

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Estudio del dispositivo *Consultation Team* dentro de la Terapia Dialéctica Conductual

Tutora: Nora Gelassen

Alumno: Javier Garrido

Buenos Aires, Argentina, Agosto de 2018

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivos Específicos	4
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 Terapias de Tercera Generación	4
3.2 Terapia Dialéctica Conductual	6
3.3 Consultation Team.....	13
4. MÉTODO	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Participantes	20
4.3 Instrumentos	21
4.4 Procedimiento	21
5. DESARROLLO.....	21
5.1 Describir la importancia de los Consultation Team en una institución especializada en Terapias de Tercera Generación.....	22
5.2 Describir las características, funcionamiento y contenido de los Consultation Team en una institución especializada en Terapias de Tercera Generación.....	30
5.2.1. Características del Consultation Team	30
5.2.2. Funcionamiento de los Consultation Team: roles y el armado de la agenda	32
5.2.3. Contenidos de los Consultation Team: Temas y Acuerdos.....	35
5.3. Analizar la percepción de los participantes respecto a la utilidad de los <i>Consultation Team</i> dentro del modelo DBT, en el tratamiento de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.....	40
6. CONCLUSIÓN	45
7. REFERENCIAS	47

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo dar cuenta de lo observado en la pasantía realizada en el segundo semestre del año 2017 en una fundación dedicada a la formación, asistencia, prevención e investigación de la salud mental, dentro del marco teórico de las Escuelas Cognitivas, Conductuales, Sistémicas y Gestálticas. Dicha fundación dedica gran parte de su trabajo a la investigación e implementación de programas de Terapias de Tercera Generación, especialmente la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

La población objetivo principal dentro del DBT son pacientes con riesgo suicida, trastorno límite de la personalidad, trastorno del control de los impulsos, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar.

Este tipo de terapia integra tres diferentes paradigmas: el conductual, porque se ocupa de las conductas; la conciencia plena que facilita la aceptación, la compasión y, estar aquí y ahora; y la dialéctica que permite una fluidez en el balance entre la aceptación y el cambio. La DBT incluye en el programa clases grupales de habilidades, psicoterapia individual o generalización, entrenamiento para familiares y allegados, y reuniones de los terapeutas (*Consultation Team*).

Particularmente la pasantía desarrollada implica la intervención en todas estas áreas y también la participación en cursos de postgrado en Psicología cognitiva contemporánea, DBT y ACT. Además se ha intervenido en las supervisiones del equipo de clínica general de la institución y del grupo de residentes de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires.

Dentro del modelo DBT se propone el dispositivo de *Consultation Team*. En este dispositivo si bien anclado a los principios de organización y rutina que propone el manual, se observa el surgimiento de lo singular de cada integrante del equipo: las frustraciones, los errores, las dudas, los juicios o la descarga emocional.

Al observar la idiosincrasia de la dinámica de este espacio surgen las inquietudes que se propone abordar este trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir y analizar la estructura y modalidad de los *Consultation Team* dentro de la *Terapia Dialéctica Conductual* (DBT) de Marsha Linehan en el tratamiento de personas

diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad, en una institución especializada en terapias de tercera generación.

2.2 Objetivos Específicos

1. Describir la importancia de los *Consultation Team* en una institución especializada en terapias de tercera generación.
2. Describir las características, funcionamiento y contenido de los *Consultation Team* en una institución especializada en terapias de tercera generación.
3. Analizar la percepción de los participantes respecto a la utilidad de los *Consultation Team* dentro del modelo DBT , en el tratamiento de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.

3. MARCO TEORICO

3.1. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

El grupo de terapias conductuales de tercera generación surgen, a partir de la década de los 90, y esto se debió tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones que fueron surgiendo de la terapia cognitivo-conductual; aunque no sería mencionada expresamente, con el nombre de Terapia conductual de Tercera Generación (desde ahora TTG) , hasta 2004 en un artículo escrito por Hayes para la revista Behavior Therapy (Perez Alvarez, 2006).

Perez Alvarez (2006), siguiendo la clasificación de Hayes (2004), sitúa el comienzo de la Primera Generación de terapias de la Conducta en la década de 1950, la que supuso por un lado una rebelión frente al psicoanálisis, y, por otro, supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos, dados sobre todo por la psicología del aprendizaje. Esta generación tiene dos raíces: en la línea del condicionamiento clásico, se desarrollarían las técnicas de desensibilización sistemática (J. Wolpe) y de exposición (H. J. Eysenck), las que resultaron especialmente apropiadas para los problemas clínicos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones. La otra línea sería la del condicionamiento operante, (donde el estímulo más relevante es el que sigue a la respuesta o conducta), que desarrollarían las técnicas operantes, aplicadas en contextos institucionales.

La segunda generación surge con la terapia cognitivo conductual en torno a 1970,

donde la ciencia psicológica básica ya no sería sólo la psicología del aprendizaje sino también el procesamiento de la información. La psicología cognitiva se puso a estudiar la relación de E-R a través de la metáfora del procesamiento de la información (input-output). La terapia cognitivo conductual entiende que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de los problemas emocionales y conductuales (Perez Alvarez, 2006).

Según Hayes (2004) las TTG se diferencian con las anteriores generaciones de terapias de conducta en que éstas abandonan el compromiso de usar sólo cambios de primer orden, adoptan intervenciones más contextualistas, usan estrategias de cambio más experimentales por la persona y amplían el objetivo a tratar o cambiar. Es decir que no se centran en la eliminación de los eventos privados, como la cognición o el pensamiento, con el objetivo de modificar la conducta de la persona sino que pretenden la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Mañas, 2009). Según Vallejo Pareja (2010), las TTG no buscan tanto cambiar una conducta concreta como una clase de conductas. Estas terapias prefieren el cambio experiencial, esto es por el cambio por contingencias, frente al cambio más didáctico y psicoeducativo basado en reglas, si bien no rechazan esta estrategia de cambio.

Se habla de técnicas más experienciales, por ser sentidas y vividas por uno mismo a diferencia de las técnicas más didácticas o directas, como en el caso de las terapias de la primera y segunda generación (Mañas, 2008). Entre las diversas técnicas; ejercicios experienciales, historias, paradojas, metáforas, etc.; Mañas (2008) destaca las de mindfulness y las de distanciamiento cognitivo. Resultan estos procedimientos de intervención más indirectos en lugar de limitarse exclusivamente al uso de técnicas basadas en cambios de primer-orden o técnicas directas, como siempre se había hecho hasta la actualidad. El énfasis de estas terapias no está en cambiar el contenido de los pensamientos sino en cambiar la conciencia y la relación con los pensamientos (Segal, Teasdale y Williams, 2004).

También las TTG han utilizado principios del Budismo Zen, y de la filosofía Budista en general, y han incorporado las técnicas provenientes del Budismo en la práctica clínica, especialmente lo que comúnmente se conoce como meditación (Mañas, 2009). Como menciona este autor las TTG conectan directamente con: procesos relacionados directamente con la aceptación psicológica; los valores, tanto de la persona o paciente como los del propio terapeuta; un proceder dialéctico durante el curso de la

terapia; cuestiones relacionadas con la espiritualidad y la trascendencia; asuntos que tratan o abordan directamente el “Yo” o el “Self ” y el autoconocimiento; el estar en contacto con el momento presente -aquí y ahora- y, la importancia concedida a la relación terapeuta-paciente.

Las TTG reformulan y sintetizan las generaciones anteriores de las terapias cognitivas y conductuales a partir de conducir las hacia dominios dirigidos por otras tradiciones (Moreno Coutiño, 2012). Las TTG dan más lugar a cuestiones de espiritualidad, valores, profundización emocional y similares, así como a problemas y preocupaciones de otras tradiciones como ser la Gestalt, la humanista, la existencial (Hayes, 2004).

Las terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta, siguiendo la clasificación del mismo Hayes (2004) son: La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), la Terapia Integral de Pareja, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

A continuación se desarrollará específicamente el marco teórico de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y del dispositivo del Consultation Team , una forma de supervisión en grupo, propia de este modelo.

3.2. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

La Terapia Dialéctica Conductual es una de las terapias de tercera generación con más desarrollo y evidencia en la actualidad y ha sido diseñada específicamente para individuos con criterio diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad (Linehan, Armstrong, Allmon & Heard, 1991).

El Trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP) , antes denominado "*borderline*" se constituye como un problema de salud pública por la alta prevalencia e incidencia que tiene esta patología. Se estima una prevalencia entre el 2 y el 3% de la población general en Estados Unidos. Se considera que 15% de las personas vistas en clínicas y 25 % de las personas con internación psiquiátrica tienen TLP. Cabe destacar que el 80% de las personas con TLP tuvieron o tendrán conductas para-suicidas, más del 67% tienen comorbilidad con consumo de sustancias y entre un 8 y un 10 % han cometido intentos de suicidio (Swenson, Torrey & Koerner, 2002).

Fue Stern en 1938 el primero en utilizar el término *borderline* en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las

categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”.

En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III (APA, 1980).

Así el TLP aparece definido como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos (APA, 2001). Según el DSM-5 (APA, 2014) se necesitan al menos cinco de nueve criterios para el diagnóstico de TLP. Estos son: realizar esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o no; un patrón de relaciones interpersonal que alterna entre la idealización y la devaluación; una inestabilidad en la autoimagen y sentido del yo; impulsividad que lo hace realizar conductas de riesgo; conductas suicidas o de automutilación; reactividad notable del estado de ánimo; sensación crónica de vacío; dificultad para controlar la ira, ideación paranoide transitoria.

Se puede mencionar que algunos autores critican términos como "límite", "límitrofe" o "borderline", considerándolos una antigua denominación que lamentablemente continúa utilizándose, proponiendo una revisión de la terminología y a favor del uso de "Desorden de la regulación de las emociones" (DRE) (Gagliesi, Pechon, Boggiano, & Stoewsand, 2008).

El modelo biosocial propuesto por Linehan (1993) surge ante la necesidad de explicar razonablemente la etiología de esta disfunción. Este modelo propone a la desregulación emocional como la disfunción primaria en el TLP y considera que los patrones conductuales propios del trastorno estarían funcionalmente relacionados con esta alteración. Además refiere que esta desregulación emocional surge de la combinación y mantenimiento en el tiempo de una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante.

La misma autora define a la *vulnerabilidad emocional* como la tendencia a responder a estímulos ambientales con una alta reactividad (reacción inmediata y a bajos umbrales a las señales emocionales), experimentan una alta intensidad emocional y un regreso lento a la situación previa al estímulo.

Respecto al *ambiente invalidante* se refiere al mismo como aquel contexto primario que enseña al niño que sus respuestas emocionales son incorrectas o inapropiadas, generando que el individuo no aprenda a etiquetar las propias emociones de manera aceptable para su entorno ni a confiar en sus experiencias como respuestas válidas para los eventos, lo que provocaría un patrón de respuesta emocional entre la inhibición emocional y una respuesta extrema.

En el curso del desarrollo emocional, considera Koerner (2013), las respuestas de

los cuidadores enseñan cómo y cuándo es socialmente apropiado experimentar y expresar una emoción como miedo, enfado, llanto, etc. La validación y el alivio contingente de las emociones fuertes fortalece la organización adaptativa y la función comunicativa de las emociones y ayudan a regular las emociones cuando sea necesario. Cuando la experiencia y la expresión del niño provoca en los otros incomodidad o alejamiento o críticas, en vez de apoyo y ayuda, el individuo aprende estrategias para evitar, interrumpir y controlar las respuestas emocionales primarias.

Se observa en algunos estudios que muchas de las personas con TLP se caracterizan por haber padecido algún tipo de abuso emocional en su desarrollo temprano, consistiendo en las fallas por parte de las figuras paternas al brindar protección y cuidado, al satisfacer las necesidades del niño, lo cual les generó pensamientos y sentimientos ambivalentes (Hoffman & Mcglashan, 2003).

Una de las experiencias invalidantes más traumáticas es el abuso sexual; se estima que hasta un 75% de las personas con TLP ha sido víctima de algún abuso sexual durante la infancia (Linehan, 1993).

Millon y Davis (1998) consideran que esta polarización emocional provocarán en estos sujetos momentos angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión y desencadenarán periódicas explosiones de ira descontrolada, dirigidas hacia el resto de las personas, seguidas de auto reproches y autocríticas. De este modo, son la imprevisibilidad y la impulsividad los pilares centrales del temperamento y las acciones de las personas con TLP. En este sentido pueden llegar a aferrarse a lo más cercano en momentos de necesidad, oscilando entre el abuso de sustancias, atracones, prácticas sexuales no seguras, encuentros íntimos esporádicos o conducción temeraria. (Mosquera, 2004).

Asimismo Nock (2009) refiere que estos comportamientos extremos serían, intentos fallidos de regular sus emociones y se refuerzan como conductas de escape. Los estados emocionales pueden volverse tan aversivos que los individuos escapan por métodos desesperados como las conductas ya mencionadas.

La teoría biosocial mencionada, guía todos los aspectos de DBT: la evaluación, la conceptualización de casos y la intervención. En DBT tanto el paciente como el terapeuta trabajan habiendo comprendido que la emoción surge de un mismo sistema integrado de respuesta: fisiología, percepción, acciones, cogniciones) (Koerner, 2011).

Como describen Lynch y Ronins (1997), el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, suele ser muy difícil y consideran a la Terapia

Dialéctica Conductual como el tratamiento más efectivo en la disminución de las conductas autolesivas, hospitalizaciones, enojo y sufrimiento de los individuos. Esta terapia ha sido creada por la Doctora en psicología, Marsha Linehan quien desde los 80 trabajaba con mujeres suicidas con conductas auto lesivas en la Universidad de Washington (Teti, Boggiano & Gagliesi, 2015). En un comienzo Linehan utilizaba como modelo la terapia cognitivo conductual (TCC) pero observó que los pacientes no querían o no estaban motivados para cambiar. Esto hizo que cambiara el foco de la intervención, agregando estrategias de validación a las estrategias de cambio (propias del modelo TCC). La validación y la aceptación debían preceder al cambio (Linehan, 1993) y estas acciones se valieron de herramientas como mindfulness, lo que resultó clave en el modelo.

Es este movimiento entre aceptación y cambio lo que lleva a Linehan, según Gempeler (2008) , a plantear el componente dialéctico, entendido como la búsqueda de balance entre dos elementos, lo que ayuda a romper la rigidez de pensamientos y la tendencia a los extremos, propios del TLP.

Gagliesi (2007) refiere que si bien la dialéctica se asocia por lo general con las ideas filosóficas de Karl Marx o Hegel, esta ha existido desde la milenaria tradición budista Zen. La visión dialéctica desde este punto de vista posee tres principios básicos: 1) el principio de interrelación y totalidad que sostiene que el comportamiento de un sujeto no puede entenderse como algo individual, sino como parte de un ambiente complejo. 2) el principio de polaridad que refiere que la realidad se compone de fuerzas (tesis y antítesis) que se oponen entre sí y cuya integración (síntesis) genera nuevas fuerzas opuestas. 3) el principio de cambio continuo, dado que esta integración (síntesis) evoluciona en nuevas fuerzas polares, generando un cambio continuo.

De la Vega y Sanchez Quintero (2013) describen que DBT fue la primera terapia específica para TLP sobre la que se realizaron estudios de eficacia. Estos fueron realizados en 1991 por Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard y mostró que DBT reducía de forma efectiva las conductas autolesivas, las hospitalizaciones y aumentaba la adherencia al tratamiento, más que la farmacoterapia, counselling y la atención de urgencias. En una segunda investigación de 1993, se verificó que los logros continuaban un año después de terminado el tratamiento. Estos resultados se confirmaron en tres estudios posteriores (Bohus et al., 2004; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003). En el 2006, Linehan y su equipo, realizaron un seguimiento de dos años a pacientes diagnosticados con TLP , donde se muestra que DBT es más eficaz que una terapia no

conductual aplicada por expertos para reuducir los intentos de suicidio, las automutilaciones, las visitas de urgencia y el número de hospitalizaciones.

Los paradigmas integrados en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) serían: el conductual, porque se ocupa de las conductas; la conciencia plena que facilita la aceptación, la compasión y, estar aquí y ahora; y la dialéctica que permite una fluidez en el balance entre la aceptación y el cambio. Particularmente en DBT el principal movimiento dialéctico se da entre la Aceptación y el Cambio.

Dentro del DBT se pueden encontrar cuatro etapas de la terapia:

Etapa de pre tratamiento donde se orienta al paciente en la filosofía de la terapia, a fin de generar un acuerdo y un compromiso, para alcanzar las metas de la terapia (la eliminación de la conductas problema). Además el paciente debe aceptar el compromiso de participar activamente en el tratamiento (Simeón& Hollander, 2001).

En la etapa I los objetivos principales es tratar las conductas que interfieren con la vida, las conductas que interfieren con la terapia , las conductas que interfieren con la calidad de vida y a la vez poder lograr un aumento en el uso de habilidades conductuales. Una vez que la persona haya disminuido o abolido las conductas problema comenzaría la etapa II del tratamiento.

En la etapa II se trabaja sobre el tratamiento del estrés postraumático y de las experiencias invalidantes.

La etapa III es el momento de la terapia que se trabaja sobre el auto respeto y la consecución de logros personales (Simeon& Hollander, 2001).

Algunos autores hablan de una cuarta etapa, centrada en resolver el problema de la sensación de vacío y en encontrar la libertad y la alegría.

Linehan (1993) describe que las 5 funciones de DBT son:

1. Aumentar las capacidades del paciente: mejorar la regulación de sus emociones, poder mejorar la atención en el momento presente, el poder ser más efectivo en las relaciones interpersonales y tolerar las crisis sin empeorarlas. Esto ocurre en los Talleres de Habilidades.

2. Generalizar las habilidades que se aprenden en los talleres y aprender a aplicarlas en la vida diaria. Esto se trabaja en la terapia individual.

3. Mejorar la motivación y reducir las conductas problemáticas de los pacientes. Para ello es fundamental el seguimiento del paciente entre sesiones a partir del contacto telefónico con el terapeuta,

4. Estructurar el ambiente, de manera que deje de ser invalidante. Esto requiere de acuerdos con el entorno próximo sobre ciertas habilidades.

5. Y la quinta función es mantener y aumentar la motivación del terapeuta, a través de los *Consultation Team*.

Además de estos componentes obligados del DBT, se plantea una lista de tratamientos complementarios. Entre estos están la farmacoterapia, el tratamiento diurno, la hospitalización aguda o la asistencia de grupos no profesionales como Alcohólicos Anónimos.

Linehan (1993) propone que a partir de estas 5 funciones, quedan determinados 5 dispositivos (4 de ellos obligatorios) que determinan la parte funcional del modelo. Estos dispositivos serían:

- **Talleres de Habilidades: Terapia Grupal**

Según el modelo DBT todos los pacientes deben realizar este taller durante el primer año de la terapia, el que se lleva a cabo con un formato psicoeducativo, conformado por un grupo abierto que se reúne semanalmente por 2 horas y media aproximadamente.

En DBT se considera que las conducta problema de los pacientes se dan por una combinación de problemas motivacionales y déficit en habilidades. Por eso considera que un aumento en las habilidades conductuales traería una disminución en las conductas autolesivas y otras disfunciones. (Simeon y Hollander ,2001)

Linehan (1993) propone para los talleres de habilidades el trabajo sobre cuatro módulos: habilidades de conciencia plena (facilita al paciente conciencia clara del contexto y de su propia experiencia), habilidades interpersonales (por ejemplo la capacidad de pedir lo que necesita, la capacidad de “decir que no”) , habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (enseña a tolerar sus emociones y se les brinda estrategias de reemplazo).

- **Terapia Individual**

Según el modelo DBT, cada paciente tiene un terapeuta individual que a la vez es el encargado y el responsable de llevar adelante el tratamiento dentro de todo el equipo. Por lo general en el comienzo de la terapia se recomienda tener dos sesiones individuales

para luego reducir la frecuencia a una vez por semana, con una duración tradicional de 50 minutos que podría llegar a 110 minutos de ser necesario.

Su gran responsabilidad es ayudar al paciente con las conductas no adaptativas y las conductas problema para poder reemplazarlas por conductas más adaptativas. A la vez debe prestar especial atención a los factores motivacionales que de no estar inhibirían las conductas efectivas y reforzaría las conductas problema. Se pretende en este espacio poder generalizar las habilidades aprendidas en el taller grupal (Linehan, 1993).

Las estrategias centrales en la terapia individual de DBT son la Validación y la Resolución de problemas. La primera de ellas implica que la comunicación de los comportamientos, emociones o pensamientos del paciente tiene sentido y son entendibles en el contexto. El terapeuta acepta y comunica dicha aceptación al paciente, reflejando la validez inherente de la conducta. La estrategia central de cambio en DBT está comprendida por el análisis en cadena y el análisis de solución. (Teti, Boggiano & Gagliesi, 2015)

- **Consulta telefónica**

Esta es un importante dispositivo dentro de DBT, ya que gran parte de la población border tienen una enorme dificultad pidiendo ayuda en forma efectiva, ya sea por miedo, por vergüenza o por considerar que sus necesidades son inválidas. Es la idea de la consulta telefónica poder proveer práctica en cambiar estos patrones disfuncionales. Además los pacientes suelen necesitar ayuda en generalizar las habilidades de DBT, por lo que requieren más contacto con el terapeuta que el tiempo de la sesión individual, especialmente durante las crisis (Linehan, 1993).

- **Supervisión de casos**

Simeon y Hollander (2001) consideran que DBT es un sistema de tratamiento que mientras el terapeuta aplica el modelo a los pacientes, los equipos de supervisión aplican terapia al terapeuta.

Linehan (1993) no duda en afirmar que el tratamiento de este tipo de población es muy estresante para los terapeutas y que rápidamente los terapeutas se ven afectados por el burn-out. Los pacientes suelen presionar a los terapeutas con el fin de disminuir su malestar lo que genera que los terapeutas realicen cambios en el tratamiento aún cuando el mismo está siendo efectivo u oponiéndose rígidamente a realizar cambios.

Los problemas que pueda tener el terapeuta en el tratamiento son tratados en los

encuentros de supervisión (sean individuales o grupales), utilizando las mismas habilidades que aprenden los pacientes en los grupos. Linehan dice que en el primer año recomienda las supervisiones individuales pero que luego prefiere las supervisiones en grupo, en encuentros semanales en los Consultation team. Sobre este dispositivo en particular me referiré en el siguiente apartado.

3.3. CONSULTATION TEAM

Se ha encontrado que los pacientes con TLP despiertan sentimientos negativos en los profesionales, además de preocupación, frustración, cansancio, confusión, rechazo y sentir que se está siendo manipulado (Regalado & Gagliesi, 2012). La frecuencia de sentimientos negativos resulta mayor que con pacientes con otras patologías. Posiblemente, el impacto emocional que los pacientes tienen en los terapeutas sea uno de los motivos por los cuales se les considere difíciles de tratar y, consecuentemente, se prefiera intervenir en otro tipo de trastornos antes que el TLP, tal como se encontró en la encuesta realizada por Leiderman et al. (2004).

Esta instancia de la DBT, de frecuencia semanal, pretende brindar apoyo y asesoramiento a los terapeutas individuales y de entrenamiento grupal de habilidades en cuanto a dudas que le puedan tener respecto a la terapia aplicada a sus pacientes. Además los Consultation Team cumplen otras funciones fundamentales: mantener la motivación y adhesión al modelo de tratamiento por parte de terapeutas, mejorar la empatía con los pacientes y prevenir o reducir el burn-out (Lynch, Trost, , Salsman & Linehan, 2007). Se piensa que al intervenir sobre ambos polos de la relación se logra un impacto positivo y sinérgico sobre los resultados terapéuticos (Linehan, 2003).

Gagliesi (2007) considera que ayudar a personas severamente perturbadas puede ser desafiante y estimulante pero que pone a prueba las capacidades y resiliencia de los profesionales.

Asimismo los terapeutas DBT necesitan supervisión ya que muchas veces los tratamientos son arduos, lentos y estresantes por las amenazas de suicidio y otras conductas problemáticas (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Además del entrenamiento didáctico y la supervisión, los terapeutas DBT deben participar en consultas continuas como parte esencial del trabajo y el formato más común para esta consulta son las reuniones grupales de terapeutas. Es importante que las

reuniones de consulta se centren "sobre aprender y hacer DBT; de lo contrario, cuestiones filosóficas básicas interfieren con el proceso (Waltz, Fruzzetti, & Linehan, 1998).

Los terapeutas a menudo se hacen exigencias poco realistas considerando el contexto y considera que esto se da por diferentes razones. En primer lugar porque los pacientes en su conjunto participan en tres conductas estresantes que son: los intentos de suicidio, las amenazas de suicidio y la hostilidad con las que comunican su intenso sufrimiento en todo momento lo que hace que el progreso en la terapia sea mucho más lento que con la mayoría de los pacientes (Hellman, Morrison, & Abramowitz, 1986). Los terapeutas entonces, sintiéndose incompetentes e indefensos, en una situación donde tienen mucho cuidado y quieren tener éxito, suelen "culpar" a las víctimas, cambian los tratamientos impulsivamente y / o participan en actividades paliativas que ayudan a los pacientes a sentirse mejor, aún perjudicando su pronóstico a largo plazo. Si todo esto falla, los terapeutas a menudo expulsan sutilmente a los pacientes de la terapia. En segundo lugar, los pacientes a menudo refuerzan inadvertidamente a los terapeutas para participar en una terapia ineficaz y los castigan si la terapia resulta efectiva. En tercer lugar, los pacientes se presentan no solo como necesitados sino como muy capaces de colaborar con los terapeutas lo que puede conducir a una inversión de roles, donde los pacientes se convierten en terapeutas de los terapeutas. Linehan (1993) advierte que en su clínica, hubieron casos que los pacientes han prestado dinero a los terapeutas, ido a los hogares de los terapeutas para cuidarlos cuando están enfermos, consolando a los terapeutas cuando se divorcian, tenido sexo con los terapeutas y proporcionando servicio de limpieza y servicios secretariales para terapeutas.

El grupo considera al terapeuta que consulta como un Paciente y así debe ser cuidado, con una escucha activa. En este sentido Gempeler (2008) menciona que la DBT implica un trabajo en equipo donde el terapeuta individual sea apoyado permanentemente por sus compañeros que a su vez también se apoyan en el equipo. Al terapeuta le toma mucho trabajo poder mantener a sus pacientes en el buen camino y el Consultation Team a veces tiene que hacer un esfuerzo similar apoyando al terapeuta para motivarlo y que el terapeuta continúe trabajando en momentos difíciles (Miller, Rathus & Linehan, 2007).

Koerner (2011) sugiere que los *Consultation Team* estén integrados por 6 a 8 individuos y que se reúnan semanalmente durante 60 a 90 min. Todos ellos deben ser terapeutas de casos individuales y ser miembros activos del equipo. Algunas de las funciones de los *Consultation Team* son aumentar la motivación y la propia efectividad

en DBT , preveer una atmósfera que permita hacer resolución de problemas, crear un ambiente que facilite la apertura del terapeuta y que pueda hacer autocríticas.

Linehan en un principio consideró a la supervisión y al grupo de consulta como accesorios al proceso de tratamiento. Pensaba que la supervisión/consulta sería innecesaria fuera de una investigación contextual, pero comentarios de terapeutas y mismo de los pacientes sobre terapias frustradas, la convencieron gradualmente que era extraordinariamente difícil proporcionar una respuesta eficaz en el tratamiento de los pacientes borders sin la supervisión o consulta. Se sorprendía de que muchos terapeutas muy buenos terminen dirigiendo una terapia en forma ineficaz o cometa grandes errores con esta población de pacientes, por no tener supervisión (1993).

Asimismo Waltz, Fruzzetti y Linehan (1998) refieren que los terapeutas que están aprendiendo DBT suelen recibir supervisión individual que incluye alguna forma de observación como audios o videos.

Lo original del modelo es que toma en cuenta lo particular de la naturaleza difícil del trabajo, al proponer un grupo de consulta que ayuda al terapeuta a equilibrar las respuestas extremas del paciente. El equipo de consulta provee apoyo alrededor del dolor asociado con el trabajo, y intenta ayudar al terapeuta a ver cuándo se está volviendo extrema la respuesta esperada.

Chapman y Linehan (2005) observan cómo el equipo de consulta actúa como una "comunidad" de proveedores a nivel micro, donde los terapeutas acceden a utilizar una filosofía dialéctica. Esto implica la creencia de que no existe una verdad absoluta, que cuando surgen puntos de vista opuestos, el equipo busca sintetizar estos puntos de vista en lugar de buscar una verdad singular.

Equilibrar la aceptación y el cambio en el terapeuta que supervisa y en el supervisor (individuo o grupo) se considera esencial y central para el proceso de supervisión. La naturaleza emocionalmente intensa del trabajo con pacientes difíciles y la velocidad de cambio generalmente lenta hace que los supervisores y los terapeutas que supervisan, estén en riesgo de poner demasiado énfasis en la aceptación, o en el cambio: el supervisor que quede atrapado en un sentido de urgencia puede ser demasiado crítico y tratar empecinadamente de hacer que el terapeuta haga algo diferente. Esto puede llevar al terapeuta a sentirse sin coraje o incompetente, lo que probablemente influya en forma negativa en la calidad de la terapia. En el otro polo, si el supervisor se inclina por una aceptación del terapeuta en forma desequilibrada, aquel perderá la posibilidad de brindar

retroalimentación y alentar a trabajar para mejorar la terapia (Waltz, Fruzzetti & Linehan, 1998) .

El terapeuta supervisado debe ser capaz de confiar en que su supervisor no solo sabe, sino que además está abierto, despierto y escuchando los miedos del supervisado y sus preocupaciones. La relación supervisor-supervisado tiene la misma calidad de "realidad" como la relación terapeuta-paciente.

La díada supervisor-supervisado debe ser capaz de hablar acerca de las dificultades en su propia relación. Los terapeutas DBT inevitablemente experimentan sentimientos intensos y dolorosos en su trabajo y llevan estos sentimientos a la supervisión. Con frecuencia hay importantes decisiones de vida o muerte y, a menudo, bajo presión. Por supuesto, incluso en las mejores relaciones de supervisión, los supervisados es probable que se sientan decepcionados, enojados, y criticados. Los supervisores pueden sentirse frustrados, indefensos, fuera de control, o enojados también. Los supervisores y supervisados de DBT son animados a entender que estos sentimientos son una parte normal de los procesos de trabajar con pacientes difíciles, y se les anima a trabajar en abordarlos directamente entre ellos. Esto requiere una alto nivel de conciencia, comprensión y capacidad de procesar, y es esencial para mantener una buena relación de supervisión (Waltz, Fruzzetti & Linehan, 1998).

Linehan (1993) describe las funciones del Consultation Team (CT):

- a) El apoyo entre pares, como una comunidad de pacientes actuales y / o futuros de DBT que animan, validan y nutren el uno al otro mientras trabajan para construir medios hábiles y mejorar sus vidas.
- b) Los mentores de pares de DBT que ocupan un lugar de liderazgo en los Consultation Team por su experiencia, comparten su experiencia en DBT y sus conocimiento de habilidades , evitando enseñar abiertamente sobre cómo resolver sus problemas. Es trabajo de estos mentores no enseñar cómo eliminar la angustia, sino más bien cómo tolerarla y moverse a través de ella usando medios hábiles, a partir de armar una estrategia para aplicar en la consulta con el paciente.
- c) El Consultation Team es un espacio para aplicar los supuestos, principios, estrategias y habilidades de la terapia de DBT.

- d) Una función importante es aumentar la motivación y capacidad de sus miembros para minimizar de esta forma el riesgo del burn-out y aumentar la adherencia a DBT.
- e) Al unirse a un equipo, los miembros aceptan ser responsables de los resultados de TODOS los compañeros que interactúan con el equipo.

Para que los Consultation Team funcionen en forma efectiva, Linehan resalta que los mismos deben cumplir con 5 requisitos. El primero refiere que ser miembro de un CT significa asumir responsabilidades, aceptar interactuar de manera particular y aceptar ciertas suposiciones fundamentales sobre uno mismo como terapeuta de DBT, así como sobre los pacientes y los compañeros de consulta. Si bien no está claro qué efecto pueden tener las falta de reuniones de consulta en DBT, los niveles de motivación y competencia pueden verse afectados negativamente cuando se consideran la función propuesta de las reuniones de consulta (Koerner, 2013).

El segundo requisito es sobre los acuerdos de comportamiento. Los miembros acuerdan: ser compasivos, sin prejuicios, atentos y dialécticos; involucrarse en equipo y no ser observadores silenciosos o sólo enfocarse en su propio trabajo; tratar la reunión como fundamental para el proceso DBT evitando distracciones o cancelaciones; no dar consejos incluso a aquellos con más experiencia clínica; tener humildad para admitir errores; evaluar problemas antes de dar soluciones, estar dispuesto a someterse a un análisis en cadena para los propios problemas de comportamiento; hablar cuando el proceso está trabado o frustrado; continuar aún sintiéndose agotado, sobrecargado de trabajo, menospreciado, sin esperanza, ineficaz.

Como tercer requisito Linehan plantea diferentes acuerdos necesarios dentro del Consultation Team. Según Swales (2013) estos acuerdos proporcionan la estructura dentro de la cual el trabajo del equipo ocurre. Los miembros del equipo aceptan estas perspectivas fundamentales como una base compartida para pensar en ellos mismos, sus pacientes y entre ellos. Estos acuerdos son:

Acuerdo dialéctico: en que se acuerda en aceptar una filosofía dialéctica: No hay verdad absoluta. Cuando se queda atrapado entre dos opiniones contradictorias, se buscará la verdad en ambas posiciones y una síntesis formulando preguntas como: "¿Qué se está omitiendo?".

En los Consultation Team se está lejos de determinar qué es “correcto” y se busca la sabiduría de cada posición (Waltz, Fruzzetti & Linehan, 1998).

Consulta al Acuerdo de Paciente: Se considera no tratar a los pacientes o a los demás como frágiles. Y además tratar a otros miembros del equipo con la creencia de que otros pueden hablar en su propio nombre.

Acuerdo de Consistencia: no insistir en la coherencia, sino aceptar la diversidad y el cambio.

Acuerdo de Límites de Observación: se acuerda en observar los propios límites de los integrantes del consultation team. y en no juzgar o criticar a otros miembros por tener diferentes límites de los nuestros (por ejemplo: demasiado amplio, demasiado estrecho, "justo").

Según Waltz, Fruzzetti, y Linehan (1998) el término “observar” en vez de “establecer” sirve para mostrar que en DBT los límites son propios de cada Terapeuta (y no para todos igual).

Acuerdo Empático Fenomenológico: se está de acuerdo en buscar interpretaciones no peyorativas o fenomenológicamente empáticas del comportamiento de nuestros pacientes, nuestros propios y de otros miembros. Se acuerda en esforzarse por ver el mundo a través de los ojos de los pacientes o a través de los ojos del otro.

Acuerdo de Falibilidad: acordamos de antemano que somos falibles y cometemos errores. Esto según Waltz, Fruzzetti, y Linehan (1998) permitiría observar en forma “no defensiva” el propio comportamiento. Por ser falibles, según Linehan (1993) se acuerda que inevitablemente violaremos todos estos acuerdos, y cuando esto se haga, dependeremos unos de otros para señalar la polaridad y pasar a una síntesis.

Swales (2010), a fin de mantener un ambiente apropiado de aprendizaje y apoyo en la consulta, le da particular importancia a tres de estos acuerdos: la Empatía Fenomenológica, la falibilidad" y los acuerdos dialécticos.

El cuarto requisito se refiere a los diferentes roles a ocupar durante las reuniones del Consultation Team. Linehan (1993) los diferencia en Líder de la reunión,

Observador, Apuntador y Miembro. El Líder de la reunión es el miembro del grupo que gestiona la agenda y el tiempo empleado. Aunque los equipos pueden tener un miembro que se considera un líder basado en la experiencia DBT, el rol de líder de reunión se rota. El Observador es el que está consciente de las desviaciones de los acuerdos de equipo y otros comportamientos ineficaces durante la reunión. Él es el que llama la atención del equipo sobre aquellos a medida que surgen. El Apuntador está encargado de tomar notas sobre el contenido de la reunión, incluidos los asuntos que se traen para la consulta y el consejo del equipo. Por último el miembro son los otros integrantes del CT quienes participan activamente en la evaluación de problemas que se presentan para consulta, incluida la definición del problema de manera conductual y la formulación de estrategias de solución.

Linehan sostiene que los miembros del CT aceptan asumir cualquiera de estos roles (según sea necesario) en cada reunión.

El quinto y último requisito es cómo estructurar las reuniones del Consultation Team. Las mismas ocurren con frecuencia semanal y con una duración que debiera estar entre los 60 minutos y los 90 minutos.

Koerner (2011) propone como modelo de una reunión de CT diferentes momentos en función de su actividad. Al inicio del encuentro de un CT, alguno de los miembros y en forma rotativa, guiará un ejercicio de conciencia plena de 5 minutos. El resto del grupo estará atento y creará un ambiente que ayude a la apertura del terapeuta sobre las dificultades. Luego el guía preguntará a sus compañeros quien necesita hacer consultas cuánto tiempo debe asignar a esa consulta. Puede ser él quien observe el tiempo u otro observador. Deben actualizarse, resumidamente sobre los casos de cada terapeuta, para que todo el equipo esté enterado de las distintas novedades de acerca de los pacientes. A su vez, para administrar el tiempo, cada equipo lo hará a su manera, pero se sugiere tratar los temas en este orden:

- a) Terapeutas que necesiten ayuda por estar lidiando con conductas que atentan contra la vida.
- b) Terapeutas lidiando con abandonos inminentes del tratamiento.
- c) Terapeutas que tengan la necesidad de hacer una consulta urgente.

d) Terapeutas con conductas propias que interfieren con el desarrollo de la función del CT.

e) Terapeuta con conductas que interfieren con la terapia.

Los terapeutas se comprometen a hacer una descripción sustancial de las dificultades para llevar adelante dbt en alta calidad. Además se propone que el CT trate al terapeuta como si fuera un consultante que está en una sesión individual, tratando de entender su consulta lo más claramente posible, planteándose cómo hacer para ayudarlo a que se mueva hacia el lado en que debiera estar y usando las mismas herramientas que se usan en la sesión; como el análisis en cadena, la validación y las estrategias dialécticas; para determinar las variables que controlan lo que sucede .

Linehan (1993) dice que todos los miembros del equipo de *Consultation Team* son responsables por los pacientes de todos los terapeutas del grupo, y menciona que cuando un paciente de un miembro del equipo se suicida, ante la pregunta personal de si algún paciente suyo ha cometido suicidio todos debieran responder en forma afirmativa.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

En el presente trabajo se ha desarrollado un tipo de estudio Descriptivo.

4.2. Participantes

La muestra estuvo integrada por 9 profesionales licenciados y licenciadas en psicología, con un rango de edad entre 30 y 40 años que participan dentro de los *Consultation Team* en el marco de la Terapia Dialéctica Conductual pertenecientes a una institución especializada en terapias de tercera generación. Todos son parte del equipo especializado en pacientes con TLP con diferentes niveles de experiencia en DBT. Seis de ellos se han graduado en la Universidad de Buenos Aires, 2 en la Universidad de Palermo y una en la Universidad de Belgrano. A su vez los 9 han obtenido la especialización en DBT en la misma institución. Todos cumplen la función de ser terapeutas individuales y coordinan el entrenamiento en habilidades de diferentes grupos, donde se intercambian experiencias y se sugieren alternativas para ayudar a los pacientes. A lo largo de este trabajo se mencionaran y transcribirán testimonios de estos participantes con nombres ficticios, a fin de guardar la confidencialidad.

Supervisor de la institución, Psicólogo , DBT nivel avanzado, Master intensivo en new york y Advance en Seattle Equipo DBT. A fines de este trabajo lo llamaremos Lic. P.

4.3. Instrumentos

Se realizaron 9 entrevistas semi-estructuradas, en base a una guía de preguntas. Se buscó abarcar en las mismas los objetivos propuestos: importancia, características, funcionamiento, contenido y utilidad de los Consultation Team dentro de la DBT. También se recabaron datos de tipo sociodemográfico de los terapeutas (edad, sexo, profesión, años de recibido, antigüedad en la institución, especializaciones realizadas, cantidad de pacientes que atiende por semana).

Se realizó una Observación no Participante que se llevó a cabo presenciando las reuniones de los *Consultation Team* durante 17 encuentros de 90 minutos por semana, entre los meses de agosto de 2017 y enero de 2018. Se hizo un registro de lo observado.

También se presenciaron los grupos de supervisión del equipo completo de DBT, durante 24 encuentros, de 90 minutos, dos veces por semana.

Se realizó una entrevista semiestructurada al supervisor de la institución sobre la importancia, utilidad y críticas de los *Consultation Team*.

4.4. Procedimiento

Durante el mes de Noviembre del 2017 se llevaron a cabo 9 entrevistas semiestructuradas, individuales, que se realizaron en la Institución, a los participantes de diferentes *Consultation Team*. Las entrevistas duraron aproximadamente veinticinco minutos cada una y estuvieron focalizadas en aspectos relativos a los objetivos propuestos.

Se grabaron las entrevistas, se desgrabaron y transcribieron para luego ser analizadas de acuerdo al método de Análisis temático.

Durante el mes de Diciembre de 2018 se realizó la entrevista al supervisor de la fundación, en busca de material teórico y práctico acorde con los objetivos propuestos.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en relación al primer objetivo propuesto sobre la importancia de los Consultation Team en una institución de TTG.

5. DESARROLLO

5.1. Describir la importancia de los Consultation Team en una institución especializada en terapias de tercera generación.

De la entrevista al Supervisor surge que la Institución donde se ha desarrollado la práctica está especializada en Terapias de Tercera Generación (TTG); es una institución dedicada a la Formación, Asistencia, Prevención e Investigación en el campo de la Salud Mental. Su modalidad de trabajo se enmarca dentro de las Neurociencias y las Ciencias Sociales, tomando en cuenta principalmente las Escuelas Cognitivas, Conductuales, Sistémicas y Gestálticas y los aportes de la Psicología Positiva y el budismo zen, a partir del Mindfulness.

Esto coincide con lo señalado por Hayes (2004) en cuanto a que las TTG dan más lugar a cuestiones de espiritualidad, valores, profundización emocional y similares, así como a problemas y preocupaciones de otras tradiciones como ser la Gestalt, la humanista, la existencial.

Esta Institución, según el supervisor afirma, está comprometida con la investigación y los movimientos de vanguardia científica en el campo de la Salud Mental, siendo pioneros en el país en la implementación de programas de Terapias de Tercera Generación, especialmente la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT).

De acuerdo al entrevistado trabajan para la institución 82 personas, de las cuales 60 son psicólogos, 10 psiquiatras, 2 terapeutas ocupacionales y 10 personas en la administración.

El supervisor sostiene que todos los profesionales de la salud que trabajan en el lugar se han formado en DBT en la misma institución. Los terapeutas en su gran mayoría trabajan en sus consultorios las terapias individuales, mientras que los talleres de habilidades grupales y los Consultation Team ocurren en el espacio de la Institución. Aporta que la institución atiende alrededor de 435 personas por semana, y cada terapeuta atiende un promedio de 10 pacientes por semana. Todos los participantes, salvo pocas excepciones, participan de todo el dispositivo DBT, es decir: Terapia individual, talleres grupales, talleres para familias, coaching telefónico y apoyo farmacológico. Los terapeutas a su vez participan de las supervisiones opcionales y de los Consultation Team obligatorios.

Esto coincide con lo propuesto por Waltz, Fruzzetti y Linehan (1998) que además del entrenamiento didáctico y la supervisión, mencionan que los terapeutas DBT deben participar en consultas continuas como parte esencial del trabajo y el formato más común

para esta consulta son estas reuniones grupales de terapeutas (Consultation Team).

El CT pretende brindar apoyo y asesoramiento a los terapeutas en cuanto a dudas que puedan tener respecto a la terapia aplicada a sus pacientes, a cómo mantener la motivación y adhesión al modelo de tratamiento por parte de terapeutas, a mejorar la empatía con los pacientes y a prevenir o reducir el burn-out (Lynch, Trost, , Salsman & Linehan, 2007).

De la entrevista al supervisor surge que si bien en la institución son muy fieles al protocolo DBT de Marsha Linehan, en un primer momento no habían establecido el dispositivo del Consultation Team y sólo hacían supervisión tradicional a cargo de un psicólogo experto. Cuando en 2014 un equipo de entrenamiento del instituto de Marsha Linehan, encabezado por Tony Dubose vino a la Argentina, y a la Institución, para dar una serie de seminarios, fueron concluyentes en que DBT requiere de forma indispensable de los encuentros del Consultation Team. El argumento que esgrimieron es que la dificultad que suscitan para los profesionales las conductas problema de la población TLP, su poca adherencia a los tratamientos y lo largo de los mismos, hace que requiera de un lugar de intercambio frecuente con otros profesionales, para no perder el rumbo en la terapia . Esto coincide con Linehan (1993) cuando establece al CT como uno de los dispositivos esenciales dentro de la terapia DBT junto a la terapia individual, los talleres de habilidades y el coaching telefónico.

En este mismo sentido Hellman, Morrison y Abramowitz (1986), sostienen que los pacientes TLP participan en tres conductas estresantes: los intentos de suicidio, las amenazas de suicidio y la hostilidad con las que comunican su intenso sufrimiento en todo momento, lo que hace que el progreso en la terapia sea mucho más lento que con la mayoría de los pacientes. Por otra parte, las intervenciones del Consultation Team están orientadas a reducir el desgaste (burnout) que normalmente padecen los terapeutas que tratan este tipo de pacientes. Se piensa que al intervenir sobre ambos polos de la relación se logra un impacto positivo sobre los resultados terapéuticos (Linehan, 2003).

El supervisor, Lic. P., cuenta en la entrevista que a partir de esa intervención del Instituto de Marsha Linehan, se formó en la institución un Consultation Team, que con el correr de los años se convertiría en 4 grupos de CT, dado el crecimiento que tuvo la institución. Se buscó formar cada grupo con una distribución pareja en función del tipo de profesional (psicólogo o psiquiatra) y en función de los años de experiencia. En la actualidad cada grupo de CT tiene la presencia aproximada de 10 a 15 profesionales totalizando un total de 60 terapeutas (18 hombres, 42 mujeres).

También en esta entrevista, el supervisor plantea que es necesario hacer reuniones de equipo (CT) porque hay diferencias en los resultados obtenidos en las investigaciones sobre efectividad terapéutica y los obtenidos en la clínica en general: cuando los tratamientos se trasladan a la clínica en general se pierde efectividad. El Lic.P. agrega que Marsha Linehan se preguntaba qué era lo que estaba en la investigación y no en la clínica en general y concluye que lo que no está en la clínica en general son los equipos de supervisión que se ocupan de aumentar las habilidades de los terapeutas para ejercer la terapia y para monitorear el apego al modelo. Además DBT, continúa el supervisor, exige tener consultoría ya que trabajar con pacientes tan graves, sin un grupo se considera realmente difícil.

Waltz, Fruzzetti y Linehan (1998) consideran que es importante que las reuniones de consulta se centren sobre aprender y hacer DBT; de lo contrario, cuestiones filosóficas básicas interfieren con el proceso. En este mismo sentido el Supervisor de la Institución continúa: *-A mi me parece difícil hacer DBT sin una comunidad, sin mantener un protocolo y mantenerse apegado a un modelo. Lo que uno termina haciendo en una terapia individual es haciendo cocoliche o modelos mezclados. Los que trabajan en clínica privada terminan haciendo una especie de caja de herramientas pero con pacientes graves, el apego al tratamiento, es importante y hay algo de la comunidad que ayuda que uno se mantenga apegado al tratamiento.*

Del trabajo de Walsh, Ryan y Flynn (2018), se desprende que la mayoría de los entrevistados en su investigación, fueron positivos acerca de la importancia de su experiencia en los Consultation Team; refiriéndose a una sensación de empatía y apoyo. Surgieron como fundamentales los vínculos en el CT para desarrollar un sentido de seguridad y para facilitar el buen funcionamiento de la reunión. Los participantes informaron que tenían más probabilidades de aprender más del proceso de retroalimentación y apoyo si sentían que la relación era fuerte dentro del equipo. Además, hubo una comprensión compartida entre los participantes acerca de cómo sólo los miembros compañeros de la consulta entienden completamente la naturaleza y las demandas del trabajo.

Dubose, Ivanoff, Miga, Dimeff y Linehan (2013) notaron la ausencia de Consultation Team en un pequeño número de programas DBT. En una encuesta de 78 equipos, aproximadamente el 10% de los equipos no tuvo una consulta regular con el equipo y aproximadamente el 6% informó que las reuniones de consulta del equipo nunca ocurrieron.

Si bien no está claro qué efecto pueden tener las horas reducidas o la falta de reuniones de consulta sobre dichos programas DBT, los niveles de motivación y competencia pueden verse afectados negativamente cuando consideramos la función propuesta de las reuniones de consulta (Walsh, Ryan & Flynn, 2018). Sandra, miembro de uno de los CT, da un testimonio en este mismo sentido, comparando cómo le resultó trabajar sin el grupo en un trabajo anterior y con el grupo en esta institución.

Sandra: - Yo atendía en una clínica pacientes TLP y si bien decían que hacíamos DBT no había Consultation Team. No sé si porque éramos pocos o porque era imposible coincidir en algún horario pero en el lugar no lo proponían y nosotros trabajábamos muchas horas y tampoco lo armábamos. A mí me hacía falta poder hablar con alguien. A veces nos encontrábamos en el bar y comentábamos sobre los casos pero era algo poco frecuente. Hoy no me imagino trabajar sin los CT. Con el apoyo del grupo me siento más valiente para probar cosas y no quedarme siempre en el uso de las mismas habilidades.

Joaquín, miembro de otro de los grupos de CT de la institución consideró importante apegarse al modelo DBT todo lo posible, por trabajar en la urgencia y para trabajar más tranquilo.

Joaquín: -Durante varios meses, por una residencia que estaba haciendo, se me había complicado ir al CT y me empecé a quemar. Cuando uno se desapega al modelo pasa un tiempo que no pasa nada pero después empiezan a pasar cosas porque uno empieza a frustrarse, a fracasar a no poder utilizar bien las habilidades, a no tenerlas presentes, a no observar sus propias emociones y no es bueno que eso suceda cuando las papas queman o cuando un paciente entra en crisis. Cuánto más apegado uno está al modelo uno trabaja más tranquilo. Si los terapeutas DBT estamos trabajando en la crisis o en la urgencia es que algo no estamos haciendo bien. Hay muchas instancias anteriores de anticiparse a eso y preverlo.

En coincidencia con este testimonio, en la investigación realizada por Walsh, Ryan y Flynn (2018) surge que la consulta dentro de los CT se percibió como una recompensa motivacional por el arduo trabajo invertido en otros aspectos de DBT.

Linehan (1993) justifica la importancia de los Consultation team a partir de sus 5 funciones, las que a partir de la observación no participante, se pudo observar que se cumplen una a una. A continuación se desarrollan cada una de dichas funciones y cómo se percibieron, a lo largo de los encuentros, en la voz de sus miembros.

En el fragmento de una sesión del Consultation Team desgrabada, de noviembre de 2017, se puede percibir el apoyo entre pares, como integrantes de una comunidad que animan, validan y nutren, el uno al otro, siendo esta la primera función de los CT según Linehan (1993). Los casos de TLP comprometen emocionalmente a los profesionales, así surge del relato de María. A lo largo de su exposición de consulta, varios de sus pares intervienen, validando y nutriendo en la dirección de esta primera función: José y Jazmín le proponen acompañarla durante la semana para que no esté sola con el caso.

María: -Estoy muy enojada con esta paciente. Muy, muy triste (llora). B. es la paciente que estuve contando. Tuvo un intento. Lo que pasó es que empezó a ver a un nuevo psiquiatra, se enojó mucho con él porque no le contestó un mensaje el finde pasado. Estuvo toda la semana enojada y no la pude sacar de ese enojo. El viernes no vino a sesión porque tenía una reunión en el colegio y a la noche el papá me escribió que tuvo otra sobre ingesta. Le dije al papá que tenía que llevarla a la guardia pero no la llevó y ayer el papá me mandó una foto de B. en que se ve que se cortó todas las piernas con un cúter... (sigue describiendo el caso)... No sé como encarar ahora lo que sigue. También pensaba que siento mucho enojo.

José: -Quizás encarar ahora lo que va a seguir es muy difícil. Quizás alguno del team, y yo me ofrezco, podemos acompañarte más en la semana e ir hablando en el día a día y quizás hacer una intervención más en equipo, quizás con el padre.

Jazmín: -Estás muy sola vos. Contá conmigo, con el equipo, para ir orientándote. Que las emociones no te nublen en la toma de decisiones que tenés que hacer.

La validación, como se vió en el marco teórico es parte importante del DBT y de los Consultation Team, que los profesionales no sólo aplican hacia el paciente sino en la dinámica entre pares. Así Ana responde a María, validando sus temores y respetando empáticamente sus límites personales. A su vez Sandra también valida a María.

Ana: -Pienso tu miedo, tu tristeza y pienso en vos: qué querés hacer vos con este caso. Acá entran tus límites personales, el sentir que vos estás ofreciendo todas tus herramientas y ver en qué condiciones se puede hacer un nuevo compromiso o si se interna un tiempo y después vuelve. Desde tus límites personales podés decir yo no estoy para mirar fotos o escuchar conductas problemas sin antes haber pedido ayuda...

Sandra: - Yo pensaba por un lado que todo lo que te pasa tiene todo el sentido del mundo: con ella tenés vínculo como para plantearle que estás enojada, que tenés miedo, y separarte un poco de lo que pasó con el psiquiatra

La segunda función de los CT según Linehan (1993) menciona que los que ocupan un lugar de liderazgo en los Consultation Team por su experiencia, comparten su experiencia en DBT y sus conocimientos de habilidades. En la misma sesión del CT, mencionada anteriormente, se puede ver como José y Jazmín, hablan a María, desde su experiencia con casos similares.

José: -Yo he tenido conversaciones con los padres de una paciente mía que no querían participar de los talleres de habilidades porque decían que el espacio de esta institución era de mi paciente y no de ellos. Ahí cerré el tratamiento cuando no quisieron hacer el taller porque yo no estaba dispuesto a remar solo toda esta situación.

Jazmín: Vos sabés y nosotros sabemos que B. puede atravesar la desregulación sin conducta problema y puede ser que no haya podido ahora, en este momento. Tu tristeza habla de la desilusión de que podría no haber pasado y pasó. Me resuena una conversación que tuvo B. con los padres donde ellos le decían a ella que no confiaban en su criterio. Y... con estas conductas es difícil.

La tercer función de los CT que plantea Linehan(1993) es que debería ser un espacio para aplicar los supuestos, principios, estrategias y habilidades de la terapia de DBT. Koerner (2011) dice que siendo expertos en el uso de habilidades, los profesionales no deben enseñar habilidades meramente por comprenderlas a un nivel intelectual sino que deben enseñarlas desde la experiencia en su práctica. En este sentido, las entrevistas a

Rosa y a Sandra, miembros de uno de los Consultation team, confirman el uso de habilidades en la práctica diaria.

Rosa: - Hay una realidad que hay gente que tiene las habilidades incorporadas y no hay que decirles de Conciencia Plena, (estar presentes en el aquí y ahora), y no hay que decirles nada. Y hay algunas situaciones que podemos pedir que lo digan más descriptivamente. Yo uso las habilidades incluso en mi vida personal o también para resolver problemas del día a día.

Sandra: - Yo me despierto y siento que se me enciende el set de habilidades. Es verdad que hace pocos años aprendí las habilidades pero hoy me parece que las conozco de toda la vida. Hago mindfulness cada vez que puedo en el día. Lo hago con mis pacientes pero también cuando camino por la calle o cuando viajo en el colectivo.

En este segundo caso, Lía dice estar al borde de un colapso nervioso y no sabe si puede creer en lo que le dice su paciente. José propone una forma de resolución de problemas que es el EXTENDING. Esta es una estrategia que propone el DBT consistente en tomar de manera literal lo que la paciente expresa, es decir tomar “extremadamente en serio” aquello que manifiesta (Linehan,1993).

Lia: -Estoy al borde de un colapso nervioso No sé si es verdad lo que me dice D. que se droga, que el marido le pega, que encontró a los que la violaron.

José: -Yo tomaría muy en serio lo que dice, estilo “Extending”. Le propondría que haga una denuncia del marido al Departamento de la Mujer. Le diría: -yo te ayudo a la denuncia. Le pediría tratamiento de pánico. Nunca podríamos decirle que nos está mintiendo. Estás cansada.

En este otro ejemplo, Sandra propone el uso de una estrategia comunicacional “irreverente” consistente en reaccionar a la conducta problemática como si fuese normal y a la conducta adaptativa con entusiasmo (Linehan,1993).

Lia: -Sí, estoy agotada (se pone a llorar) No sé mas que hacer. Me llama todo el tiempo, todo el día.

Sandra: -Hablale a ella con comunicación irreverente. Decile: fantástico que me llames todo el día, pero el problema de eso es que si estás una hora sin llamarme me preocupo. Deberías ponerte la alarma del reloj y que suene cada hora o media hora para recordarte llamarme sin falta! ¿Podría recibir eso?

Una función importante de los CT es aumentar la motivación y capacidad de sus miembros para minimizar de esta forma el riesgo del burn-out y aumentar la adherencia a DBT. Esta función se puede ver en todo momento en una sesión de consultation team. Aquí se transcriben dos diálogos con esta función. En el primero, Ana plantea un problema con una paciente y Juan le propone el uso de habilidades y mindfulness, aumentando así la capacidad de Ana y su repertorio de habilidades. A su vez, Jazmín se preocupa al ver demasiado sola a Ana y propone entrenar a los padres de la paciente para que ayuden desde la casa, sin invalidar, de tal forma de evitar la conducta problema.

Ana: -Yo tengo miedo porque no hay ahora crisis pero la paciente no habla nada. Estudiaba cocina y tuvo un intento (de suicidio) y se quiso internar. Tiene pánico a los exámenes. Quisiera que logre algo más. ¿qué harían ustedes?

Juan: -si uno solo trabaja en disminuir o tolerar está lejos de vivir la vida que merece ser vivida. En la medida que se conecte con las cosas que nutren la vida, esta la vuelve a alejar de los intentos. Yo prepararía un plan de exposiciones para todo el año para que aborde los exámenes. ¡Acciones comprometidas con sus valores! Y mucho mindfulness.

Jazmín. Me parece importante el rol que juegan los padres que cuando ella se siente incompetente vuelve a la casa de los viejos. Deberían los padres estar más instruidos en evitar un ambiente invalidante, incluso podés proponer que hagan el taller de habilidades para padres. Sino estás demasiado sola: necesitás que ellos ayuden

A su vez, Ana trata de ayudar a Lía en la organización de sus propios límites personales.

Ana: -Planteale tu límite personal. Ordenala! Habría que ir para atrás y hablar de repactar lo pactado porque ya no está siendo efectivo. Tu miedo está comandando esto y luego el enojo. Como que esto puede terminar en una ruptura, en un cambio de terapeuta.

La quinta y última función que plantea Linehan (1993) para los CT es que al unirse a un equipo, los miembros aceptan ser responsables de los resultados de TODOS los compañeros que interactúan con el equipo. Esto se sintetiza en las palabras de Linehan cuando dice que todos los miembros del equipo de *Consultation Team* son responsables por los pacientes de todos los terapeutas del grupo, y menciona que cuando un paciente de un miembro del equipo se suicida, ante la pregunta personal de si algún paciente suyo ha cometido suicidio todos debieran responder en forma afirmativa.

Jazmín (a la consultante): - Contá conmigo , con el equipo, para ir orientándote en la semana, que las emociones no te nublen en la toma de decisiones que tenés que hacer. Pensá que estamos todos juntos con este paciente.

José: -Uno aprende a partir de los casos. Todos nos vamos enterando y entrenando a medida que vamos trabajando y por suerte siempre tenemos al grupo.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en relación al segundo objetivo propuesto acerca de las características, funcionamiento y contenido de los Consultation Team en una institución de TTG.

5.2. Describir las características, funcionamiento y contenido de los Consultation Team en una institución especializada en terapias de tercera generación.

5.2.1. Características del Consultation Team

La Institución de TTG, donde se realizó la práctica, funciona en un petit hotel de estilo, ubicado en un barrio de clase media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El lugar ha sido reciclado y preparado para funcionar como institución de salud mental, con gran cuidado estético. Hay dos grandes salones con capacidad para 60 personas cada uno y cuatro consultorios amoblados confortablemente. Los espacios son luminosos y aclimatados.

La institución dedica el lunes a la mañana a las reuniones de equipo. A partir de las 9.30 hs. de ese día, todos los profesionales que realizan terapias individuales o talleres grupales, concurren a la supervisión de un caso, previamente pactado y habiéndose enviado la conceptualización del mismo a todos los integrantes del equipo. Las sillas se distribuyen

en un gran salón en forma circular, habiendo capacidad para formar un círculo con 40 profesionales. La presencia en esta actividad es optativa para los terapeutas con más de un año de experiencia y obligatoria para los que están en el primer año. Cerca de las 11 de la mañana, y durante 5 minutos, se realiza un ejercicio de Mindfulness, coordinado por algún terapeuta que se proponga como voluntario. Luego tres profesionales, que se dedican a hacer las entrevistas de recepción a nuevos pacientes, plantean las diferentes situaciones de los mismos y los distribuyen entre los terapeutas, en función de las necesidades de los solicitantes. A partir de las 11.45 hs. cada uno de los concurrentes se distribuye por los diferentes equipos de Consultation Team en diferentes espacios de la institución. Los espacios de reunión suelen ser los consultorios donde sillas y sillones se distribuyen en forma circular. El tiempo de encuentro de los Consultation Team es de 1 hora (es decir hasta las 13hs) lo que genera que muchas veces, si varios quieren consultar, algunos terapeutas queden sin poder hablar.

La duración del encuentro y la cantidad de profesionales contradicen lo que sugiere Koerner (2011) de que los *Consultation Team* estén integrados por 6 a 8 individuos y que se reúnan semanalmente durante 60 a 90 min. En este sentido Sandra, uno de los miembros del CT, se queja durante la entrevista realizada, del número de integrantes que suele tener su grupo.

Sandra: -A mi me gustaría que los CT fueran más chicos. Cuando somos 14 es mucho, me gustaría que fuéramos 8 y que vengan siempre. 5 y 14 me parecen extremos que no está bueno. Se hicieron muy populosos.

Al comenzar cada encuentro existe una hoja con una grilla, llamada agenda, donde cada uno de los integrantes que quiera plantear un caso se anota, con su nombre, el nombre del (o los pacientes) sobre los que hablará, el tiempo estimado que requerirá y el grado de gravedad que tiene su caso.

Todos los Consultation Team han sido formados con terapeutas con diferentes niveles de experiencia, habiendo siempre un coordinador que es un referente para los otros, pero que no es (a diferencia de un Supervisor) quien más habla.

El Supervisor de la Institución afirmó en la entrevista que es muy difícil tener un CT que funcione bien, ya que cuando se junta mucha gente suceden un montón de cosas que son complejas y que finalmente tienen que ser más los refuerzos positivos que los negativos para mantenerse en un grupo. También señala que las reuniones tienen que ser

significativas, y valiosas para la gente y que a veces les cuesta mantener una actitud de hacer un análisis en cadena de los ausentes pero debería ser algo que uno debería poder tratar.

5.2.2. Funcionamiento de los Consultation Team: Roles y Armado de la agenda

Según lo propuesto por Linehan (1993) el Líder de la reunión es el miembro del grupo que gestiona la agenda y controla el tiempo empleado y aunque los equipos pueden tener un miembro que se considera un líder basado en la experiencia DBT, el rol de líder de reunión se rota.

En la observación participante se pudo comprobar esta dinámica planteada desde el marco teórico: en el comienzo de todas las reuniones cualquiera de sus miembros podía preguntar quién quería ser líder en esa ocasión y cualquiera podía tomar el rol. Su responsabilidad, por lo que se pudo observar, radicaba en organizar los turnos de consulta en función de lo que cada uno escribió en la agenda. A su vez otro integrante del team tomaba los tiempos con un cronómetro y avisaba cuando se había cumplido el tiempo pedido, para que el consultante vaya terminando. Este rol en el marco teórico era responsabilidad del mismo líder.

A continuación Juan, miembro de un CT, relata cómo se hace la lista (o agenda) de casos a consultar en cada reunión:

-El orden de consulta se rige por una agenda, que es una ficha a completar. La agenda tiene diferentes columnas. La primer columna tiene el nombre del TERAPEUTA; la segunda el del PACIENTE, la tercera el BURNOUT DEL TERAPEUTA, con puntuación de 1 a 10 en función del grado de severidad; en la cuarta columna se pone CUÁL ES EL PROBLEMA a consultar (si es una conducta suicida, una conducta problema o si es una conducta que atenta contra la terapia). El problema debe ser puntuado de 1 a 5 en función del grado de severidad. En la última columna cada terapeuta pone el TIEMPO REQUERIDO PARA HABLAR en minutos. El miembro que dirige, que es el líder del encuentro, señala qué terapeuta comienza, en función del nivel de la severidad del paciente. Se escucha cuál es el problema, por ejemplo: "No sé como solucionar tal cosa, ¿qué me recomiendan?". Los otros miembros pueden dar una respuesta a la inquietud del terapeuta, siempre desde el marco teórico DBT. Podrían decir cosas

como: *“Te estás inclinando demasiado para el cambio, ahora lo que necesitas es esto”* o *“Te estás preocupando por un problema mínimo cuando tenés esta otra prioridad”*. Hay que estar atentos de no juzgar y no aconsejar. No se puede decir: *“relajate”*- o *“hacé esto que a mí me funcionó”*.(Juan)

Lo observado coincide con la dinámica de organización de los encuentros de los Consultation Team planteada por Koerner (2011) quien además propone para la administración del tiempo en las reuniones, tratar los temas en el siguiente orden: primero los terapeutas que necesiten ayuda por estar lidiando con conductas que atentan contra la vida; segundo los terapeutas lidiando con abandonos inminentes del tratamiento, tercero los terapeutas que tengan la necesidad de hacer una consulta urgente; cuarto los terapeutas con conductas propias que interfieren con el desarrollo de la función del CT y por último los terapeuta con conductas que interfieran con la terapia.

Otros roles que se distribuyen al comienzo de sesión, y siguiendo lo propuesto por Linehan (1993) son el Observador y el Apuntador. El primero de estos roles tiene como función estar atento a las desviaciones de los Acuerdos Básicos del CT, planteados por Linehan(1993) y por Koerner (2011) (y desarrollados más adelante) y otros comportamientos ineficaces durante la reunión y hacerlo notar. Particularmente en esta institución, surge de la observación no participante, que el que cumple el rol del Observador suele tener un pequeño gong oriental al que hacen sonar cada vez que alguno de los terapeutas, en su discurso, rompe alguno de los acuerdos mencionados. En la misma fuente se presenciaron varios momentos en que el Observador hizo sonar el gong ante frases como: *“Ese psiquiatra es un ladrón...”* (por juzgar a un par), *“el paciente se equivoca...”* (por no respetar los límites personales del paciente), *“Llamalo y decile!”* (por imponer su punto de vista), en situaciones donde la discusión se hizo polarizada o cuando el consultante pierde el foco de su pregunta.

Esto último es coincidente con lo propuesto por Koerner (2011) acerca que el Observador debe llamar la atención cuando se pierda el foco de la consulta. Esta autora considera que los humanos tienen el hábito de “irse por las ramas” cuando discuten un problema en grupo y que los diálogos con conciencia plena son poco habituales. Asimismo los miembros del equipo deben desarrollar habilidades para mantenerse enfocados.

El rol del Apuntador, tiene como responsabilidad tomar notas sobre el contenido de la reunión, incluidos los asuntos que se traen para la consulta y el consejo del equipo. Si

bien Linehan (1993) propone este rol para los Consultation Team, en la práctica observada no se utilizó.

De la entrevista a María, miembro de uno de los CT, surge que se intenta desde la dirección, que los grupos estén equilibrados en su formación en cuanto a la experiencia de sus miembros, buscando que en los cuatro grupos de CT que hay en la institución, haya terapeutas con más experiencia, con poca experiencia y experiencia media, pudiendo clasificarse informalmente en sénior, junior, y los del medio, respectivamente. María agrega que durante los encuentros se suele dar más apoyo a los terapeutas que inician, siendo un miembro del CT designado como “padrino” o “madrina”, para que durante la semana pueda ser consultado por el terapeuta junior.

Del relevo de datos surge que el consultation team se forma con miembros psicólogos y psiquiatras, con diferentes niveles de experiencia: desde algunos que se formaron en DBT hace 10 años hasta los que terminaron la formación hace 6 meses y la mayoría con experiencias intermedias (2, 4 y 5 años).

En el siguiente fragmento de entrevista Vanesa, que pertenece a otro CT, describe la dinámica propia de su grupo donde participa el supervisor de la Institución, Lic.P. como un miembro más del grupo (aunque todos lo llaman P.).

Vanesa: -En mi team, que está P., se da una dinámica donde todos esperamos escucharlo a hablar, pero no quiere decir que no podamos diferir. Algunas veces discutimos entre nosotros pero en general él rompe el hielo. Yo opino de casi todo los casos y se pretende lo mismo de todo el equipo. De todas formas se ve que la gente que entró recientemente tarda más en hablar y hay encuentros enteros que no dicen nada. Por otro lado, P. por lo general consulta por algo más específico del protocolo, pero casi no trae sus casos.

En este mismo orden, el Lic. P., supervisor de la institución, confirma en la entrevista que interviene poco dentro del grupo, con sus propios casos.

Lic.P.: -Yo estoy contento con mi CT puedo nombrar 4 o 5 personas del grupo que me resultan valiosas cuya palabra es interesante. Yo consulto poco menos de lo que debería. No está bien. No estoy siguiendo al pie de la letra el protocolo. Todos los pacientes del equipo deberían ser consultados. No debería haber

terapeuta que no participe alguna vez participando casos y la verdad que yo presento menos casos que el resto de la gente. Pero no debería pasar.

En este mismo sentido, plantea Koerner (2011) que los líderes de los grupos deben estar dispuestos a “sacarse el sombrero de líder” y ser un clínico más durante la reunión, aceptando las críticas o puntos de vista divergentes.

Las tareas que se realizan en el espacio están alineadas con la propuesta de Koerner (2011) y Linehan (2003) acerca de los *Consultation Team* que son esencialmente aumentar la motivación y la propia efectividad en DBT , proveer una atmósfera que permita hacer resolución de problemas, crear un ambiente que facilite la apertura del terapeuta y que pueda hacer autocríticas.

5.2.3. Contenidos de los Consultation Team: Temas y Acuerdos

En la observación no participante se pudo ver que hay una diferenciación entre los temas a tratar en los Consultation Team y los temas a tratar en la Supervisión con un terapeuta experto, frente a todo el equipo completo. De la mayoría de los testimonios surge que cuando se habla de Supervisión se trabajan casos urgentes y de más riesgo y en forma más amplia. Contrariamente en los Consultation team se suelen abordar los casos en forma más focalizada en la resolución de problemas particulares, en buscar aumentar la motivación del terapeuta y en poder contenerlo en su emoción. Particularmente en la entrevista de María surge que en los CT la demanda del terapeuta es más puntual mientras que en la supervisión la demanda es más urgente. A su vez Juan refiere a la tranquilidad y a la libertad que le genera el dispositivo del CT y reflexiona que el foco del espacio está puesto en el terapeuta mismo.

María: -En el CT la inquietud que trae el terapeuta es más puntual y responde (o debería responder) a la pregunta, en qué te podemos ayudar. No nos metemos tanto en lo que es la conceptualización del caso o las conductas problema. A veces cuando alguien trae un caso puntual pero complicado le decimos que quizás es mejor llevarlo a la supervisión. Cuando hay riesgo de vida o el paciente quiere dejar el tratamiento es importante llevarlo a supervisión.

.....

Juan: -El CT tiene que el foco está puesto más en vos, en qué le falta al terapeuta. En la supervisión hay que conceptualizar el caso. En el CT uno habla más libremente. Es un espacio de tranquilidad , más íntimo, más orientado a la dificultad que te esté pasando.

Ana a su vez, al hablar de los CT, pone el acento en la validación y en la adherencia al modelo que le aportan las reuniones. Tamy menciona cómo las emociones interfieren con la evolución del caso y en qué forma el CT está atento a proponer herramientas no consideradas por el terapeuta.

Ana: -El CT es básicamente una orientación , una supervisión, ir chequeando con los colegas que hacen DBT si lo que uno está haciendo está pegado al modelo. También tiene un sentido de validación entre los profesionales. La supervisión necesita otro desarrollo: es una formulación de caso completa con diagnóstico, estrategias intentadas, con la historia evolutiva del paciente, historias previas.

.....

Tamy: -El tema en el CT es más puntual , es más al momento . Habitualmente es una pregunta, una sensación , una emoción que tienen el terapeuta que puede estar interfiriendo con la evolución del caso. Muchas veces evacuar esa duda o emoción que el Terapeuta tiene del paciente da pie a pedir una supervisión completa . Pero tener un espacio donde uno puede tener estas pequeñas perlas reorienta la próxima sesión del paciente. Si un terapeuta siente miedo ante una situación y ese miedo está comandando la situación y no lo deja actuar libremente o aplicar la estrategia, en el CT se recanaliza, se vehiculiza eso. Y da posibilidades a tener una sesión distinta. A veces del CT el Terapeuta se lleva herramientas, o herramientas que no tiene tan disponibles, no las ve, está quemado y usa siempre la misma estrategia y a lo mejor en el CT otras opiniones proponen intentar con otra habilidad.

Swales (2013) y Koerner (2011) consideran que los *Acuerdos de DBT* planteados por Linehan (1993) proporcionan una estructura dentro de la cual el trabajo del equipo ocurre. Los miembros del equipo aceptan estas perspectivas fundamentales como una base compartida para pensar en ellos mismos, sus pacientes y entre ellos.

Dentro del CT, se ha verificado el uso de estos acuerdos entre los terapeutas, los que estructuran las intervenciones y son una guía para el funcionamiento de los CT. Estos acuerdos son : el Acuerdo Dialéctico, el Acuerdo sobre consulta al consultante, el Acuerdo de consistencia, el Acuerdo sobre observar los límites personales, la Empatía fenomenológica y el Acuerdo de falibilidad. Cada uno de estos acuerdos serán abordados en los siguientes sub-apartados.

a) Acuerdo dialéctico: en que se acuerda en aceptar una filosofía dialéctica: no hay verdad absoluta. Cuando se queda atrapado entre dos opiniones contradictorias, se buscará la verdad en ambas posiciones. Acá se está lejos de determinar qué es “correcto” y se busca la sabiduría de cada posición (Waltz, Fruzzetti & Linehan, 1998).

En la observación participante se pudo observar el respeto al Acuerdo Dialéctico en casi todos los encuentros del CT. De uno de estos surgió esta discusión que se transcribe a continuación donde se ve como Jazmín, Sandra y Ana intervienen apelando a la dialéctica, entre las posiciones de Joaquín y su paciente.

Joaquín: -Natacha está hace un año en tratamiento... El problema que tengo ahora es que ya hemos tenido encontronazos cuando le hablé de mis límites personales. Le conté que no quiero recibir info por mail: que use el whatsapp. Ya me pasó que me mandó mails y yo no hice nada porque era mail. Y el finde pasado me volvió a escribir un mail en el que me ponía cual era la situación y que tenía una situación el lunes y que la llame. Y yo no le contesté y se enojó por whatsapp. Trato de recibir menos mails porque me escriben “tengo ideación suicida” y ese tipo de cosas. Prefiero que me llamen. El mail no me gusta.

Jazmín: -A mi me parece que los dos tienen cosas para mejorar. Ser dialécticos a pedirle a ella que haga algo distinto y vos hacer algo distinto. Me parece importante acercarte a ella y decirle que querés revisar los acuerdos con ella.

Ana: -pensar en lluvia de ideas. Que te escriba mails pero de hasta 4 renglones por ejemplo, y que vos le podés contestar dentro de las 24 hs.

Sandra: -O decirle: vos trae tus soluciones y yo las mías y lo acordamos.

b) Acuerdo sobre consulta al consultante: Se considera no tratar a los pacientes o a terapeutas como frágiles. Todos son capaces de hablar por sí mismos. De la observación no participante se confirma el uso de estos acuerdos en la voz de Tamy quien dice creer en sus pacientes, pese a la desregulación emocional que puedan tener, y en Ana para quien la voz del equipo es la suya propia.

Tamy: -Yo sé que mi paciente puede atravesar esta desregulación. Está en un momento que se siente perdida pero yo estoy segura que va a salir. Y se lo digo a ella, que no para de llorar.

.....

Ana: - A mis pacientes les digo que nos reunimos y saben que son pacientes del equipo y que tenemos una reunión semanal. Muchas intervenciones las hago apoyándome en el equipo. Siento que la voz de mis compañeros muchas veces se hace la mía. A veces mis pacientes se enojan con el equipo por no enojarse conmigo!

c) Acuerdo de observar los Límites personales: se acuerda en observar los límites personales de los integrantes del consultation team y en no juzgar o criticar a otros miembros por tener diferentes límites de los nuestros (por ejemplo: demasiado amplio, demasiado estrecho, "justo"). En la observación no participante se pudo ver el respeto a este acuerdo de DBT, de no juzgar y tratar de entender los límites del otro. A su vez, en las entrevistas desgrabadas hubieron varios testimonios que acordaban con estos límites: María dice observar sin juicio, Vanesa y Joaquín defienden los límites personales de sus pacientes.

María: -En el team intento observar sin juicios, autorregularme. Creo que la mayoría de nosotros usa las habilidades en general.

.....

Vanesa: -Cuando el psiquiatra dice a mi paciente que no contesta llamados ni mensajes los fines de semana, trato de pensar que cada uno de nosotros tenemos nuestros propios límites personales.

d) Acuerdo Empático Fenomenológico: se está de acuerdo en buscar interpretaciones no peyorativas y actitudes fenomenológicamente empáticas del comportamiento de nuestros pacientes, nuestros propios y de otros miembros. Se acuerda en esforzarse por ver el mundo a través de los ojos de los pacientes o a través de los ojos del otro. De las entrevistas surge el testimonio de Rosa que dice poder comprender a su paciente y el porque de que se corte, mientras que José confiesa que a veces se enoja con los comentarios de los compañeros del Consultation Team pero sabe que es porque está quemado (burn-out).

Rosa: -Entiendo que los cortes que se hizo mi paciente en las piernas son una forma de controlar su desregulación emocional, y que esa misma sensación de control le refuerza la conducta.

.....

José: - La palabra de mis compañeros a veces me enoja pero yo sé que es que estoy quemado. No me enoja porque sé que tengo que escuchar mejor: que estoy escuchando en forma emocional, lo que me están diciendo. Tenemos incorporado el modelo pero somos personas y a veces reaccionamos en piloto automático.

e) Acuerdo de Falibilidad: consiste en que acordamos de antemano que somos falibles y cometemos errores. Esto según Waltz, Fruzzetti, y Linehan (1998) permitiría observar en forma “no defensiva” el propio comportamiento. Por ser falibles, según Linehan (1993) se acuerda que inevitablemente violaremos todos estos acuerdos, y cuando esto se haga, dependeremos unos de otros para señalar la polaridad y pasar a una síntesis. Se observa en los relatos de Juan y Ana, que ambos asumen sus errores y revisan sus conductas: es llamativo observar que esto ocurre con completa naturalidad y con gran frecuencia durante las reuniones.

Juan: -Sé que me equivoqué en no llamarla. Me dio bronca que habiéndole dicho que no me escriba mails, me haya vuelto a escribir uno al día siguiente, pidiéndome que la llame. Ella me escribió en forma sensible y yo tuve una conducta insensible. La llamé al día siguiente y le validé su enojo.

.....

Ana: -Una paciente de Uruguay venía una vez por semana para grupo e individual, hasta que el gasto se complicó y ahí faltó tres veces seguidas y al borde de quedar fuera. Era una paciente con bastante riesgo. Yo le dije que se había quedado sin tratamiento por sus faltas. Ella se enojó y me dijo que le diga al grupo que había sido injusto y que ella cumplió siempre hasta ahora. Me di cuenta que me había equivocado. Volví al grupo y argumenté lo mismo que ella. Y el grupo me preguntó que me parecía a mí y volví con una opinión más del sendero del medio, no tan polar. Le propuse hacer un mes de prueba y que si lo cumplía seguiríamos. Esto surgió del team.

Hasta acá se han desarrollado las características, contenidos y estructura de los Consultation Team. A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en relación al tercer objetivo propuesto, acerca de utilidad de los Consultation Team, dentro del modelo DBT, en el tratamiento de personas con TLP.

5.3. Analizar la percepción de los participantes respecto a la utilidad de los Consultation Team dentro del modelo DBT, en el tratamiento de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Fernandez Alvarez (1988) indica que existen componentes inteligentes, afectivos y evaluativos que interactúan en el procesamiento de la información. Así sostiene que cuando la persona otorga un significado en particular buscando dar sentido a la experiencia además de conocerla intelectual y afectivamente, también se produce una cognición de orden evaluativo. Para este autor las creencias de una persona influyen sobre su percepción y ésta sobre sus sentimientos.

Cabe señalar, que de las entrevistas surge que los y las terapeutas perciben el C.T. como un espacio importante y hasta fundamental para el desarrollo de la tarea terapéutica con población TLP.

Así Adriana, siendo una psicóloga con muchos años de experiencia en DBT, refiere que considera fundamental participar en los Consultation Team y que no podría concebir atender pacientes con TLP sin un equipo que la apoye y respalde y vea la situación de la misma manera que ella. Agrega además que no atiende pacientes con TLP en privado (fuera de la Institución) porque sabe que le va a faltar la palabra de los miembros del Consultation Team.

Betina coincide en la utilidad del CT y agrega que en este dispositivo se pueden volcar las emociones del terapeuta. En efecto, en la entrevista relata que le sirve llevar su pregunta, sus emociones, sus cuestionamientos de un caso y escuchar otros casos y ver cuáles son las principales dificultades en esos otros casos y pensar qué haría ella si estuviera en el lugar del otro.

Juan concurre todas las semanas al CT y dice que le resulta muy gratificante. Le parece fundamental en el trabajo con pacientes graves tener el apoyo de los terapeutas. Agrega que también le sirve para darse cuenta cuando si se está yendo en juicios, o cuando se inclina a querer tal cambio pero ese cambio no es posible. El equipo se lo hace notar. A la vez el diálogo constante, mas allá de tener la teoría de base, le permite incorporar el marco teórico en la practica cotidiana.

Joaquín, entusiasmado, dice que quisiera tener el CT toda la vida, no importa a que punta de la montaña llegue. Le resulta un placer sentir que ayuda a otro y que lo ayudan. La pregunta que suele hacer es “¿qué hacer con este paciente?” y chequea qué harían otros terapeutas.

Ana cuenta que va a las reuniones del CT y que intenta cumplir con la asistencia ya que es un espacio que suma mucho con los pacientes TLP. Considera que es de llevar sus casos al team, que lleva cuestiones para pensar si la intervención que está pensando es la adecuada, necesita contar qué le pasa a ella con ese paciente, para saber qué habilidades tiene que usar como para desarrollar el tratamiento de manera efectiva y “no morir en el intento”.

La percepción de los/las terapeutas coinciden con el sentido y finalidad que autores como Gempeler (2008) y Miller, Rathus y Linehan (2007) señalan para tal dispositivo. En efecto, Gempeler menciona que hacer DBT implica un trabajo en equipo donde el terapeuta individual sea apoyado permanentemente por sus compañeros que a su vez también se apoyan en el equipo. Miller, Rathus y Linehan sostienen que se requiere mucho trabajo para poder mantener a los pacientes en el buen camino y el CT debe apoyar al terapeuta para motivarlo y que continúe trabajando en momentos difíciles.

Sin embargo, del registro de observación no participante surge que, pese a la importancia que se le adjudican al CT los mismos terapeutas, suele haber gran cantidad de ausentes durante las sesiones. En las primeras 3 reuniones observadas del CT, la concurrencia no superaba los 5 profesionales, cuando el total de integrantes es de 13. Esto generó en los presentes un llamado de atención y se propuso una convocatoria expresa para el lunes siguiente a todos los integrantes del CT. A la siguiente reunión estuvieron

presentes 12 terapeutas, con la consigna de proponer cada uno qué conductas aumentar que promuevan el encuentro y la presencia en los CT, y qué conductas disminuir que consideren puedan atentar contra los encuentros. Fue llamativo ver en la observación no participante cómo los terapeutas utilizaban las habilidades adquiridas, en la resolución de este problema, poniendo acento en su actitud frente al CT y en la importancia de defender ese espacio.

De la desgrabación de este encuentro del CT, surge a partir de los testimonios de los diferentes miembros, que las principales conductas a disminuir serían el uso indiscriminado del celular dentro de la sesión y la de ocupar el horario de los CT para atender pacientes o para encuentros personales. Entre las conductas a aumentar la mayoría mencionó trabajar más los casos y traer a la consulta qué le pasa emocionalmente con los diferentes casos. Por otro lado varios de los integrantes se preocuparon por dejar claro que el espacio del CT le resultaba importante para poder llevar adelante la terapia. Acá algunos de los testimonios desgrabados de la observación:

Vanesa: -Tengo que mirar menos el celular, me distraigo y no puedo seguir el problema que trae cada uno y tampoco ponerme turnos médicos los lunes a la mañana (día del CT). De hecho hoy me quedé dormida pero vine acá a hacer este análisis porque me sirve. Por más que yo escucho atentamente, mi conducta a aumentar es participar un poco más.

.....

José: -Mi conducta a disminuir el celular, y para aumentar me encantaría por parte de todos que se ajuste más el tema de los minutos que pedimos para cada consulta, así nos rinde mejor el tiempo del encuentro.

.....

Ana: -Hay ciertos pacientes que si no los trajera al CT no estaría tranquila, me hace bien que me digan que va bien. Mi conducta a aumentar es cuando traigo un paciente, laburar más qué me pasa a mí con el caso que laburarlo como supervisión. Todos tendemos a hablar de “che no se que hacer con este paciente en vez de decir que me da miedo lo que pueda suceder”. Tengo que evitar ponerme cosas en el horario del Consultation Team.

.....

Tamy: -Mi conducta a disminuir es chequear el celular y moverme, quedarme un poco quieta, tengo que disminuir el movimiento. Y conducta a aumentar es

observar mi impulso a dar soluciones rápidas cuando alguien está exponiendo su caso. Porque me parece que no es el corazón del team, sino poder invitar al otro a ver cual es su emoción o poder hacer una ayuda de ideas. (Tamy)

.....

Jazmín: -Yo, disminuir el uso del celular y por ahí no tener algo para hacer muy justo después del team que me quita tiempo de acá. Y de aumentar me gustaría aumentar la motivación para que se venga acá al team. Y tengo que pensar en que conductas implica esa motivación pero sé que algo que motiva es si decimos que vamos a hacer algo es que lo hagamos. Por eso hoy decidí hacer esta charla.

.....

María: -A disminuir ya saben, llegar a tiempo, por suerte deje de fumar seguramente haya menos obstáculos para que llegue a tiempo y a aumentar ser mas concreta y menos información cuando hablo de un paciente quizás por un reaseguro para que entiendan. Y por otro lado estaría bueno aumentar que podamos hablar y no dejar pasar las situaciones, que uno por no generar un clima incómodo no lo hablamos, no traemos el elefante a la habitación.

.....

José: -Quiero rescatar algo por experiencias en otros trabajos: también acá podemos decirle a alguien que se está pasando en el tiempo, podemos decir cosas incómodas. Por lo bueno que tiene este Consultation Team tenemos que hacer un gran esfuerzo porque no se pierda la utilidad del equipo. Creo que es bueno.

.....

Sandra: -Yo pensaba también en para qué uno trae un caso: debemos ser más claros en cuál es la pregunta y cuál es el pedido de ayuda. Para qué traemos el asunto? Tengo que disminuir mi conducta de irme antes...

.....

Juan: -A veces venimos pocos y creo pasa porque no se aplican las contingencias necesarias para que deje de pasar. En EEUU, por ejemplo, son más severos. Hay una especie de remiendo, un pequeño castigo, por el hecho de no venir: traer una torta, preparar una clase. Acá las horas del Consultation team no son pagas y a veces nos sale trabajo y entonces no venimos. Pero lo sufro.

En esa misma línea, de las entrevistas a los miembros del CT surgen algunas quejas y a la vez propuestas alternativas para tratar de evitar que la presencia del número de miembros disminuya y se resienta la dinámica del grupo. Sandra critica la falta de emoción, Ana y Jazmín la necesidad de que se refuerce con un tema interesante la asistencia a los CT. A su vez Jazmín también propone como alternativa que las reuniones de CT sean pagas.

Sandra: - Nos está faltando la emoción. Nos quedamos en el coach y no hablamos tanto de lo que nos pasa a nosotros. Quizás debieramos buscar más el sendero del medio, es decir que busquemos más entre los pensamientos y las emociones.

Ana: - Yo necesitaría más refuerzo, quizás desarrollar en las consultas algún tema nuevo o interesante que me estimule más venir.

Jazmin: -A mi me reforzaría mucho que por lo menos una vez por mes se comparta información piola. Soy muy nerd de eso. Y yo creo que si se pagara la reunión del Consultation Team, más profesionales vendrían. No es mi forma, pero pensándolo más objetivamente, si se pagara el tiempo que uno está en la reunión vendrían más.

María se queja que particularmente en su team suelen haber muchos ausentes y que por lo general llegan a ser 7 de los 13 miembros integrantes. *-Es que los más sénior se han ido yendo –agrega María- y el grupo ahora quedó reducido a la mitad.*

José agrega que no critica al modelo, ya que él sabe que está probada su efectividad. Considera que la crítica, con compasión, es a ellos mismos. José cree que la idea es apegarse o no al modelo, es como ir o no ir al gimnasio –ejemplifica. Agrega además que para él el espacio se construye y crea con los que están ahí y es el tiempo y la dedicación que uno quiera poner en apegarse al modelo. Podría funcionar mejor si hubiera contingencias más claras en cuanto al presentismo. Además critica la distribución despareja que se ha dado en los diferentes CT.

José: -Creo que son dispares los CT . En uno de los teams hay muchos más séniors que en los otros. No se orienta al cambio para lograr que los cuatro equipos queden iguales. Habría que entender al equipo como uno solo. A veces

los teams se pueden sesgar y dada la falta de rotación uno no se da cuenta de las faltas del team.

6. CONCLUSIÓN

Los principales hallazgos en relación a la importancia de los Consultation team fueron: que la participación en los Consultation Team reduce el desgaste por burn-out; logra un impacto positivo sobre los resultados; aumenta las habilidades de los terapeutas para ejercer la terapia en pacientes graves; genera mayor apego al tratamiento; permite desarrollar sentido de seguridad en los terapeutas; permite aprender más a través de la retroalimentación y el apoyo. Esto corrobora el marco teórico utilizado en relación a lo que señala Waltz, Fruzzetti y Linehan (1998), Linehan (2003), Walsh , Ryan y Flynn (2018), entre otros.

Se pudo verificar que en la institución el dispositivo de Consultation Team, asume las mismas características, funcionamiento y contenido que lo señalado por Linehan (1993,1998) y Koerner (2011). Las diferencias que se encontraron en la observación participante, en relación al marco teórico, fueron la aparición de un miembro que tiene la responsabilidad de tomar el tiempo de exposición, responsabilidad adjudicada por Linehan (1993) al Líder del grupo; y el no uso del rol de Apuntador en las reuniones de los CT, como propone Linehan (1993).

Asimismo, de las entrevistas se desprende que suele ser desigual (a diferencia de lo que propone el marco teórico que habla de una participación igualitaria de todos los miembros) la consulta y presentación de casos de los más expertos, ya sea porque no presentan casos o porque se ausentan de las reuniones. La cantidad de miembros participantes también difiere de lo propuesto por Koerner (2011), dificultando por cuestiones de tiempo, según surge de las entrevistas y de la observación no participante, la participación de todos y la posibilidad que consulten todos lo que lo desean.

También se encontró que los Consultation Team, en la Institución observada, siguen los acuerdos de DBT que plantea Linehan (1993) y menciona Swales (2013), los que estructuran y guían las reuniones.

Se considera relevante destacar la valoración positiva hacia los Consultation Team por parte de todos los miembros entrevistados, así como la percepción de su necesidad y efectividad. Sin embargo resultó llamativo de la observación no participante la gran cantidad de ausencias que se dieron en cada reunión y a lo largo de toda la práctica.

Varios profesionales, consideraron a lo largo de las entrevista que se debería

revisar la forma de lograr mayor presencia y cumplimiento de los miembros en los Consultation Team: ya sea a partir de que sea una actividad paga o a partir de refuerzos (como clases especiales o lecturas) o castigos (como preparar una clase o traer una torta).

A lo largo del desarrollo bibliográfico y de la práctica, se ha podido observar la originalidad del dispositivo de Consultation Team, así como su necesidad frente al trabajo con población con TLP.

Una limitación del trabajo propuesto fue el haber participado en uno sólo de los cuatro consultation team por cuestiones de la institución. Al ser considerados los encuentros como un espacio de intimidad donde se busca una relación fluida, dinámica y cercana entre sus miembros, se exigió la participación en uno y sólo un grupo. Hubiera sido interesante percibir cómo funcionan otros grupos con diferentes miembros y dinámicas.

Si bien en el presente escrito no se trabajó con datos numéricos o estadísticos en vista que se puso el acento en la palabra de sus miembros y en su modo de participación y trabajo, se consideraría importante para las futuras líneas de investigación, realizar una investigación cuantitativa que permita determinar a partir de un estudio comparativo de pacientes y de terapeutas, la efectividad, eficiencia y eficacia de los Consultation Team.

Este trabajo resulta relevante porque permitió conocer la importancia y utilidad de los Consultation Team, desde el punto de vista de sus propios actores, y visibilizar un dispositivo poco abordado desde la investigación. Sin embargo también se han podido detectar ciertas disfuncionalidades que suelen presentarse en los CT respecto a las asistencias, lo que pareciera ser un problema que no termina de ajustarse. Pienso que si bien los acuerdos DBT estructuran los encuentros, podría resultar constructivo, que la teoría se retroalimente de lo que ocurre en la práctica en algunos grupos. La permeabilidad del modelo con las prácticas que suceden en lo cotidiano podría resultar interesante para optimizar el mantenimiento y el mejor rendimiento de los CT. De igual forma que las ausencias y no cumplimiento de tareas de los pacientes, generan una serie de contingencias previstas, podría fijarse de igual modo para los terapeutas.

A lo largo de toda la práctica y en muchas ocasiones, me he visto sorprendido y admirado por la tarea que cumplen los terapeutas que trabajan con TLP: la pasión y la entrega pareciera ser casi total. Además del tiempo que requiere la tarea individual y las supervisiones, se le agrega el dispositivo casi permanente del coaching telefónico lo que hace que la demanda de los pacientes pueda ser casi constante. De esta gran demanda y

su características de alto riesgo, surge entonces la necesidad vital de contar con un espacio donde poder volcar las dudas y las emociones. Me resultó emocionante ver el entusiasmo de los terapeutas, apasionados por la tarea, buscando con intensidad la forma de lograr que la vida de sus pacientes mejore y se acerque más a sus deseos.

7. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders, III (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (APA).
- American Psychiatric Association (2001). *Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Chapman, A.L. & Linehan, M.M. (2005). Dialectical behavior therapy. En M. Zanarini (Ed.), *Borderline Personality Disorder*. New York: Marcel Dekker.
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción psicológica*, 10 (1), 45-56.
- Fernandez Alvarez, H. (1988). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Cap 6. Carácter constructivo de la experiencia psicológica. Buenos Aires: Paidós.
- Gagliesi, P. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. Manuscrito inédito. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo40.pdf>.
- Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano J.P. & Stoewsand, C. (2008). *Programa Psicoeducativo Dirigido a Personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados*. Fundación Foro.
- García Palacios, A. (2006). La terapia Dialéctico Comportamental. *EduPsykhé*, 5(2), 255-271.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 136-148.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35,

639-665.

- Hellman, I. D., Morrison, T. L., & Abramowitz, S. I. (1986). The stresses of psychotherapeutic work: A replication and extension. *Psychological Medicine*, 42, 197-205.
- Hoffman Judd, P. & McGlashan, T. H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder. Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington D.C.: American Psychiatric.
- Koerner, K. (2012) *Doing Dialectical Behavior Therapy. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
- Koerner, K. (2013) What Must You Know and Do to Get Good Outcomes With DBT?. *ScienceDirect, Behavior Therapy*. doi: 10.1016/j.beth.2013.03.005
- Leiderman, E. A., Buchovsky, S., Jiménez, M., Giordano, S., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F. & Lipovetzky, G. (2004). Diagnóstico y tratamiento del trastorno borderline de la personalidad: una encuesta a profesionales. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 15, 280-286.
- Linehan, M. M.; Armstrong, H.E.; Suarez, A.; Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive - Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 48 (12), 1060-1064.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lynch, T. R. & Ronins, C. J. (1997). Treatment of Borderline Personality Disorder using Dialectical Behavior Therapy. *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 8 (1): 47-49.
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy or borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Mañas, I. (2007). Nuevas Terapias psicologicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press
- Moreno Coutiño, A (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación: la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología* 12 (1)

- Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Madrid: Editorial Pleyades.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.
- Perez Alvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhé*, 5(2), 159-172.
- Regalado, P.& Gagliesi, P. (2012). Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 66-75.
- Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour. Assessment and Treatment*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Swales, M. A. (2010) Implementación de DBT: selección, entrenamiento y supervisión de un equipo. *The Cognitive Behavior Therapist* , 3, 71-79.
- Swenson,Ch., Torrey,W. & Koerner,K. (2002). Implementing Dialectical Behavior Therapy. *Psychiatric Services*, 53, 171-177.
- Teti, G. L., Boggiano, J. P. & Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 119(26), 57-64.
- Vallejo Pareja, M. A. (2010) Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, 1 (1), 49-54.
- Waltz, J., Fruzzetti,A. & Linehan,M.(1998). The role of supervision in dialectical behavior therapy. *The Clinical Supervisor*, 17, 101-113.
- Walsh,C.,Ryan P. & Flynn, D. (2018). Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. doi: 10.1186/s40479-018-0080-1