



ADAPTACIONES DE LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL: MÁS ALLÁ DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

ADAPTATIONS OF DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY: BEYOND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER



Marcia Aguilar Sandí¹

ENSAYO

Resumen

El desarrollo de la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés) ofreció nuevas opciones de tratamiento basado en la evidencia para personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) las cuales han sido percibidas en gran medida en los sistemas de salud como intratables. Sin embargo, su teoría fundamental, y sus bien fundamentados principios y estrategias para apoyar a las personas con escasas capacidades de regulación emocional han permitido a diversos investigadores abordar un grupo más amplio de percibidos “intratables”. A partir de las necesidades específicas de cada uno de estos grupos (y de los recursos disponibles de los terapeutas a su cargo), se han propuesto adaptaciones que, en última instancia, mejoran la accesibilidad de este modelo terapéutico.

Palabras clave: DBT, psicoterapia, regulación emocional.

Abstract

The development of Behavioral Dialectical Therapy (DBT) offered new evidence-based treatment options for people diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) which have been largely perceived in health as intractable. However, its fundamental theory, and its well-founded principles and strategies to support people with limited emotional regulation abilities have allowed various researchers to approach a broader group of perceived “intractable”. Based on the specific needs of each of these groups (and the available resources of the therapists in their charge), adaptations have been proposed that ultimately improve the accessibility of this therapeutic model.

Key words: DBT, emotional regulation, psychotherapy.

¹ Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Rehabilitación/ Hospital Diurno, Hospital Nacional Psiquiátrico. marciaguilars@gmail.com.



Introducción

La Terapia Dialéctica Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés), es un tratamiento estandarizado en un Manual, originalmente diseñado por Marsha Linehan para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en mujeres adultas. En síntesis, es un modelo que agrupa técnicas cognitivas y conductuales dentro de un marco Zen, con énfasis en la atención plena (Linehan, 1993).

Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante. El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente, aunque no siempre, de manera lineal. Por ejemplo, no se abordan conflictos emocionales hasta que la persona sea capaz de manejar conductas que suponen una seria amenaza para sí mismo o para los demás. Las diversas fases contemplan el manejo de conductas autolesivas; afrontamiento de conductas que interfieren con la terapia; validación de los conflictos emocionales; aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener relaciones interpersonales satisfactorias; elaboración de situaciones traumáticas; entrenamiento en resolución de problemas y promoción del auto-respeto; y finalmente, entrenamiento para disfrutar de las experiencias personales que configuran una vida que vale la pena ser vivida (Cuevas y López, 2012).

En el tratamiento de TLP, Elices y Cordero (2018) mencionan siete ensayos clínicos aleatorizados en los que se ha evaluado la eficacia de DBT (Carter, Willcox, Lewin, Conrad, y Bendit, 2010; Clarkin, Levy, Lenzenweger, y Kernberg, 2007; Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, y Heard, 1991; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003). Sin embargo, con el paso del tiempo, las estrategias utilizadas con esta población han empezado a ser probadas en otras poblaciones que comparten, como característica central, dificultades en la regulación de las emociones.

El propósito de este artículo es describir brevemente algunas de las adaptaciones que diversos autores han aplicado en el modelo de DBT estándar para lograr resultados favorables con poblaciones con un diagnóstico distinto o concomitante al TLP.

Población Adolescente

Aunque generalmente no se diagnostica en adolescentes, características distintivas de TLP, por ejemplo, la autolesión, emergen y son evidentes en esta etapa (Flynn, Gillespie, Joyce y Spillane, 2020).

El modelo de DBT-A, adaptado por Alec Miller (Rathus, Miller y Linehan, 2007) incorpora terapia individual semanal, entrenamiento grupal en habilidades, coaching telefónico y reuniones semanales del equipo de Consultación.



Las características distintivas de DBT-A respecto de DBT estándar se pueden apreciar en las siguientes áreas (Mayo, 2015; Vogelzang, 2017; Kenowitz, Santuci, Lupkin, Michael y Pimentel, 2018):

- Terapia familiar: para educar a los padres en temas como el manejo de su propia disregulación emocional, y la vulnerabilidad emocional de los adolescentes.
- Coaching telefónico: el terapeuta individual es el coach del adolescente; mientras que para los adultos lo será el líder del grupo de entrenamiento de habilidades.
- Inclusión de los padres en el grupo de entrenamiento de habilidades: persigue la generalización de las habilidades de los adolescentes; mejorar la capacidad de los padres de proporcionar validación y apoyo; y reforzar el comportamiento hábil; y en general, alterar la forma en que los padres responden a los comportamientos del adolescente.
- Caminando el sendero del medio: este es un módulo nuevo en el entrenamiento en habilidades. Aborda dilemas dialécticos comunes en la familia de un adolescente, denominados como “indulgencia excesiva versus control autoritario”, “normalizar comportamientos patológicos versus comportamientos normativos patológi-

zantes”, y “forzar la autonomía versus fomentar la dependencia”. Cada objetivo se practica a través de juegos de roles y con las tareas familiares.

La mayoría de los estudios sobre DBT en población adolescente se han enfocado en jóvenes con rasgos de TLP pero en general, parece ser aplicable a cualquier trastorno cuyo meollo sea la regulación deficiente de las emociones (McPherson, Fristad y Cheavens, 2012; James, Taylor, Winmill y Alfoadari, 2008).

Kenowitz, Santuci, Lupkin, Michael y Pimentel (2018) mencionan que el entrenamiento de habilidades DBT en adolescentes con diagnóstico de Trastorno Opositor Desafiante ha mostrado ser efectivo para la mejora en la conducta, así como en los síntomas de internalización. En adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria también se han demostrado mejoras significativas en síntomas específicos de anorexia y bulimia.

Hashim et. al. (2013, citados por Kenowitz et. al., 2018) han descrito resultados positivos en la mejora de la adherencia al tratamiento en adolescentes con enfermedad renal crónica.

Para Mehlum et. al. (2019), el mecanismo de cambio que subyace el éxito de DBT-A, especialmente sobre las conductas autolesivas, sería la reducción en la experiencia de desesperanza de los usuarios. Para estos autores, la conducta suicida crónica y la



autolesión pueden verse como estrategias de escape del dolor emocional intolerable. Una experiencia pronunciada de desesperanza puede obstaculizar la disposición de las y los adolescentes a renunciar a la autolesión y probar formas alternativas de regular las emociones. DBT-A incluye varias intervenciones para tratar la desesperanza, por ejemplo, la psicoeducación para vincular los comportamientos problemáticos con sus objetivos, y el uso de pros y contras de las elecciones que hacen sobre su tratamiento y vida futura. Además, DBT-A enfatiza el fomento del pensamiento dialéctico, ayudando a las y los adolescentes a cambiar sus percepciones extremadamente polarizadas de sí mismos y de los otros; mientras se construye una vida que valga la pena ser vivida.

En esta misma población, pero con una dinámica distinta, el Modelo de DBT STEPS-A (Mazza et al., 2016) presenta un programa de aprendizaje socioemocional cuyo objetivo es enseñar a los adolescentes entre 12 y 19 años, dentro de su entorno escolar, habilidades que les ayudarán a mejorar sus estrategias de afrontamiento y toma de decisiones, especialmente en momentos emocionalmente estresantes. El programa es impartido por los profesores en escuelas secundarias durante el año académico (normalmente 30 clases con frecuencia semanal).

DBT STEPS-A, tal como DBT estándar, se divide en cuatro módulos principales: atención plena, tolerancia al malestar, regulación

emocional y efectividad interpersonal. El plan de estudios incluye tres pruebas que evalúan la aplicación de las habilidades específicas a diferentes situaciones. Cada lección comienza con un ejercicio de atención plena seguido de una revisión de la tarea y del registro diario. La revisión de cada lección se realiza en parejas o grupos, de modo que los adolescentes estén entrenándose y apoyándose entre sí. En la clase, se enseña una nueva habilidad y en qué contexto utilizarla. Las habilidades que se enseñan apuntan al desempeño en las siguientes áreas (Flynn et. al., 2018):

- Relaciones con pares y familia.
- Presión académica.
- Intimidación (desde la perspectiva de víctimas y perpetradores).
- Consumo de alcohol y drogas.
- Comportamiento autodestructivo.
- Ideación o conducta suicida.
- Comportamiento antisocial.

Se postula que DBT STEPS-A es rentable, reduciendo comportamientos problemáticos que resultarían en expulsiones del colegio o en visitas a los servicios de emergencias; aumentando la capacidad de resolución de problemas emocionales de las y los adolescentes y desarrollando su resiliencia. Adicionalmente, este abordaje ofrece al sistema escolar la capacidad de identificar estudiantes en riesgo de desarrollar o ya estar experimentando problemas en su salud mental. Esto a su vez facilita individualizar el nivel de apoyo e intervención requerido a las necesidades del joven, involucrando a



cuidadores y docentes para hacer referencias posteriores según sea necesario.

En entornos hospitalarios, se han probado protocolos intensivos en los cinco módulos básicos de DBT-A, combinados con terapia individual, entrenamiento de habilidades las 24 horas y reuniones de consultación para las y los terapeutas. Moran et. al. (2019) describieron un programa consistente en la aplicación de los módulos de entrenamiento durante tres períodos de 50 minutos diarios, por cuatro semanas. Cada adolescente completa las tareas en grupo o individualmente, mantiene una tarjeta diaria, asiste a otros grupos de dos horas de duración diseñados para la generalización de las habilidades DBT (hacia áreas como establecer metas, explorar valores, dominar la exposición, expandir la capacidad de autoevaluación y practicar la atención plena) y se reúne dos veces por semana con un Psiquiatra para el manejo de síntomas y medicamentos. Por su parte, la totalidad del personal está consciente de los objetivos de DBT de cada paciente y apoya el uso de habilidades tanto en el entorno institucional como durante salidas a la comunidad los fines de semana. Las familias participan en sesiones familiares una vez a la semana y son invitadas a asistir a un grupo semanal de habilidades para padres, contando también con acceso continuo al coaching telefónico. Después de un mes de tratamiento, los autores encontraron reducciones significativas en las conductas propias del TLP y en los síntomas depresivos entre los adolescentes, aunque los resultados

no fueron tan positivos respecto a los síntomas de ansiedad.

Niños

Perepletchikova et. al. (2011) han propuesto DBT-C, un Modelo dirigido a niños y preadolescentes (entre 7 y 12 años) que busca adherirse a los principios estándar al tiempo que utiliza materiales y actividades originales, diseñados para involucrar a los niños, mantener su atención y motivar el desarrollo de las habilidades.

La terapia consta de dos sesiones de pretratamiento y 30 sesiones de tratamiento con una frecuencia semanal. Se administran 30 minutos de terapia infantil individual, 20 minutos de reunión con un cuidador y 40 minutos de entrenamiento en habilidades con ambos.

La Jerarquía de objetivos en DBT-C es:

I. Disminución del riesgo de psicopatología en la adolescencia y la edad adulta:

- Comportamientos que amenazan la vida del niño (suicidio, autolesiones).
- Comportamientos destructivos en la terapia (por ejemplo, agresión severa en la sesión).
- Comportamientos de los padres que interfieren en la terapia (por ejemplo, no seguir el plan de tratamiento).



- Regulación de las emociones de los padres (Habilidades DBT-C, psicopatología parental).
- Habilidades eficaces de crianza.

II. Relación padre-hijo.

- Mejora de la relación.

III. Síntomas actuales del niño:

- Comportamientos de riesgo (por ejemplo, agresión física).
- Comportamientos que interfieren con la calidad de vida (agresión verbal, ansiedad).
- Entrenamiento en habilidades.
- Comportamientos del niño que interfieren con la terapia (por ejemplo, jugar con un teléfono durante la sesión).

Las Habilidades que se trabajan durante las 32 semanas del programa han sido adaptadas desde los Manuales para adultos y adolescentes. Estas adaptaciones incluyen (Perepletchikova et. al., 2011; Perepletchikova y Goodman, 2014):

- Materiales diseñados con dibujos animados, letras grandes, cantidad limitada de texto por página y lenguaje orientado a un nivel de lectura de segundo grado.

- Materiales didácticos simplificados y condensados. Por ejemplo, las habilidades de mente sabia ACCEPTS e IMPROVE se combinaron en una sola, denominada "DISTRACT". Además, se introdujeron nuevas habilidades, incluida la habilidad "STOP", dirigida a aumentar la conciencia y disminuir la impulsividad, y el "Surfing Your Emotion" que enseña a los niños a regular la excitación emocional.
- La presentación de materiales didácticos se complementa con ejercicios experienciales, juegos de mesa, multimedia, prácticas en la sesión y juegos de roles.
- Las prácticas de atención plena son activas para mantener enganchado al niño(a), y pueden usarse como descanso tras períodos de atención sostenida.
- En la práctica en sesión, los terapeutas modelan las habilidades, incitan y refuerzan aproximaciones sucesivas a los comportamientos objetivo.
- Los juegos de roles les dan a los niños la oportunidad de practicar habilidades de una manera lúdica y aplicar técnicas a situaciones de la vida real.
- Las presentaciones multimedia utilizan videoclips con personajes de dibujos animados para modelar el uso de habilidades e involucrar a los niños en la discusión.



- La terapia individual es similar a la DBT estándar, durante la sesión el terapeuta proporciona información didáctica sobre desarrollo, mantenimiento y cambio conductual en general; aborda inquietudes específicas; revisa las tarjetas de diario, y realizar análisis en cadena, reestructuración cognitiva y resolución de problemas.
- El análisis en cadena se simplifica en DBT-C y sigue una secuencia específica de enlaces: evento, pensamiento, sentimiento, impulso de acción, acción y efectos. Para ayudar en esa tarea, se diseñó el “Dragón de tres cabezas”. Los niños escriben sus sentimientos, pensamientos y comportamientos en tarjetas que funcionan como enlaces, y los colocan en el Dragón.
- Con los cuidadores, el trabajo se enfoca en cómo crear un ambiente en que se valide al niño en el hogar, al tiempo que aprenden habilidades DBT para sí mismos y para guiar la práctica de los niños. Las técnicas de validación y modificación del comportamiento fueron adaptadas de DBT-SS y DBT-A.

DBT-C es bastante tolerante con los comportamientos del niño que pueden interferir con la realización de una sesión. Las conductas problemáticas (agresión verbal, amenazas, gritos, lenguaje corporal amenazante, devaluación del tratamiento como pérdida de tiempo, correr y otras conductas distractoras)

simplemente se ignoran, o se recurre al refuerzo de los comportamientos deseados en el momento y con eso se moldea la respuesta adaptativa al cabo del tiempo. Durante un incidente, las respuestas del cuidador (como mantener la calma, validar, usar habilidades, generar soluciones efectivas, ignorar) tienen prioridad sobre el comportamiento del niño (Perepletchikova et. al., 2011).

Población con Estrés Postraumático Complejo

Para un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), a partir del DSM-V, se requiere de (a) problemas graves y generalizados en la regulación del afecto; (b) creencias persistentes sobre uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, acompañado de sentimientos profundos y penetrantes de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático; y (c) dificultades persistentes para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás.

Los síntomas centrales se pueden tratar de manera efectiva mediante modelos de trauma, como la exposición prolongada (EP), la terapia de exposición narrativa (NET), la terapia de procesamiento cognitivo (CPT) y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). Sin embargo, para consultantes con síntomas complejos, se hace necesario el uso de estrategias de regulación de las emociones (Görg et. al., 2019).



El Modelo adaptado para TEPT (DBT-PTSD, por sus siglas en inglés) fue diseñado por Martin Bohus para consultantes con diagnóstico de TEPT secundario a abuso sexual infantil, que en la edad adulta presentan desregulación emocional severa y altos niveles de culpa, vergüenza, autodesprecio, autolesión, ideación suicida, disociación y dificultades interpersonales (Bohus et. al., 2019; Görg et. al., 2019).

El DBT-PTSD se divide en siete fases de tratamiento que se extienden durante 12 semanas en el entorno hospitalario (Bohus et. al., 2013) y durante 1 año con hasta 45 sesiones de terapia individual en el entorno ambulatorio. Cada fase de tratamiento incluye módulos de tratamiento obligatorios y voluntarios. Este enfoque modular permite adaptar el tratamiento a las diversas constelaciones de síntomas de individuos que padecen TEPT.

Independientemente de las distintas fases de tratamiento, todas las agendas de sesiones individuales están determinadas por objetivos de tratamiento ordenados jerárquicamente, tal y como en DBT estándar. El entrenamiento de habilidades se proporciona durante la terapia individual: las habilidades se han modificado para las necesidades específicas de los consultantes con TEPT, e incluyen: 1) habilidades de atención plena y compasión, 2) habilidades de tolerancia al malestar, 3) habilidades de regulación emocional y 4) recuperar una vida que valga la pena ser vivida. Se incluye adicionalmente el coaching

telefónico y las reuniones del equipo de consultación. Las fases del tratamiento se detallan brevemente a continuación (Bohus et. al., 2019):

1. “Compromiso”: una breve entrevista estructurada registra el patrón de comportamiento activo y disfuncional en ese momento. El terapeuta establece un plan de crisis y emergencia. También se hace una breve introducción al concepto de habilidades, en particular, atención plena. Los consultantes desarrollan un “yo de apoyo compasivo” escuchando diariamente auto instrucciones imaginativas que han sido grabadas por sus terapeutas.
2. “Modelo de Trauma y Motivación”; el objetivo es establecer un modelo concluyente de cómo se desarrolla, se preserva y se puede tratar el TEPT. Las personas deben comprender qué tanto influye el TEPT en sus vidas y cómo los pensamientos y emociones automáticos relacionados con el trauma les impiden desarrollar una vida significativa. Al final de esta segunda fase, los consultantes y sus terapeutas presentan el plan de tratamiento juntos al equipo de consulta, discuten las perspectivas de éxito y el posible apoyo requerido y obtienen el permiso para ingresar a la tercera fase.
3. “Habilidades y elementos cognitivos”: los terapeutas analizan estrategias de escape conductuales (por ejemplo,



- autolesiones) y emocionales (por ejemplo, culpa, vergüenza, disociación) y ensayan las habilidades funcionales apropiadas. Las personas aprenden a reconocer y evaluar su nivel de tensión interna, a identificar señales tempranas de estados disociativos y a reducirlos con fuertes estímulos sensoriales o distracción fisiológica (compresas de hielo, amoníaco, chile, malabares, movimientos oculares y equilibrio). También se familiarizan con el significado evolutivo fundamental de las emociones, como la culpa, la vergüenza, el desprecio y el asco, y aprenden a reconocerlas y modularlas.
4. “Exposición asistida por habilidades”: la aplicación de habilidades ayuda a establecer un equilibrio entre la activación de las emociones asociadas con el trauma y la conciencia del momento presente. La fase de exposición real comienza cuando los consultantes escriben por primera vez su incidente traumático, incluidos los pensamientos y sentimientos que ocurrieron durante el evento. Este guion se lee primero en voz alta en la sesión de terapia. Luego sigue la exposición repetida. Intermitentemente, los terapeutas interrumpen la exposición para crear la referencia sensorial a la realidad: “¿Cuál es la diferencia entre entonces y ahora? ¿Cómo ves esto, cómo sientes esto?”... Entre las sesiones, los consultantes escuchan las grabaciones

de audio de la exposición todos los días en el hogar. Los autores reportan una reducción significativa de los síntomas (disminución de la frecuencia y angustia por intrusiones y retrocesos; revisión de la culpa y la vergüenza) en 5 a 6 sesiones de exposición.

5. “Aceptación radical”: trata de poner fin a la relación ilusoria con los cuidadores primarios y hacer espacio para una consideración madura, revisada y realista.
6. “Una vida que vale la pena vivir”: las personas exploran nuevas áreas de la vida o buscan activamente mejoras en aquellos factores que se interponen en el camino de una vida significativa que valga la pena vivir. Para los consultantes con antecedentes de abuso sexual infantil, temas como las relaciones, la experiencia física y la sexualidad, así como los cambios en la vida profesional son casi siempre significativos.
7. “Adiós”: terminación de la relación terapéutica.

En síntesis, las adaptaciones realizadas al Modelo de DBT estándar son las siguientes (Krüger et. al., 2014; Görg et. al., 2019):

- Se complementa DBT estándar con intervenciones cognitivas centradas en el trauma y basadas en la exposición.



- Las habilidades se pueden usar para manejar niveles extremos de angustia que a menudo se asocian con la disociación.
- La exposición en imaginación se complementa con habilidades anti disociativas (es decir, exposición basada en habilidades).
- Debido a que muchos consultantes traumatizados experimentan las meditaciones de mindfulness prolongadas como desagradables y molestas, DBT-TEPT facilita la atención basada en habilidades. En esto, los principios psicológicos activos de la atención plena se dividen en habilidades individuales adecuadas para una rutina diaria y ejercicios más cortos de atención plena sin depender de la meditación formal como una experiencia necesaria.
- El protocolo de exposición permite al paciente controlar la intensidad de la activación de la memoria y equilibra la intensidad de los recuerdos traumáticos con la conciencia de estar en el presente (no peligroso), mediante el uso de habilidades durante las sesiones de exposición y la exposición asistida por habilidades.
- El mecanismo de cambio hipotético en DBT-PTSD es que la exposición a imágenes relacionadas con el trauma conduce a una mejor aceptación de las

emociones secundarias, como la culpa o la vergüenza. Además, los individuos aprehenden los pensamientos automáticos y las emociones desadaptativas relacionadas con el trauma desde una perspectiva más distante. Para los autores, esto conduce a un mejor control sobre las tendencias de acción impulsadas por las emociones y a su reemplazo por el comportamiento funcional.

- Las técnicas específicas utilizadas en DBT-PTSD se derivan de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT).

Población con Discapacidad Intelectual

Como indica Seavey (2012), en DBT la cognición no es considerada una limitante para el proceso de crecimiento personal. Brown (2019), sin embargo, apunta que las personas con discapacidad intelectual (DI) que más pueden beneficiarse de DBT serían aquellas que presentan una gravedad moderada o leve, que cuentan con habilidades básicas de comunicación verbal y que presentan desregulación emocional, cognitiva, conductual, del sí mismo y de relación.

Tradicionalmente, se ha visto a las personas con DI como una población extremadamente desafiante, que corre un alto riesgo de tratamiento restrictivo en respuesta



a la impotencia, la confusión, la hostilidad y el agotamiento que pueden suscitar en los responsables de su cuidado (Lew, Matta, Tripp-Tebo y Watts, 2006; Browne, Brown y Smith, 2019). Adicionalmente, a menudo estas personas tienen múltiples diagnósticos de salud mental, y toman varios medicamentos psicotrópicos (Brown, 2019).

El modelo básico de DBT para personas con DI se denomina DBT-SS y fue adaptado por Julie Brown (Brown, 2016). En éste se incluye abordaje individual, capacitación grupal, equipo de consultación, y coaching telefónico. Aunque se tiende a aplicar únicamente el entrenamiento en habilidades, la autora indica que la terapia individual debe ser la base del tratamiento, ofreciendo apoyos integrales y andamios esenciales para sostener el proceso de construcción de habilidades (Brown, 2019).

El currículo de habilidades busca desarrollar la atención plena, la eficacia interpersonal, la regulación emocional y capacidades de tolerancia al malestar, tal como en los módulos de DBT estándar, pero el plan de estudios ha sido adaptado modificando el lenguaje y el formato para acomodar el aprendizaje a las necesidades específicas de la población; y permitirle ir logrando niveles crecientes de independencia en entornos residenciales y vocacionales (Brown, Brown y Dibiasio, 2013).

Algunas adaptaciones desde DBT estándar recogidas por Seavey (2012); McNair (2014);

Kenowitz, Santuci, Lupkin, Michael y Pimentel (2018) y Brown (2019) son:

- Tomar en cuenta las necesidades particulares de cada persona.
- Puede usarse planes conductuales formales. Estos a menudo incluyen el uso de recompensas tangibles para comportamientos adaptativos y planes de contingencias sistemáticas para abordar comportamientos problemáticos. A través de un proceso de análisis conductual la persona y el terapeuta clasifican comportamientos problemáticos como banderas rojas (baja intensidad), riesgos (mediana intensidad) y lapsos (alta intensidad) para aclarar las fases de la escalada de la persona.
- Si existe dificultad para la presentación oral de la información, privilegiar el uso de imágenes (por ejemplo, para describir emociones) e incluso de material audiovisual, como videos.
- Modificar las Tarjeta de Registro Diario usando un lenguaje más sencillo.
- Reducir la cantidad de eslabones en los análisis en cadena.
- Enfatizar la práctica en consultorio.
- Repetición y más repetición de los contenidos.



- Según el spam atencional de la persona, acortar las sesiones individuales a 30 o 35 minutos.
- Incluir en cada sesión individual una revisión de las habilidades grupales de la sesión más reciente, para reforzarlas.
- Permitir tiempo adicional para practicar habilidades de inmediato dentro del entorno grupal, a diferencia de los grupos tradicionales que buscan que los participantes practiquen fuera del grupo.
- Para el refuerzo de las habilidades adaptativas, capacitar a los padres, cuidadores, personal docente y personal vocacional de forma que actúen como coach. Para este propósito se puede brindar psicoeducación y material impreso.
- Permitir a los cuidadores acceder al terapeuta individual para coaching durante los episodios de desregulación emocional del paciente.
- Fortalecer el trabajo conjunto entre terapeuta, psiquiatra, neurólogo y cualquier otro profesional médico, para consultar sobre el progreso de la terapia, el uso de medicamentos psicotrópicos y la progresión de cualquier enfermedad de base.
- Permitir a los participantes repetir la participación en el grupo de Habilidades si lo consideran de ayuda.

Según Browne, Brown y Smith (2019) las adaptaciones introducidas para maximizar la accesibilidad de DBT a las personas con DI pueden dificultar la generalización de los resultados de los estudios; sin embargo, mencionan algunas investigaciones que dan cuenta de resultados favorables para el modelo, reportando mejoras marcadas en los comportamientos agresivos y autolesivos. Se han documentado igualmente reducciones significativas en la agresión, las conductas de riesgo y autolesión, e intentos suicidas (Roscoe, Petalas, Hastings y Thomas, 2015); y reducciones significativas en los niveles de depresión, ansiedad y enojo, al tiempo que se mejoraban significativamente la sensación de bienestar (operacionalizada como una disminución de la sintomatología afectiva y de las hospitalizaciones psiquiátricas) y de las habilidades de atención plena (McNair, 2016).

Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dado que el desarrollo inicial de DBT fue para adultos con TLP, la mayoría de los estudios han evaluado la utilidad de DBT estándar para personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comórbidos con TLP; mientras que las investigaciones sobre DBT para TCA en adultos sin TLP se ha centrado en la bulimia y el trastorno por atracón.

Mientras algunos autores han sugerido que las personas con TCA presentan problemas



relacionados con el subcontrol emocional (por ejemplo, en el trastorno por atracón y bulimia nerviosa) otros han postulado que el problema es el sobre control emocional (por ejemplo, en la anorexia nerviosa). Sea cual fuere el caso, DBT beneficiaría a las personas diagnosticadas con TCA al abordar la desregulación emocional que comúnmente desencadena y/o refuerza las conductas de atracón, purga y restricción (Pennell, Webb, Agar, Federici y Couturier, 2019).

La primera adaptación de DBT para TCA se ha denominado el Modelo de Stanford para trastorno por atracón y bulimia, o DBT-BED/BN. Esta adaptación propone que los atracones y/o purgas ocurren como una forma de regular el afecto doloroso. Los estudios en este protocolo han reportado reducciones significativas en los episodios de atracones, IMC más bajos, mejoras en la regulación de las emociones y una mayor adherencia al tratamiento. Dado el éxito de DBT-BED/BN, se ha comenzado a explorar la implementación de intervenciones de autoayuda guiadas por el Modelo de Stanford. Por ejemplo, se ha evaluado la efectividad de un protocolo de autoayuda de 13 semanas (DBTgsh, por sus siglas en inglés) para el trastorno por atracón. El protocolo DBTgsh incluye una sesión presencial de 45 minutos para orientar en el uso del Manual de Habilidades DBTgsh (denominado “The DBT Solution for Emotional Eating”), y como seis llamadas telefónicas de apoyo de 30 minutos durante las 12 semanas del tratamiento. Los resultados muestran una

significativa reducción en los episodios de atracones entre los participantes del programa (Masson et. al., 2013).

Mientras que DBT-BED/BN y DBT estándar se centran en abordar los déficits relacionados con la desregulación de las emociones, las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa a menudo se presentan como emocionalmente sobre controladas. Ben-Porath et. al. (2020) mencionan que la anorexia se asocia con características como una escasa búsqueda de novedades, mayor sensibilidad a la amenaza, baja sensibilidad a la recompensa, rigidez cognitiva, inhibición de la expresión/reconocimiento emocional, y soledad. Radically Open DBT (RO-DBT, por sus siglas en inglés) presenta una conceptualización única de las conductas alimentarias restrictivas como una conducta desadaptativa de control inhibitorio que permite a las personas con anorexia nerviosa amortiguar las emociones negativas. Mientras que esta teoría específica del sobrecontrol no se ha probado empíricamente, los cuatro módulos de habilidades de DBT estándar se han adaptado para abordar comportamientos problemáticos que son impulsados por el control excesivo. Además, un nuevo módulo, la apertura radical, se considera el conjunto de habilidades centrales de RO-DBT y gira alrededor de tres características: apertura, flexibilidad y conectividad. Por lo tanto, en lugar de enfocarse en la restauración de peso, RO-DBT enseña a las personas habilidades para manejar efectivamente el sobrecontrol



que subyace las conductas, emociones y cogniciones problemáticas.

El Modelo Multidiagnóstico Complejo para Trastornos Alimentarios (MED-DBT) se desarrolló para abordar a individuos con múltiples y altamente complejos diagnósticos, que pueden requerir un mayor nivel de atención (por ejemplo, de 9 a 30 horas de tratamiento por semana) debido a la gravedad de los síntomas del TCA (que sería el diagnóstico primario) y a la comorbilidad con TLP. Estos consultantes frecuentemente fallan en numerosos tratamientos ambulatorios, presentan autolesiones y conductas suicidas crónicas, y exhiben síntomas de TCA lo suficientemente graves como para amenazar la vida (Ben-Porath et. al. 2020). El programa MED-DBT combina intervenciones ya bien establecidas (por ejemplo, exposición a alimentos, control de peso, modificación cognitiva, psicoeducación sobre TCA) con DBT estándar. El programa enfatiza la responsabilidad del paciente, la flexibilidad y una postura de colaboración con respecto a la tasa de aumento de peso y la planificación de comidas, promueve el desarrollo de experiencias positivas de la vida y se basa en principios de comportamiento que incluyen el manejo de contingencias. El programa es un modelo ambulatorio intensivo en el que las personas asisten a tratamiento diurno (DTP; 6 horas al día, 5 días por semana) o la programación ambulatoria intensiva (PIO; 3 horas al día, 3-5 días por semana) durante un período de 6 meses. La mayoría comienzan

en el nivel DTP debido a la gravedad de los síntomas y se gradúan a un nivel PIO lo más rápido posible para disminuir la dependencia del centro de tratamiento y aumentar la construcción de una vida/identidad fuera del servicio de urgencias. Aunque la mayoría del tratamiento se administra en un formato grupal, las y los consultantes deben asistir a la terapia individual semanal, citas semanales de nutrición y psiquiatría, y coaching telefónico fuera del horario de atención (Federici y Wisniewski, 2013).

Adicionalmente, cada paciente completa entre una y cuatro sesiones de compromiso y orientación para determinar si el programa es apropiado y si la persona está lista y dispuesta a comprometerse con las expectativas de tratamiento. En esta adaptación, los siguientes tres criterios de tratamiento no son negociables: (I) disposición para mantenerse con vida (incluida la eliminación de comportamientos suicidas y autolesivos, y comportamientos de TCA potencialmente mortales); (II) disposición para trabajar en los síntomas de TCA (por ejemplo, restricción, vómitos, atracones, ejercicio excesivo, etc.) y (III) disposición para permanecer en el programa por un período de 6 meses. De la misma forma, las personas no pueden perder más de una semana completa de programa por cualquier motivo. Tal ausencia resultaría en el alta del programa.

Los datos de diversas aplicaciones del programa evidencian mejoras con respecto



al aumento de peso, síntomas de TCA (por ejemplo, atracones, vómitos y restricción de alimentos), comportamiento suicida y autolesivo, estabilidad médica y adherencia al tratamiento. Según los terapeutas tratantes, las personas también demostraron una mayor disposición a trabajar en los síntomas del TCA, colaborar con el equipo de tratamiento y una mejorada capacidad de expresar las emociones de manera más adaptativa (Federici y Wisniewski, 2013, Ben-Porath et. al. 2020).

En general, las adaptaciones teóricas propuestas para DBT en el tratamiento de TCA incluyen:

- Expandir la teoría biosocial para incorporar vulnerabilidades biológicas y nutricionales en la regulación de las emociones.
- Reconocer el amplio espectro de entornos invalidantes que incluirían la presión cultural sobre el peso y la forma corporal.
- Incorporar dilemas dialécticos que describan problemas específicos de los TCA (por ejemplo, una alimentación controlada en exceso versus la ausencia total de un plan de alimentación).

Las adaptaciones prácticas incluyen:

- Modificación de objetivos de tratamiento para incluir comportamientos de los TCA que pueden tener consecuencias

potencialmente mortales (por ejemplo, hipocalemia, bradicardia).

- Adaptación de las tarjetas de diario para incluir la ingesta de alimentos y los comportamientos síntomas de TCA.
- Modificación de las habilidades de DBT para incluir habilidades nutricionales que aborden los mitos sobre nutrición y dieta adecuados, así como módulos de atención plena para practicar la conciencia de los comportamientos y las experiencias subjetivas mientras se come.
- Presentación de las habilidades prácticas del Módulo de tolerancia al malestar antes de todos los demás módulos.
- Específicamente para adolescentes con TCA se ha propuesto la introducción de un módulo de habilidades de Manejo de la comida y la autoimagen para proporcionar información nutricional y reducir las experiencias negativas relacionadas con la imagen corporal; sesiones familiares según sea necesario; y alargamiento del tratamiento con el fin de abordar las altas tasas de recaída.

En otra línea de trabajo, Schuster, Maciel, Gomes y da Silva (2019) y Beaulac, Sandre y Mercer (2018) han descrito su adaptación para el trabajo con personas con obesidad, la cual enfatiza la alimentación consciente.



Los primeros utilizaron un protocolo breve de entrenamiento en Habilidades DBT (10 semanas), centrado en mindfulness, tolerancia al malestar y regulación emocional. Según estos autores, la alimentación consciente puede definirse como una conciencia sin prejuicios de las sensaciones físicas y emocionales asociadas con la alimentación; y en DBT se conceptualiza como la participación en el momento presente mediante el uso de las habilidades de observación, descripción y participación. Beaulac, Sandre y Mercer (2018) por su parte emplearon un formato de 12 semanas en grupos semicerrados (nuevos consultantes se unían cada 4 semanas al comienzo de un nuevo módulo de habilidades). Trabajaron tres módulos, con cuatro sesiones semanales: regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar.

Conclusiones:

La literatura consultada para la elaboración de este texto da cuenta de que se puede adaptar con éxito DBT a las necesidades de poblaciones variadas, en una variedad de entornos. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones disponibles no proporcionan información suficiente sobre el alcance, la justificación y la evidencia de las adaptaciones.

La necesidad de trabajar con pequeños grupos hace que la mayoría de los estudios no cuente con un diseño robusto, que permita además hacer un análisis acerca de la relación de factores como edad, género, diagnósticos y entorno cultural sobre los resultados.

En general, dada la omnipresencia de los impedimentos ocasionados por los distintos diagnósticos en la vida de las y los consultantes, es esencial que el tratamiento sea multidisciplinario. Proporcionar educación y materiales DBT para otros profesionales involucrados en las diversas problemáticas permite abrir el diálogo, ampliar la consistencia y enriquecer la consulta. A la par se busca dar terapia individualizada a la vez que se mantiene el marco de DBT.

Adicionalmente, casi todas las adaptaciones evidencian la importancia de técnicas de manejo conductual, por encima de las estrategias cognitivas; a excepción quizá de las más sencillas como identificación de las emociones y reconocimiento de la conexión entre sentimientos y comportamientos.

Finalmente, destaca la necesidad del desarrollo herramientas de evaluación validadas en una muestra más amplia de individuos, si se desea continuar adaptando el Modelo. Por lo general, los consultantes de un programa de DBT completan múltiples autorregistros al momento de la admisión y al finalizar el grupo de habilidades. Estos cuestionarios son medidas para la ideación suicida, las razones para vivir, y áreas problema asociadas con la desregulación emocional. Sin embargo, estas medidas no están validadas en las poblaciones objetivo, limitando la validez de los datos para la construcción de objetivos y de indicadores de cambio.



Referencias bibliográficas:

1. Beaulac, J.; Sandre, D. y Mercer, D. (2018) Impact on mindfulness, emotion regulation, and emotional overeating of a DBT skills training group: a pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 24. DOI: 10.1007/s40519-018-0616-9
2. Ben-Porath, D.; Duthu, F.; Luo, T.; Gonidakis, F.; Compte, E. y Wisniewski, L. (2020) Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*. 28(2). DOI: 10.1080/10640266.2020.1723371
3. Bohus, M.; Dyer, A.; Priebe, K.; Krüger, A.; Kleindienst, N.; Schmahl, C.; Niedtfeld, I.; y Steil, R. (2013) Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. DOI: 10.1159/000348451
4. Bohus, M.; Schmahl, C.; Fydrich, T.; Steil, R.; Müller-Engelmann, M.; Herzog, J.; Ludäscher, P.; Kleindienst, N. y Priebe, K. (2019) A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 6(7). DOI: 10.1186/s40479-019-0099-y
5. Brown, J. (2016) *The Emotion Regulation Skills System for Cognitively Challenged Clients: A DBT-Informed Approach*. 1st Ed. Nueva York. The Guilford Press.
6. Brown, J. (2019) Improving Accessibility to Dialectical Behaviour Therapy for Individuals with Cognitive Challenges. En M. Swales, *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Reino Unido: Oxford University Press.
7. Brown, J.; Brown, M. y Dibiasio, P. (2013) Treating Individuals with Intellectual Disabilities and Challenging Behaviors With Adapted Dialectical Behavior Therapy, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6 (4). DOI:10.1080/19315864.2012.700684.
8. Browne, C.; Brown, G. y Smith, I. (2019) Adapting dialectical behaviour therapy in forensic learning disability services: A grounded theory informed study of “what works”. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. DOI:10.1111/jar.12569



9. Carter, J.; Kenny, T.; Singleton, C.; Van Wijk, M. y Heath, O. (2019) Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders*. 53(3). DOI: 10.1002/eat.23208
10. Cuevas, C. y López, A. (2012) Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12(1). Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335007>.
11. Elices, M. y Cordero, S. (2018) Terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 1(3). Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405006>.
12. Federici, A. y Wisniewski, L. (2013) An Intensive DBT Program for Patients With Multidiagnostic Eating Disorder Presentations: A Case Series Analysis. *International Journal of Eating Disorders* 46(4). DOI: 10.1002/eat.22112
13. Flynn, D.; Joyce, M.; Weihrauch, M.; Corcoran, P.; Gallagher, E.; O'Sullivan, C. y Hurley, P. (2018) Dialectical Behaviour Therapy – Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A): Pilot Implementation in an Irish Context. National DBT Project Office. Disponible en www.dbt.ie
14. Flynn, D.; Gillespie, C.; Joyce, M. y Spillane, A. (2020) An evaluation of the skills group component of DBT-A for parent/guardians: a mixed methods study. *Irish Journal of Psychological Medicine*. DOI: 10.1017/ipm.2019.62
15. Görg, N.; Böhnke, J.; Priebe, K.; Rausch, S.; Wekenmann, S.; Ludäscher, P.; Bohus, M. y Kleindienst, N. (2019) Changes in Trauma-Related Emotions Following Treatment With Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Abuse. *Journal of Traumatic Stress*. 32. DOI: 10.1002/jts.22440
16. James, A.; Taylor, A.; Winmill, L. y Alfoadari, K. (2008) A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*. 13(3). DOI: 10.1111/j.1475-3588.2007.00470.x
17. Kenowitz, J.; Santucci, C.; Lupkin, M.; Michael, L. y Pimentel, S. (2018) Adapting Dialectical Behavior Therapy for an Adolescent with Neurofibromatosis 1: A Case Study. *Journal of Childhood & Developmental Disorders*. 4(4). DOI: 10.4172/2472-1786.100077.



18. Krüger, A.; Ehring, T.; Priebe, K.; Dyer, A.; Steil, R. y Bohus, M. (2014) Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*. 5(1). DOI: 10.3402/ejpt.v5.24470
19. Lew, M.; Matta, C.; Tripp-Tebo, C. y Watts, D. (2006) DBT for Individuals with Intellectual Disabilities: A Program Description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*. 9(1). DOI: 10.1.1.466.7364&rep=rep1&type=pdf
20. Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behaviour therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
21. Mayo, D. (2015) *Dialectical Behavior Therapy and Adolescent Patient Treatment Dropout*. Tesis sometida a la Facultad de Graduate Studies de la Universidad de Loma Linda optando por el grado de Doctor of Philosophy in Clinical Psychology. Disponible en <http://scholarsrepository.llu.edu/etd>.
22. Mazza, J.; Dexter-Mazza, E.; Murphy, H.; Miller, A. y Rathus, J. (2016). Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (STEPS-A): Implementing DBT skills training in schools. Nueva York. The Guilford Press.
23. McNair, L. (2014) *Dialectical Behaviour Therapy for Adults with Intellectual Disabilities*. Tesis sometida a la Facultad de Medical and Human Sciences de la Universidad de Manchester optando por el grado de Doctor of Clinical Psychology. Disponible en <https://www.research.manchester.ac.uk>.
24. McNair, L.; Woodrow, C. y Hare, H. (2016) *Dialectical Behaviour Therapy [DBT] with People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Narrative Analysis*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 30(5). DOI: 10.1111/jar.12277
25. McPherson, H.; Fristad, M. y Cheavens, J. (2012) *Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes*. *Clinical Child and Family Psychology Review*. DOI: 10.1007/s10567-012-0126-7
26. Mehlum, L.; Ramleth, R.; Tørmoen, A.; Haga, E.; Diep, L.; Stanley, B.; Miller, A.; Larsson, B.; Sund, A. y Grøholt, B. (2019) Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal*



- of Child Psychology and Psychiatry. 60(10). DOI: 10.1111/jcpp.13077
27. Moran, L.; Kaplan, c.; Aguirre, B.; Galen, G.; Stewart, J.; Tarlow, N. y Auerbach, R. (2019) Treatment Effects following Residential Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Borderline Personality Disorder. Evidence - based practice in child and adolescent mental health. 3(2). DOI: 10.1080/23794925.2018.1476075
28. Pennell, A.; Webb, C.; Agar, P.; Federici, A y Couturier, J. (2019) Implementation of Dialectical Behavior Therapy in a Day Hospital Setting for Adolescents with Eating Disorders. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 28(1). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457442/>
29. Perepletchikova, F.; Axelrod, S.; Kaufman, J.; Rounsaville, B.; Douglas-Palumberi, H. y Miller, A. (2011) Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non-Suicidal Self-Injurious Behaviours. Child and Adolescent Mental Health. 16(2). DOI: 10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x
30. Perepletchikova, F. y Goodman, G. (2014) Two Approaches to Treating Preadolescent Children With Severe Emotional and Behavioral Problems: Dialectical Behavior Therapy Adapted for Children and Mentalization-Based Child Therapy. Journal of Psychotherapy Integration. 24(4). DOI: 10.1037/a0038134
31. Rathus, J.; Miller, A. y Linehan, M. (2007) DBT Skills Manual for Adolescents. Nueva York. The Guilford Press.
32. Reilly, E.; Orloff, n.; Luo, T.; Berner, L.; Brown, T.; Claudat, K.; Kaye, H. y Anderson, L. (2020) Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions. Eating Disorders. 28(2). DOI: 10.1080/10640266.2020.1743098
33. Roscoe, P.; Petalas, M.; Hastings, R. y Thomas, C. (2016) Dialectical behaviour therapy in an inpatient unit for women with a learning disability: Service users' perspectives. Journal of Intellectual Disabilities. 20(3). DOI: 10.1177%2F1744629515614192
34. Schuster, L.; Maciel, A.; Gomes, T. y da Silva, M. (2019) Problematic and adaptive eating in people with obesity after a DBT-based skills training intervention: 3- and 8-month follow-



up and mediation análisis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 32(1). *Psicologia: Reflexão e Crítica* DOI: 10.1186/s41155-019-0116-5

35. Seavey, M. (2012). Adapting Dialectical Behavior Therapy for Clients with Developmental Disabilities and Borderline Personality Disorder. Disponible en https://sophia.stkate.edu/msw_papers/132.
36. Vogelzang, E. (2017). DBT-A and Parental Inclusion in Skills Training Groups. Tesis sometida a la Facultad de Trabajo Social de la St. Catherine University/University of St. Thomas optando por el grado de Master of Social Work. Disponible en: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/793.