era. Situaciones similares a lo largo del desarrollo de este niño, generarán un adulto inseguro, confundido, incapaz de confiar en sus propias respuestas emocionales y dependiente de las señales que el medio externo le dará, para saber cómo responder.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), cinco de nueve criterios diagnósticos son suficientes para catalogar a un paciente de TLP (22). La Teoría Biosocial ha reordenado los criterios en cinco grupos de acuerdo al área de inestabilidad: inestabilidad emocional, cognitiva, interpersonal, de identidad y conductual. En la figura 2 resumimos la Teoría Biosocial y las áreas de inestabilidad.

Estructura de la TDC

A pesar de contar con un Protocolo de Suicidio y de instrumentos elaborados para la evaluación del suicidio, la TDC no es un programa destinado a prevenir o evitar el suicidio. El objetivo fundamental de la TDC es lograr una vida que valga la pena ser vivida y para ello el paciente debe incorporar, a su repertorio habitual, habilidades de regulación emocional y conductual (18).

El programa consta de cinco modalidades de tratamiento (22) (Tabla 1):

1. Terapia individual: Es la parte fundamental del tratamiento que articula el resto de modalidades (3). Es semanal y se realiza a la par del entrenamiento en habilidades (que es la terapia grupal). En la terapia individual se busca que el paciente generalice las habilidades que adquiere en el entrenamiento en habilidades. Por generalización se entiende que el paciente sea capaz de usar las habilidades en las diversas situaciones de la vida diaria y en todos los contextos que sean necesarios. Como en toda la terapia, la dialéctica se manifiesta también en las características que debe tener el terapeuta para lograr los objetivos. El terapeuta debe

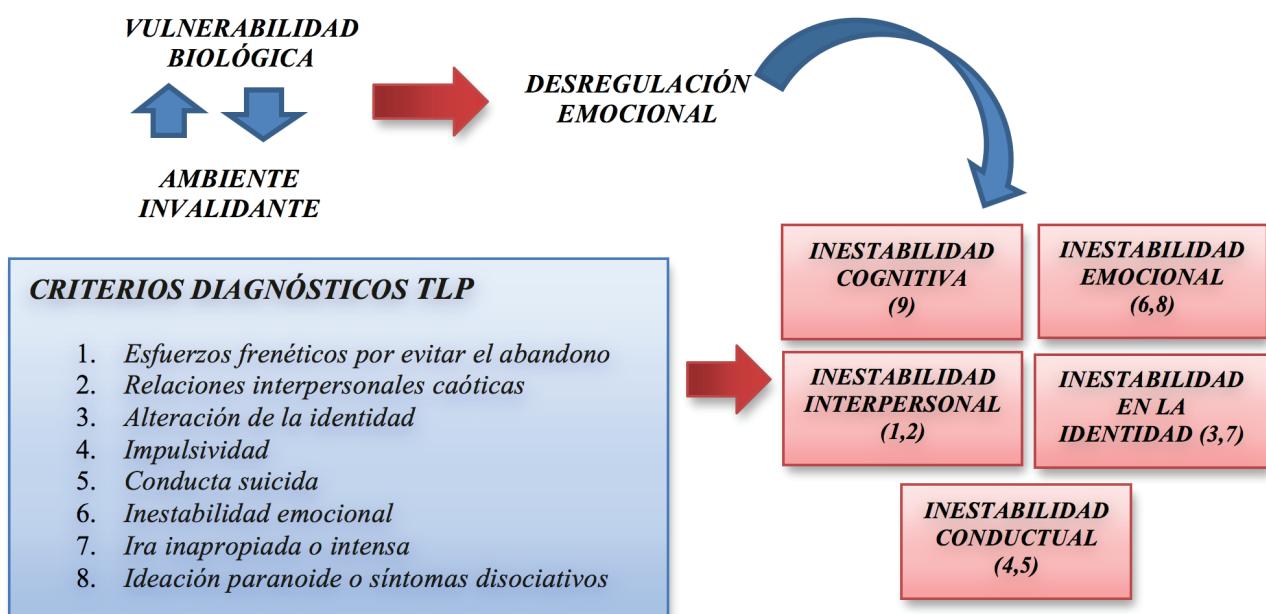


Figura 2. Teoría Biosocial y Áreas de inestabilidad en TLP

Tabla 1.Modalidades de la Terapia DialécticoConductual

MODALIDADES	CARACTERÍSTICAS
Terapia Individual	Sesiones semanales, duración variable. Generalización de habilidades.
Entrenamiento en Habilidades	Sesiones semanales, promedio diez meses. Adquisición y fortalecimiento de habilidades.
Consulta Telefónica	Entre sesiones. En caso de crisis y también para buenas noticias.
Terapia de los familiares	Para familiares y allegados. Sesiones semanales, promedio tres meses. Psicoeducación y disminución de emoción expresada.
Terapia de los terapeutas	Reunión de equipo. Supervisión y manejo del estrés.

estar orientado al cambio y a la vez a la aceptación, debe estar centrado en su propio eje y a la vez ser flexible y compasivo y debe ser exigente pero también contenedor.

2. Entrenamiento en habilidades: Es otro eje fundamental en TDC, se da semanalmente y es dirigido por dos terapeutas, los que, de preferencia, deben ser distintos a los terapeutas individuales de cada participante del grupo (19). Consta de cuatro módulos: aceptación radical, regulación emocional, efectividad interpersonal y conciencia plena. Cada módulo dura en promedio dos meses y son circulares, permitiendo que el grupo sea abierto, aunque podría ser cerrado de acuerdo a las necesidades y objetivos (19). Para la TDC, habilidad es sinónimo de capacidad y lo que se busca en el entrenamiento de habilidades es que el paciente sea capaz de realizar conductas efectivas en los diversos contextos ambientales, entendiéndose como conducta efectiva a la que lleva a un máximo de consecuencias positivas con un mínimo de consecuencias negativas. Se parte de la premisa de que los pacientes con TLP no tienen o tienen muy pocas conductas efectivas en su repertorio, por lo que deberán adquirirlas (en el entrenamiento), fortalecerlas (en el entrenamiento y en la terapia individual) y generalizarlas (en la terapia individual).

3. Coaching telefónico: Entre sesiones el paciente se puede comunicar telefónicamente con el terapeuta, siguiendo unas reglas previamente establecidas, para regular las razones del contacto y los horarios (22). La consulta telefónica persigue cuatro objetivos: proveer al paciente la oportunidad de reducir las conductas suicidas,

para suicidas y desadaptativas, atendiéndolos cuando están en crisis; enseñarle al paciente a pedir ayuda y como pedirla; facilitar procesos de generalización de habilidades y proveer oportunidad para repararla relación terapéutica (23). El contacto telefónico debe ser breve, no superar los veinte minutos, de tipo directivo y enfocado en el uso de habilidades (23).

4. Terapia de familiares y allegados: Se realizan sesiones semanales por un tiempo de tres meses para los familiares cercanos y allegados del paciente, donde se tratan temas sobre psicoeducación, habilidades y afrontamiento de crisis y conductas de riesgo. Un taller para familiares es útil porque las familias son receptoras de conductas que no entienden, pueden tener reacciones inapropiadas y dañinas y a veces recibir consejos e información inadecuada. Con el taller los familiares disminuyen la emoción expresada, mejoran la comunicación, entienden el trastorno y brindan una mejor ayuda a los pacientes (24).

5. Reunión de Supervisión de Equipo: Estas reuniones son la manera que tiene la TDC de cuidar al terapeuta o terapeutas encargados, de esa manera se evita el “Síndrome de burnout”. También sirve para discutir sobre casos complejos, o solicitar supervisión en caso se tenga problemas con algún paciente (3,25). La reunión de equipo fue una de los aportes de la TDC a la TCC y es uno de los sellos característicos de la TDC.

Además de estas modalidades, también se coordina con otras especialidades de ser necesario atención en otras especialidades médicas, así como el uso de otras instituciones, si es necesario el internamiento. Cabe

recalcar que en TDC se busca evitar en la medida de lo posible el internamiento, sobretodo prolongado, debido a que se considera que en el internamiento no se va a dar la posibilidad de usar habilidades en un ambiente lo más parecido al ambiente cotidiano, además que también se interrumpe el esquema estándar de tratamiento.

El tratamiento se divide en una etapa de pretratamiento y cuatro etapas de tratamiento, cada cual con sus metas específicas (22) (Figura 3).

- **Pretratamiento:** Es una etapa primordial, en la cual se deben conseguir tres objetivos antes de iniciar el tratamiento: evaluación de los pacientes; orientar al paciente sobre la naturaleza del tratamiento (la Teoría Biosocial y las características de la TDC) y obtener el compromiso; y por último, establecer objetivos (de acuerdo a las áreas de desregulación y conductas disfuncionales) y llegar a acuerdos sobre qué es lo que se brinda y se ofrece.

- **Etapa I:** Busca ir de un descontrol conductual a un progresivo control de conductas. Tiene como metas: reducir conductas que atentan contra la vida (de sí mismo y de terceros), la terapia (como faltas o tardanzas) y la calidad de vida (como problemas de salud, faltar al estudio o trabajo) y aprender habilidades como centrarse en el presente, mantener relaciones interpersonales adecuadas, entender las emociones y tolerar el dolor (22).

- **Etapa II:** Tiene como meta experimentar los sentimientos en forma adecuada sin disociarse o tener síntomas de estrés postraumático. Aquí se trata el trauma (16, 22).

- **Etapa III:** Tiene como meta aumentar el autorespeto e incrementar la calidad de vida, ayudar a construir una vida propia (16)

- **Etapa IV:** La meta es el trabajo espiritual para eliminar la sensación de vacío (16).

El programa de TDC tiene cinco funciones: aumentar las capacidades (a través del entrenamiento en habilidades), generalizar las habilidades (a través de la terapia individual), mejorar la motivación del paciente, mantener la motivación en el terapeuta (con la reuniones de supervisión) y estructurar el ambiente (modificando contextos con ayuda de la familia) (16).

Terapia dialéctico conductual: evidencia científica.

La TDC fue la primera terapia específica para TLP, sobre la que se publicaron estudios de eficacia

(3). Existe una importante cantidad de estudios controlados y aleatorizados, sobre la eficacia de la TDC desarrollados por Linehan, en estos estudios los pacientes que recibieron TDC fueron comparados con el tratamiento usual y la terapia basada en expertos(26-31). En general los resultados indican que la TDC disminuye de manera significativa las conductas autolesivas, las hospitalizaciones y la visita a los servicios de emergencia y aumenta la adherencia al tratamiento (26-31). Estudios controlados y aleatorizados desarrollados por otros investigadores encontraron que fundamentalmente los pacientes que recibieron TDC disminuyeron significativamente las conductas autolesivas, impulsividad y la ideación suicida (32-36). En uno de los estudios más largos desarrollado por Linehan en el 2006, se evaluó el tratamiento de un año con TDC en comparación con el tratamiento por expertos, se obtuvo que las personas que habían recibido TDC tenían la mitad de probabilidades de realizar un intento suicida y había menos riesgo en sus conductas autolesivas. En el seguimiento se obtuvo menos probabilidades de abandono de tratamiento, menos hospitalizaciones y menos visitas a los servicios emergencias (29). En una revisión sistemática del 2012, Cuevas y López, encontraron que la evidencia científica sugiere que la TDC es la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia en la reducción de conductas autolesivas y consumo de sustancias (15). Bloom en el 2012, realizó una revisión sistemática de estudios sobre la eficacia de la TDC en pacientes internados, hallaron reducción significativa en la ideación suicida, conductas autolesivas, ansiedad y depresión. Los hallazgos sugieren que la TDC podría ser eficaz en internamiento, pero debería estandarizarse debidamente el programa para internamiento (34). En una revisión Cochrane publicada en el 2012, sobre terapias psicológicas para personas con TLP, se concluyó que la TDC es útil en personas con TLP, su efecto se da en la disminución de la ira inapropiada, las autolesiones y logra una mejoría en el funcionamiento general (37).

Wagner en el 2014 realizó un evaluación de los costos de salud del TLP antes, durante y después de recibir TDC y, concluyó que la implementación de un programa de TDC se asociaba con importantes ahorros de costos en general, lo que es indicativo de los beneficios a nivel de costes de salud que la TDC reportaría con su uso (38).

La TDC se generó inicialmente para tratar pacientes con TLP, sin embargo con los años se ha ido usando

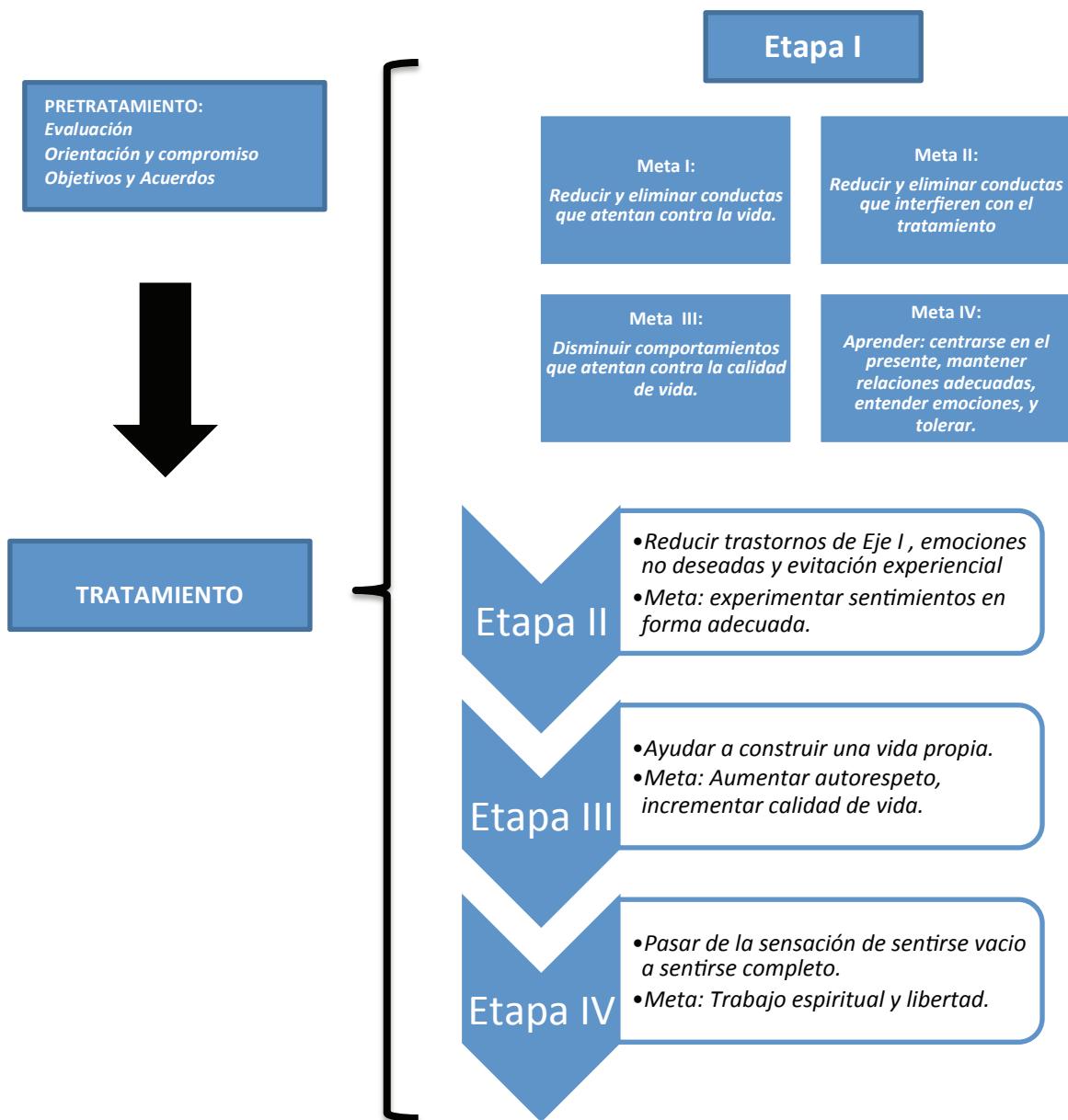


Figura 3. Etapas del Tratamiento en Terapia Conductual Dialéctica

en otras poblaciones y otros trastornos con resultados importantes. Groves en el 2009, realizó una revisión sistemática sobre TDC en adolescentes.

Encontró que la TDC podría ser eficaz en trastornos de conducta alimentaria, trastorno bipolar, agresividad y oposición y conductas autolesivas sin intención suicida (39). En cuatro ensayos clínicos aleatorizados, la TDC ha demostrado ser superior a la lista de espera en la disminución de atracones y conductas de purga, así como disminución de la preocupación por la

alimentación y la imagen corporal (40-43). Safer y Joyce en el 2011, compararon TDC con un grupo de tratamiento activo, si bien ambos mejoraron en los atracones, el grupo de TDC mostró menos abandono del tratamiento y reducciones iniciales más rápidas de los atracones (44). Dos ensayos clínicos aleatorizados demostraron también que la TDC generó disminución en el consumo de sustancias (29,45). Un estudio conducido por Lynch en el 2007, encontró efectos positivos de la TDC estándar en depresión en adultos mayores (46). Harned en el 2010 realizó un ensayo

aleatorizado y controlado, donde evaluó pacientes con TLP y síntomas de estrés postraumático, encontró que síntomas como conductas autolesivas, riesgo suicida, abuso de sustancias y disociación, disminuyeron significativamente (47).

CONCLUSIONES

1. La TDC pertenece al grupo de las terapias conductuales de tercera generación, fusiona conceptos de las ciencias conductuales con la validación y el *Mindfulness* articulados por una filosofía dialéctica, buscando el equilibrio entre el cambio y la aceptación.
2. La Teoría Biosocial del TLP explica que éste se produce por la interacción de una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante que genera una desregulación emocional con inestabilidad en diversos niveles como cognitivo, interpersonal, de identidad y conductual.
3. La TDC presenta cinco modalidades de tratamiento las cuales se llevan en paralelo. La terapia individual, el entrenamiento en habilidades y la consulta telefónica son modalidades para el paciente, mientras que la terapia de familiares y la reunión de equipo, son modalidades para la familia y los terapeutas, respectivamente. La TDC presenta una etapa de pretratamiento, que es fundamentalmente de orientación y compromiso, y cuatro etapas de tratamiento con sus respectivos objetivos.
4. La evidencia científica a favor de la eficacia de la TDC es amplia, fundamentalmente a favor de la reducción de conductas autolesivas, ideación suicida, hospitalizaciones, visitas a servicio de emergencia y a favor del aumento de la adherencia al tratamiento. También hay evidencia significativa a favor de otros trastornos y otras poblaciones, como: adolescentes con síntomas de TLP y otras comorbilidades psiquiátricas, trastorno de conducta alimentaria, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias.

Correspondencia:

Edgar R. Vásquez Dextre.
Servicio de Salud Mental, Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
Av. Alfonso Ugarte 848, Cercado.
Lima, Perú.
Teléfono: (511) 614 4646.
Correo electrónico: edrevade80@hotmail.com

Conflictos de interés:

Ninguno.

Declaración de financiamiento:

Financiado por el autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Therapy*. 2004; 35: 639-65.
2. Moreno A. Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*. 2012; 12: 1-17.
3. De la Vega I, Sánchez S. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicol*. 2013; 10: 45-55.
4. Leiderman E, Buchovsky S, Jiménez M, Nemirovsky M, Pavlovsky F, Giordano S. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales. *VERTEX*. 2004; 15:280-86.
5. Regalado P, Gagliosi P. Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *Psiencia*. 2012; 4: 66-75.
6. Hueston WJ, Mainous A, Schilling R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract*. 1996; 42:54-60.
7. Keuroghlian A, Frankengburg F, Zanarini M. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res*.2013; 47: 1499–1506.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 665.
9. Grant B. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 533–45.
10. Serrani D. Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. *ALCMEON*. 2011; 16: 370-86.
11. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364: 453-61.
12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: introduction. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 295-302.
13. Diaz-Marsa M. Tratamiento biológico del trastorno

- límite de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36: 39-49.
14. Triebwasser J, Siever L. Pharmacotherapy of personality disorders. *J Ment Health.* 2007;16: 5-50.
 15. Cuevas C, López A. Intervenciones Psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *Intern Jour Psych Psychol Therapy.* 2012; 12: 97-114.
 16. Gagliesi P. Terapia Conductual Dialéctica (DBT) para consultantes con Desorden Límite de Personalidad. En: Koldobsky N. Trastornos de Personalidad: Aspectos Generales para su tratamiento. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2009. p. 101-21.
 17. Gagliesi P. Entrevista a Marsha Linehan, creadora de la Terapia Conductual Dialéctica. *Psyencia;* 2013. (Citado el 17 de agosto del 2015). Disponible en: <http://www.psyciencia.com/2013/10/21/entrevista-marsha-linehan-terapia-dialectico-conductual-pablo-gagliesi/>
 18. Linehan M. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorders. New York: Guilford Press; 1993. p. 35-40.
 19. Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorders. New York: Guilford Press; 1993. p. 20-31.
 20. Kabat-Zinn J. Mindfulness based intervention in context: Past, present and future. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003; 10:144-56.
 21. Pérez M, Botella L. Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. *Revista de Psicoterapia.* 2006; 17 (66-67): 77-120.
 22. Gempeler J. Terapia conductual dialéctica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008; 37 (1): 136-47.
 23. Lencioni G, Gagliesi P. Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008; 37: 216-226.
 24. Apfelbaum S, Gagliesi P. El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. VERTEX. 2004; 15: 295-302.
 25. Serrani D. Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. ALCMEON. 2011; 17: 169-88.
 26. Linehan M, Armstrong H, Suarez A. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48:1060-64.
 27. Linehan M, Heard H, Armstrong H. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50:971-74.
 28. Linehan M, Heard H. Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients: Reply. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50:157-58.
 29. Linehan M. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict.* 1999; 8:279-92.
 30. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63:757-66.
 31. Linehan M. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69:999-1005.
 32. Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomised clinical trial The Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2003; 182:135-40.
 33. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2004; 42:487-99.
 34. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A Systematic Review. *Psychiatr Serv.* 2012; 63:881-88.
 35. Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2005, 43:1231-41.
 36. Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol.* 2012; 51: 121-41.
 37. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012; 8: CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
 38. Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize HJ, Renneberg B, et al. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther.* 2014; 61: 12-22.
 39. Groves S. Dialectical behaviour therapy with adolescents: A review. *Child Adolesc Ment Health.* 2012; 17: 65-75.
 40. Telch CF, Agras WS, Linehan M. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69: 1061-1065.
 41. Safer D, Telch C, Agras W. Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: a case report. *Int J Eat Disord.* 2001; 30:101-6.
 42. Hill D, Craighead L, Safer D. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. *Int J Eat Disord.* 2011; 44:249-61.
 43. Safer D, Robinson A, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for

- binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*. 2010; 41:106-20.
44. Safer D, Joyce E. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behav Res Ther*. 2011; 49:339-45.
45. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 67:13-26.
46. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22:131-43.
47. Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *J Trauma Stress*. 2010; 23:421-9.

Recibido: 08/12/2015

Aceptado: 07/03/2016