

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Titulo: “Análisis de las Habilidades requeridas en los terapeutas de la Terapia Dialéctica Comportamental”.

Tutor: Dr. Pablo Galgiesi.

Alumna: María Florencia Rebaudi.

Entregado: 11/03/2011.

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Aéreas en las que se tuvo participación en el contexto de la residencia.....	4
1.2 “Habilidades del terapeuta” Aquello que despertó especial interés.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo General:.....	6
2.2 Objetivos Específicos:.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1 Descripción de TLP.....	7
3.2 Antecedentes de DBT.....	9
3.2.1 DBT y la teoría Biopsicosocial.....	11
3.2.2 DBT y el Conductismo.....	13
3.2.3 DBT como integrador de lo cognitivo y lo conductual.....	14
3.2.4 Influencias del Budismo en DBT.....	15
3.3 Presentación de DBT.....	17
3.3.1 Principios de DBT.....	18
3.3.2 Principios sobre los pacientes.....	18
3.3.3 Principios sobre el terapeuta.....	19
3.4 Estructura de DBT.....	20
3.4.1 Cuatro etapas.....	20
3.4.2 Tabla 1. Etapas de tratamiento y target conductual correspondiente.....	22
3.4.3 Cinco Funciones.....	22
3.5 Modos de tratamiento.....	24
3.5.1 Reunión de Equipo y Consulta entre terapeutas.....	25
3.5.2 Terapia individual:.....	25
3.5.3 Couching telefónico:.....	25
3.5.4 Grupo de entrenamiento en habilidades:.....	26
3.6 Descripción de los objetos de estudio específicos.....	28
3.6.1 Aceptación vs. Cambio.....	28
3.6.2 Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad.....	29
3.6.3 Nutrir vs. Exigencia Benevolente.....	30
4. MÉTODO.....	31
4.1 Instrumentos:.....	32
4.2 Procedimiento:.....	33
5. DESARROLLO.....	34
5.1 Tabla 2. Objetivos específicos, técnicas que los ilustran y ámbitos donde fueron observadas.....	36
5.2 Objetivo 1.....	36
5.2.1 ACEPTACIÓN VS. CAMBIO .En grupo de entrenamiento en habilidades para pacientes TLP....	36
Técnica: Conciencia plena aplicada a la respiración.....	36
5.2.2 Aceptación vs. cambio. En grupo de entrenamiento a familiares.....	39
Técnica :validación + instrucciones para el cambio conductual.....	39
5.2.3 Aceptación vs. cambio. En reuniones de equipo de DBT.....	42
Técnica: Análisis en cadena en supervisión de caso clínico.....	42

.....	45
5.3 Objetivo 2.....	45
5.3.1 Describir la actitud de “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” En grupo de entrenamiento en habilidades, para pacientes TLP. Técnica: Extending en el marco del estilo irreverente del terapeuta.....	45
5.3.2 “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” En grupo de entrenamiento a familiares.....	47
Técnica: Habilidades de efectividad interpersonal + ensayo conductual de la técnica “DEAR MAN”... ..	47
5.3.3 Describir la actitud de “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” En reuniones de equipo de DBT. Técnica: Interpretación de la conducta, descripción no juiciosa.....	49
5.4 Objetivo 3.....	51
5.4.1 Describir y vincular con la práctica la actitud de “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” En grupo de entrenamiento en habilidades, para pacientes TLP. Técnica: Instrucciones sobre habilidades para sobrevivir a las crisis.....	51
5.4.2 “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” En grupo de entrenamiento a familiares. Técnica: Manejo de contingencias, suministrar refuerzos intermitentes.....	54
5.4.3 “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” En reuniones de equipo de DBT. Técnica: auto develación y Marcar Limites Personales en couching telefónico.....	56
5. CONCLUSIONES.....	58
6. BIBLIOGRAFÍA.....	60
Gempeler J. (2008) Terapia conductual dialéctica. Revista Colombiana de Psiquiatría,37, 136-148.....	62
Rüsch N. (2007) Predictores de deserción en pacientes hospitalizados mujeres con trastorno de la personalidad borderline, tratados con terapia dialéctica comportamental. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry ,39, 497–503.....	62
Real academia española, Diccionario de la lengua española, recuperado el 10/09/2010 de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=contingencia.....	63
Vicente E. (1991), Manual de tecnicas de terapia y modificación de la conducta,España: Siglo XXI.....	63
7. ANEXO.....	63

1. INTRODUCCIÓN

En el contexto de la residencia requerida por la Universidad de Palermo, se seleccionó una fundación terapéutica por su modalidad de trabajo en equipo y por su especificidad. La misma se dedica a la aplicación de un modelo psicoterapéutico particular la Terapia Dialéctico Comportamental (que se llamará DBT) a un tipo de trastornos en particular, Trastorno Límite de la personalidad (al que se nombrará TLP).

DBT es un modelo de psicoterapia creado por Marsha Linehan que tiene alta efectividad (validada por numerosas investigaciones) en pacientes con riesgo suicida, trastorno del control de los impulsos, trastornos de la conducta alimentaria, bipolaridad, trastorno límite de la personalidad, entre otros.

TLP es la sigla asignada al Trastorno Límite de la Personalidad, que es según el DSM IV un patrón general de inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales, como la autoimagen y la afectividad (lo emocional), con gran impulsividad y tiene su inicio en la adolescencia.

1.1 Áreas en las que se tuvo participación en el contexto de la residencia

Cooperación con el grupo de Investigación en el Área de Psicología Positiva.

Grupo de actualización (para profesionales con el fin del ponerse al día en temáticas de psicología contemporánea)

Reunión de equipo de Clínica General (supervisión de casos).

Supervisión de Residentes (supervisión de casos de jóvenes profesionales).

Charlas abiertas a la comunidad (donde profesionales presentan al público distintas temáticas).

Postgrado de Psicología Positiva.

Postgrado de DBT

Reunión de equipo DBT.

Grupo de entrenamiento en habilidades para pacientes mujeres con TLP.

Grupo de entrenamiento en habilidades para familiares de pacientes con TLP.

Entrenamiento en Conciencia Plena o “Mindfulness” (práctica de meditación en la que la atención se enfoca en el momento presente, sin juzgar valorativamente, ni intentar resolver los pensamientos, sensaciones y emociones que se tienen; una de sus funciones es reconocer y auto-regular la experiencia)

1.2 “Habilidades del terapeuta” Aquello que despertó especial interés.

Durante la participación en las mencionadas actividades, se pudo detectar una constante relativa a la actitud de los terapeutas DBT. La misma se vinculaba con el respeto hacia los pacientes, una actitud muy compasiva y comprensiva. Muy distinta a la actitud generalizada que existe para con los pacientes TLP.

Con el tiempo compartido con este tipo de pacientes y sus terapeutas, la educación recibida en el postgrado de DBT al que se asistió como parte de la residencia, y la información que transmitieron los profesionales, se llegó a comprender que esta “*forma de ser del terapeuta*”, de comunicarse y de conceptualizar a sus pacientes, tenía una explicación y un fundamento teórico.

Este tema despertó particular interés por ser notoriamente distinto en referencia a otras psicoterapias y sus respectivas teorías.

Se reforzaron aquellas actividades en las que dicha actitud de los terapeutas se podía apreciar con más claridad.

Así, durante los grupos de entrenamiento en habilidades (tanto para pacientes como para familiares), se prestó especial atención a como los terapeutas (dos coordinadores por cada grupo) desplegaban sus aptitudes.

Del mismo modo, durante las Reuniones de equipo de DBT, se esclareció la relevancia dada a la actitud del terapeuta, como debe expresarse respecto a sus pacientes y cómo debe conducirse en sus terapias.

Por último resultado de gran importancia el entrenamiento en conciencia plena, en el que un grupo muy reducido de personas ejercitan su atención a través de la meditación. Donde no corresponde juzgar, o intentar cambiar nada, sino que se trata de aceptar las circunstancias, tolerarlas, en principio conocerlas.

Sin esta observación y aceptación de uno mismo (que es generalizable) no hubiese sido posible acceder verdaderamente a lo que será el tema del presente Trabajo Final Integrador.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Analizar las Habilidades requeridas en los terapeutas desde Terapia Dialéctica Comportamental.

El modelo detalla tres habilidades/actitudes dialécticas, las mismas son tomadas para los objetivos específicos y explicadas posteriormente en el marco teórico.

2.2 Objetivos Específicos:

- Analizar en profundidad la actitud del terapeuta de “Aceptación vs. Cambio” en las actividades del equipo DBT de una fundación terapéutica.
- Describir la actitud de “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” en las actividades del equipo DBT de la fundación terapéutica.

- Describir y vincular con la práctica la actitud de “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” ” en las actividades del equipo DBT de la fundación terapéutica.

3. MARCO TEÓRICO

En esta sección se busca compartir en principio una descripción de TLP, en vista de que el modelo teórico DBT esta principalmente diseñado para este tipo de pacientes.

Luego se exponen las influencias y antecedentes del modelo teórico con el que se trabajo (DBT) para introducir sus principios fundamentales.

Posteriormente se busco presentar al modelo en sí, que propone y cuáles son sus componentes.

Por último las habilidades que un terapeuta requiere según este modelo para tratar a ese tipo de pacientes, siendo tales habilidades el objeto de estudio.

3.1 Descripción de TLP.

Resulta oportuno describir con quienes trabajan aquellos terapeutas DBT. Dichos terapeutas, se especializan en el tratamiento de trastorno límite de la personalidad. El trastorno Límite de la Personalidad se presenta en el 2% de la población general y tres de cada cuatro afectados son mujeres.

Su comienzo suele ser durante la adolescencia, y se extiende durante la adultez, no obstante en la cuarta década de vida suele apreciarse remisión sintomática, particularmente lo que serían las dificultades en el control de los impulsos. La mayor parte de los pacientes con este diagnostico tienen cinco veces más posibilidades (respecto a la población general) de tener familiares con

diagnósticos de TLP u otros de orden afectivo tales como depresión, bipolaridad, entre otros (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

A continuación se presenta una dilucidación detallada de las características diagnosticas de TLP, en la que se abarca de manera explicativa los nueve criterios establecidos por el manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.

Según el DSM IV-TR las personas con este trastorno, pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos, particularmente cuando se encuentran cercanos al cumplimiento de logros u objetivos (como puede ser presentar agravamiento de sus síntomas luego de haberse explicitado algún progreso en la psicoterapia).

Algunos de estos pacientes muestran síntomas similares a los psicóticos, como pueden ser ideas auto referenciadas y distorsiones de la imagen corporal. La auto imagen y el “sentido de uno mismo” puede verse afectado, generando “alteraciones en la identidad”.

Las personas que padecen este trastorno tienen la percepción de que serán inminentemente rechazados o separados de aquello que ellos valoran. Este miedo a la perdida de una estructura externa, tiene su correlato en lo conductual, lo afectivo y lo cognitivo.

Las personas que se encargan de su cuidado, son habitualmente idealizadas en un principio y en un momento posterior de la relación ser desvalorizados, por ideas de la índole de que su compañía o atención fueron insuficientes. Esto puede verse acompañado por sentimientos y expresiones de “ira inapropiada” que puede estar acompañado por explosiones verbales o alguna otra muestra de falta de control de la ira. Así es como sus patrones relacionales se pueden calificar de intensos e inestables.

Además en lo referido a la impulsividad, se aprecian conductas como atracones y conductas compensatorias, conducir vehículos de manera temeraria, abusar de sustancias, y presentar comportamientos auto lesivos o intentos de suicidio, de manera reiterada.

Poseen una elevada reactividad del estado de ánimo, lo cual resulta en inestabilidad afectiva, es decir que sus reacciones afectivas son excesivas respecto a los estímulos que la provocan, (algunas de estas reacciones pueden ser ira intensa, disforia, ansiedad, etc.). Son raras las ocasiones en las que el estado de ánimo es satisfactorio para el paciente, esta falta de bienestar, podría verse vinculado al sentimiento crónico de vacío que los pacientes reportan.

Finalizando con las características diagnósticas, el DSM-IV-TR explica que al estar en situaciones de extremo estrés estos pacientes pueden presentar síntomas como la despersonalización. En estas situaciones suelen provocar también las ideaciones paranoides. Este tipo de síntomas es de caracteres pasajero (minutos u horas de duración) y suele iniciarse con un abandono real o percibido y finalizar con la vuelta o compensación real o percibida de tal abandono.

3.2 Antecedentes de DBT.

Primeramente se debe comprender que DBT es una modificación de la terapia cognitiva clásica (TCC).

El motivo de este cambio, fue conseguir la adherencia al tratamiento de los pacientes TLP, quienes abandonaban la terapia TCC por sentirse incomprendidos (Gagliesi, 2008).

El objetivo de mantenerlos en tratamiento comenzó a alcanzarse únicamente cuándo se incorporaron a las clásicas estrategias de cambio cognitivo-conductual, otras orientadas a la *aceptación*.

De este modo, se consiguió que los pacientes muestren adherencia al tratamiento y expresen tener la sensación de entendimiento por parte de los terapeutas, mejorando el vínculo.

La dialéctica en DBT se da entre las técnicas de cambio y las técnicas de aceptación, de allí proviene el nombre y es lo que posibilita la fluidez entre ambos tipos de técnicas.

En referencia a DBT se destacan tres principales influencias: **el cognitivismo, el conductismo y la Filosofía Budista.**

Estudios recientes demostraron la efectividad de incluir en la terapia cognitiva clásica (TCC) herramientas de aceptación con origen en la filosofía Budista, específicamente una práctica que se conocida como “conciencia plena” (Roll, 2009) en la cual a través de enfocar la atención en determinados estímulos (como la propia respiración, los sonidos del ambiente o las sensaciones fisiológicas) se consigue una percepción más clara de lo que está ocurriendo en ese momento.

El estudio mencionado, demuestra mayor mejoría al aplicar conciencia plena (en pacientes con trastornos de ansiedad) que aquellos pacientes que solo recibieron TCC.

Otro modo de practicar la aceptación además de haciendo conciencia plena, es mediante la validación. Brevemente hay que mencionar que la validación no significa pensar igual que el paciente. Hay distintos niveles de validación, el primero es prestar atención a lo que la persona comunica.

A partir del manual psicoeducativo (Foro DBT, 2008) se comprende que validación es un acto profundo de aceptación del otro (y sus respuesta) en el que se toma como legítimo el sentimiento de otro ser humano .

Validar fomenta la comunicación, facilita sentimientos de confianza, disminuye la sensación de desesperanza y aislamiento. Además en la terapia es

útil para reducir la activación emocional del paciente (la cual se incrementa si el terapeuta no presta atención, niega, o asume que el paciente está errado)

Respecto de las principales influencias psicológicas, se puede decir que el acento está puesto principalmente a nivel conductual. La teoría cognitiva es tenida en cuenta primordialmente la teoría biopsicosocial de Beck (2002) es utilizada en la psicoeducación del paciente así como fundamento explicativo para aquellos que se inician en el modelo.

3.2.1 DBT y la teoría Biopsicosocial

Desde la Teoría Biopsicosocial de la Personalidad se puede comprender el Trastorno Límite, muchos de los síntomas y conductas desadaptativas que forman parte del trastorno, son comprensibles si se maneja el concepto de *desregulación emocional* (el cual tiene los componentes bio-psico-sociales). Esta teoría es útil en la comprensión de la etiología del trastorno.

No poder regular las emociones (su intensidad, duración, y consecuencias) tiene un principio biológico al que se le da el nombre de *vulnerabilidad emocional*. Este es el componente biológico que se refleja con una gran sensibilidad a los estímulos emocionales, una muy intensa respuesta y un lento retorno al nivel basal, luego de la activación (Gottman & Katz, 1989).

Cuando se explica a los pacientes lo recientemente mencionado, se les dibuja una “curva emocional normal” con un inicio abajo un ascenso y un descenso.

Luego se les dibuja una “curva emocional de alguien con vulnerabilidad emocional”, esta presenta un inicio abajo una pronunciada escalada mantenida en lo alto (más que la normal) y un descenso mucho más paulatino, lento (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

Se puede usar como metáfora una persona alérgica que a diferencia de alguien que no tiene alergia, presentará ante el mismo estímulo una reacción más

intensa, prolongada y de lenta retirada. Hoffman & Mcglashan (2003) proponen la existencia de “vulnerabilidades genéticas” que predisponen a un determinado sujeto a desarrollar TLP.

La parte social, que interactúa con esta vulnerabilidad, es el *ambiente invalidante*.

Es un entorno en el que habitualmente las personas cercanas al paciente discrepan respecto a lo que esta persona vive como experiencia y se responde a sus conductas de una manera disfuncional (Linehan, 1993a).

Refieren Hoffman & Mcglashan (2003) que los pacientes TLP suelen haber sufrido abuso emocional temprano de algún tipo. Pueden haber existido inconsistencias en el cuidado, la protección y la satisfacción de necesidades de los niños, facilitando sentimientos y pensamientos ambivalentes en el sujeto.

En los ambientes invalidantes, las conductas extremas son las que reciben atención, mientras que se pasan por alto conductas adaptativas. De forma tal que el sujeto realiza un aprendizaje sobre esto.

Si comprendemos que el ambiente corresponde a la familia cercana y extensa, sus amigos, docentes, y las personas con las cuales el sujeto vulnerable interactúa se entiende que hay muchas posibilidades de activar o agravar las vulnerabilidades a través de diferentes formas de maltrato. Según Linehan (1993a) en los ambientes invalidantes, las experiencias penosas para la persona, son trivializadas, disminuidas, llegando a culpabilizar de tales experiencias al propio sujeto, o algún atributo personal, es decir que además de estar sufriendo la persona es criticada por esto.

De este modo el sujeto aprende que solo hay dos modos posibles en relación a sus sentimientos: la comunicación extrema de sus emociones o la inhibición emocional (Linehan, 1993a).

Este es el punto de unión donde lo biológico y lo ambiental se suman a lo psicológico. Ahora el sujeto comienza a invalidar sus propias experiencias,

desestimando él mismo sus problemas o su sufrimiento, desconfiando de lo que sus respuestas emocionales indican, buscando en los demás señales de que pensar y que sentir, de modo de no recibir respuestas sociales adversivas. (Linehan, 1993a).

3.2.2 DBT y el Conductismo

Aunque la teoría de Beck es fundamental a la hora de comprender el por qué del Trastorno Límite, se aprecia una menor preponderancia en la clínica respecto de la teoría conductista.

A modo ejemplificador DBT invita a comprender a los pensamientos como “conductas mentales” (o “conductas privadas” como las llama Pear es decir “no observables”), las cuales se pueden afectar mediante métodos operantes por ejemplo programas de reforzamiento de la conducta deseada (Skinner, 1974).

Este tipo de técnicas están muy presentes en todas las áreas de DBT. Se orientan principalmente a reforzar las conductas deseadas y adaptativas y reducir las conductas disfuncionales.

Dice Linehan (1993b) que los *reforzadores* son consecuencias de una conducta, que a su vez tienen el resultado de aumentar la frecuencia de la conducta que refuerzan y le brindan información a la persona sobre aquello que es deseable. Aquello que refuerza la conducta cambia según cada individuo.

Existen *reforzadores positivos* que son aquellos que tienden incrementar la frecuencia de la conducta al proveer una consecuencia recompensante. Por ejemplo una felicitación “que bueno que trajiste hecho tu registro”.

También existen *reforzadores negativos* los cuales aumentan la frecuencia de las conductas al quitar, sustraer o disminuir una consecuencia negativa. Por ejemplo ser menos insistente en la realización de alguna tarea “ya no voy a tener que recordarte entre semana que traigas hecho el registro”.

Además los reforzadores no son solo externos. DBT propicia que el paciente se *autoreforzen* en las ocasiones que sienta que lo merece, de modo tal de ser agradecido con uno mismo (Linehan, 1993b). Ejemplo del autor refuerzo puede ser decirnos mentalmente “muy bien” al cumplir con algo.

3.2.3 DBT como integrador de lo cognitivo y lo conductual

Se debe subrayar el énfasis en lo dialéctico, que es lo primordial en el modelo.

En DBT se utilizan estrategias de cambio (como las explicadas recientemente) como así también estrategia de aceptación.

El terapeuta DBT debe adquirir la habilidad de manejar la dialéctica que tiene espacio al aplicar estrategias de cambio y aceptación.

Esto requiere de formación específica, práctica clínica y el sostén del trabajo en equipo de profesionales, ya sean las supervisiones o la contención que se da entre miembros un grupo, lo cual tiene lugar en las “reuniones de equipo” (que Linehan estipula como semanalmente obligatorias).

DBT integra sus antecedentes psicológicos en un repertorio variado de técnicas.

Según Gempler (2007) las técnicas básicas de origen cognitivista utilizadas en DBT son:

- el entrenamiento en habilidades,
- la terapia de exposición (para el afrontamiento),
- técnicas de resolución de problemas
- y el manejo de contingencias.

Aquellas de corte más conductual son (Vicente, 1991)

- Desensibilización sistemática.
- Entrenamiento en relajación

- Construcción de jerarquías de ansiedad.
- Métodos operantes (condicionamiento, reforzamiento extinción, generalización y control de estímulos)

La tercera influencia a nivel de antecedentes de DBT le da un aspecto muy particular y no es comúnmente conocido, se trata de la *Filosofía Budista*.

3.2.4 Influencias del Budismo en DBT

Esta influencia es distintiva, separa DBT de otros modelos, y su importancia es notoria en todas las áreas del las que DBT se ocupa.

Antes de describir los objetos de estudio (cada habilidad o actitud terapéutica), resulta adecuado explicar que DBT posee influencias del “Budismo Zen” (Gagliesi, 2007).

En principio puede decirse que se trata de la comprensión de dos opuestos como parte de un compuesto.

Es decir, no suponer que “o se acepta o se cambia” sino que se consigue un cambio en el paciente al aceptar que esta es su realidad y que a la vez hay que mejorarla.

Entre las partes del *compuesto aceptación-cambio* se da un “equilibrio dinámico” o una dialéctica.

Aquello que diferencia DBT de la terapia cognitiva conductual es la filosofía dialéctica. Acorde a Gagliesi (2007) estos aportes descienden de la tradición Budista Zen.

Desde tal perspectiva, se consigue pensar que la palabra “*opuesto*” es un concepto abstracto, que existe solo en el pensamiento y por ende, es relativo.

La tradición Zen se ocupa del concepto de “*trascendencia*”, en este caso se la entiende como la *capacidad de ir más allá*, por ejemplo del modo dicotómico de las distinciones intelectuales.

Mediante la trascendencia se puede tomar distancia y aprehender que el concepto de “opuesto” significa en verdad, dos partes de una sola realidad, si nos fijamos en sus extremos.

Otra noción que deviene del Zen es “*equilibrio dinámico*” se puede asir este concepto si toleramos la idea de no intentar suprimir ninguna de las partes de un compuesto. Un compuesto que se conforma de opuestos que posee un equilibrio no estático.

En esta línea de pensamiento Zen la mutua implicación entre opuestos, es en realidad una sola y su fragmentación es meramente un modelo (básico, rudimentario) para que podamos comprender. Despojarnos de este modelo fragmentario, adquirir una mirada dinámica en vez de dicotómica es algo deseado en DBT.

De estas nociones parte DBT para poner en juego una serie de dialécticas, como “Aceptación – Cambio” por ejemplo aceptando de manera radical que éste es el momento presente y a la vez desear de manera intensa que esto cambie.

Lo dialéctico está permanentemente presente en la terapia DBT, otra muestra puede ser el enseñar el balance entre lo racional y lo emocional, encontrando el punto mixto “sabio” en el que no se deja de lado ningún aspecto significativo.

A los pacientes de DBT se les enseña la forma dialéctica de pensar se les brinda material bibliográfico al respecto. El “manual de habilidades” (con el que se entrena a los pacientes en adquirir habilidades que les permitan ser efectivos) registra ejemplos de la trasmisión de conceptos Zen a los pacientes:

- “dos cosas que parecen o son opuestas pueden

ser ambas ciertas”,

- “el cambio es lo único constante”,
- “la verdad y sus significados cambian con el tiempo”,
- “es posible encontrar en todo una pepita de oro, aunque el resto sea negativo” (Apfelbaum, Gagliesi; Lencioni; Pechon; Herman; Kriwet)

Comprendiendo que la tradición budista Zen es un aporte importante para DBT se pueden comprender los “principios” con los cuales trabaja DBT (Gagliesi, 2007)

3.3 Presentación de DBT.

La terapia dialéctica Comportamental, se crea durante la última década, en respuesta a una necesidad de adaptación de la terapia cognitivo conductual clásica. Esta tenía una efectividad acotada debido a la no adherencia del paciente al tratamiento, o bien, podría pensarse que es el modelo de técnicas es lo que no se adapta a los pacientes.

La persona responsable de iniciar una terapia teniendo en cuenta las necesidades de una población clínica específica Marsha Linehan, creadora de DBT.

La autora respondió a las necesidades particulares de los pacientes con TLP, éstos suelen reunir criterios para muchos trastornos clínicos (del Eje I del DSM IV) como por ejemplo trastorno por pánico con y sin agorafobia, trastorno por estrés post traumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno del control de los impulsos, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.

Cabe mencionar que los pacientes TLP presentan habitualmente intentos de suicidio, conductas auto lesivas (sin intencionalidad suicida), consumo de sustancias, desregulación del sueño y la alimentación, además de otros síntomas.

Tal sintomatología se ve vinculada al diagnóstico de personalidad (del Eje II del DSM IV) conocido como TLP o trastorno límite de la personalidad, también llamado trastorno borderline.

Se estableció que las pacientes TLP presentaban alguna mejoría estando en tratamiento con la terapia cognitiva clásica. La situación a resolver era que no mantenían el tratamiento (Nicolás Rüsck. 2007).

Linehan reporta que las pacientes presentan dificultades en conseguir una alianza terapéutica, ya que se sentían “incomprendidas y subestimadas” por los terapeutas y en base a esto desarrolla su modelo. La clave de DBT es adicionar a los objetivos de cambio conductual, métodos dedicados a la validación y la aceptación. Mediante la validación y la aceptación el paciente recibe la idea de que él es una persona de naturaleza aceptable y que sus conductas (incluso las más disfuncionales) tienen sentido (Gempler, 2008) ya sea en relación a su historia o a las circunstancias en las que se encuentra actualmente. DBT agrega la validación y la aceptación, y las incluye en una estructura altamente organizada.

3.3.1 Principios de DBT

Se incluyen a continuación los supuestos básicos sobre los que se funda la práctica del modelo. Los mismos son utilizados para conceptualizar los casos, para ser conscientes de las limitaciones y las potencialidades tanto de pacientes como de sus terapeutas.

3.3.2 Principios sobre los pacientes

1. Los consultantes hacen lo mejor que pueden.
2. Quieren mejorar.
3. Necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio.
4. Podrían no ser la causa de todos sus problemas, pero si son ellos quienes los tienen que resolver.

5. La vida con TLP es insoportable en la forma en la que es vivida.
6. Los consultantes deben aprender nuevas conductas y todos los contextos son importantes.
7. Los consultantes no fracasan, las terapias si (que no dispongamos de las tecnologías para asistirlos es una carencia de nuestra profesión no de los consultantes o sus problemas)
8. Los terapeutas necesitan sostén y asistencia.

3.3.3 Principios sobre el terapeuta

1. La mejor forma que un terapeuta tiene de asistir a un cliente es ayudarlo a cambiar de tal forma que lo lleve más cerca de sus objetivos personales a largo plazo.
2. La claridad, la precisión y la compasión son de la mayor importancia a la hora de trabajar en DBT.
3. La relación terapéutica es una relación real entre iguales.
4. Los principios del aprendizaje son universales, afectan al terapeuta tanto como al cliente.
5. Los Terapeutas DBT pueden fracasar.
6. DBT puede fracasar incluso cuando el terapeuta no lo haga.
7. Los terapeutas que tratan clientes con TLP necesitan sostén.

En estos principios enunciados, se aprecia la dialéctica siempre vigente en DBT entre cambio y aceptación.

El terapeuta DBT debe estar a gusto con la ambigüedad y la paradoja inherentes a las estrategias de D T B. El terapeuta debe balancear sus actitudes

dialécticas en lo referido a “Aceptación – Cambio”, “Inquebrantable centralidad-Compasiva Flexibilidad” y “Nutrir- Exigencia Benevolente” (Linehan 1993)

3.4 Estructura de DBT

Existen algunas características propias de este modelo de tratamiento que permiten su comprensión esencial.

Es un tratamiento motivacional, apunta a aumentar y mantener la motivación de todas las personas involucradas (paciente, familiares, psiquiatras y psicólogos).

Es un tratamiento directivo y manualizado (por ejemplo cuenta con protocolos para los momentos en los que se detecta intención suicida por parte del paciente) puede no ser estricto o rígido según la situación lo requiera pudiendo ser “no directivo” y flexible.

Tiene objetivos focalizados (puntuales, a corto plazo) y a la vez posee objetivos a largo plazo los cuales se pautan a partir del motivo de consulta.

Combina el cambio con la aceptación y promueve esta dialéctica.

Se rige por principios basados en la evidencia ya que la efectividad empírica de las técnicas que utiliza son constantemente puestas a prueba (Berton, Cohen, Gullière, Greenfield, Labelle, 2005)

Es un tratamiento multimodal, tiene distintos componentes los cuales se explican a continuación.

En base a las fichas internas del postgrado en DBT de la fundación, se puede decir que DBT tiene 5 funciones, 6 modalidades y 4 etapas de tratamiento

3.4.1 Cuatro etapas

DBT organiza el tratamiento en 4 etapas más una inicial conocida como “pre-tratamiento”.

Al iniciar la terapia, es decir en la etapa de “pre-tratamiento” se busca orientar al paciente hacia el tratamiento, se explica que se espera de él. Los terapeutas acuerdan con sus pacientes que hay una serie de conductas, emociones y pensamientos que se deben disminuir y otra serie que se debe aumentar.

Una vez acordado esto, se debe hacer una jerarquía de conductas a tratar, las cuales se negocian con el paciente, en donde se priorizan aquellas relacionadas a que el paciente continúe vivo.

Sin embargo, en el trabajo con pacientes graves, muchas veces se detecta intencionalidad suicida en la etapa de pre-tratamiento, de hecho el terapeuta lo pregunta explícitamente.

Si en estas sesiones iniciales el paciente expresa que desea matarse, entonces el terapeuta inicia el “*protocolo de suicidio*” y se trabaja con la “*escala de razones para vivir*” ambos materiales se encuentran adjuntados en el anexo. Son protocolos prácticos, muy claros, creados para permitirle trabajar al terapeuta que se encuentra en semejante situación.

Al utilizar el protocolo de suicidio, el terapeuta “puede relajarse y hacer su trabajo ya que se encuentra utilizando una estrategia validada por la experiencia de expertos y basada en evidencia empírica” (Gagliesi, 2007). Sin embargo, los terapeutas DBT son informados de que el uso del “protocolo de suicidio” reduce el riesgo de muerte, pero eso no significa que el paciente no pueda hacerlo.

Si resultan efectivas las técnicas anteriormente mencionadas, el terapeuta y el paciente realizan un contrato (debe ser manuscrito y firmado por el paciente).

El contrato es sobre el tratamiento, el paciente se involucra en hacer el tratamiento (lo cual implica que el paciente se mantenga vivo), queda estipulado que el paciente debe ser honesto y participar de manera activa, estando realmente involucrado en el tratamiento.

Ahora que se esbozo como trabajar en el caso de pacientes con intención suicida, se explican de manera esquemática cuales son las etapas de tratamiento y a que targets conductuales (o conductas objetivo) se corresponde cada etapa.

3.4.2 Tabla 1. Etapas de tratamiento y target conductual correspondiente

Etapa del tratamiento	Target conductual
Pre-Tratamiento	Orientación al tratamiento, socializar el modelo explicar que se hará y que se espera del paciente. Conseguir compromiso hacia el tratamiento. Acordar objetivos a alcanzar.
Etapa 1	Disminuir conductas que atentan contra la vida. Disminuir conductas que atentan contra el tratamiento. Disminuir conductas que empobrecen la calidad de vida. Incrementar habilidades.
Etapa 2	Disminuir los efectos del estrés post traumático (la mayoría de los pacientes TLP cumplen criterios de ese trastorno).
Etapa 3	Incrementar autorrespeto. Alcanzar objetivos personales.
Etapa 4	Resolver sentido de incompletud. Encontrar libertad y alegría.

3.4.3 Cinco Funciones

Lo que se presenta a continuación es un resumen del desarrollo de Linehan (1993), el cual explica básicamente para que sirve DBT.

1) La primera función de un tratamiento de estas características es *aumentar las capacidades del paciente*. Se asume que el paciente necesita mejorar en áreas de su vida. Estas son: la regulación de sus emociones, el poder regular la atención para focalizarla en el momento presente, el poder ser efectivo en las relaciones interpersonales y por supuesto, tolerar y sobrevivir las crisis sin empeorarlas. El trabajo sobre

estas capacidades tiene lugar en los llamados “grupos de entrenamiento en habilidades” a los que los pacientes asisten.

2) *Generalizar* gradualmente las habilidades que se aprenden en los grupos. Se trata de aplicar los recursos que se le enseñan como parte del tratamiento a la vida cotidiana del paciente. Las distintas formas de realizar esto se trabajan en la psicoterapia individual.

3) La tercera función es *mejorar la motivación y reducir las conductas problemáticas de los pacientes*. El objetivo es que los pacientes tengan “una vida que valga la pena ser vivida” (Linehan, 1993a). Se considera necesario que estos sujetos abandonen ciertas conductas y es fundamental para el cambio encontrar motivación en principio al menos para dejar de presentar conductas que atentan contra la calidad de vida. Linehan (1993) relata que sus pacientes usualmente han fracasado en los intentos de cambiar su comportamiento del mismo modo que han fracasado en tratamientos anteriores, por lo que es fundamental que el paciente encuentre motivación. Con este fin se utiliza una hoja de registro diaria en la que diferentes emociones, conductas, pensamientos son marcados por el paciente entre sesiones, así se hace posible apreciar los avances, como también distinguir en qué áreas se necesita seguir trabajando.

4) La cuarta función es *mantener y aumentar la motivación, pero en este caso del terapeuta*. Gagliesi (2008) manifiesta que en DBT se contempla que ayudar a personas con severos trastornos no es solo desafiante sino que puede poner a prueba las capacidades del terapeuta y que esto tenga impacto en la vida personal del profesional, motivo por el cual se trabaja en equipo. En las reuniones de equipo se busca mantener orden a pesar de las posibles urgencias inherentes al trabajo con este tipo de pacientes, para esto se atiende una agenda del día. Los miembros del equipo buscan prevenir el *burn-out* (entendido como la percepción de una sobrecarga que produce síntomas relacionados al estrés) mediante ejercicios de respiración y meditación al inicio y al final de los encuentros,

también compartiendo sus experiencias con sus respectivos pacientes. En estas reuniones se presta especial atención para que no resulte un espacio donde ir volcar las frustraciones o donde realizar comentarios juiciosos sobre el paciente, la familia, o los propios terapeutas, esto se consigue al designar a un observador que detecte y avise al resto cuando se están emitiendo comentarios juiciosos.

5) La quinta función es *estructurar el ambiente*, de manera que deje de ser invalidante. Gempler (2008) ilustra que la “desregulación emocional” que se aprecia en pacientes TLP es fruto de la combinatoria de factores biológicos sumados a un ambiente que invalida las respuestas del paciente. Cuando se busca que el ambiente deje de ser invalidante, se enseña a que refuerce las conductas más efectivas que el paciente irá presentando (en vez de resistirse a los cambios). Así como que no refuerce las conductas que el paciente debería dejar de presentar. Esta función requiere de acuerdos con los allegados del paciente, sobre temáticas específicas como por ejemplo el consumo de sustancias (no propiciarlo) o las conductas autolesivas (no reforzarlas con cariño inmediato).

3.5 Modos de tratamiento

Existen diferentes modos de trabajo, pero cabe recordar que DBT contempla al paciente, a su grupo familiar y al terapeuta. Así se abarca de una manera amplia el tratamiento

Al servicio del terapeuta (y a su vez de todos los involucrados en el tratamiento) existen las reuniones de equipo (supervisiones y consultas entre profesionales).

Enfocados en el paciente, se encuentran la Terapia Individual, la fármaco terapia, los tratamientos complementarios, los grupos de entrenamiento en habilidades y la asistencia o el coaching telefónico.

Contemplando el ámbito familiar y en pos de la estructuración del ambiente del paciente existen los grupos de entrenamiento en habilidades para familiares.

3.5.1 Reunión de Equipo y Consulta entre terapeutas

Estas instancias son aquellas destinadas optimizar el trabajo de los terapeutas y los coordinadores (de grupos de pacientes o familiares). Son reuniones semanales cuya dinámica y especificidades fueron descritas recientemente (en el cuarto apartado de las Cinco Funciones de DBT)

Según Gempler (2008) Los terapeutas reciben DBT entre sí, en los grupos de consulta organizados con ese objetivo y para compartir sus casos individuales.,

Estos grupos son considerados esenciales para los terapeutas que utilizan DBT para el tratamiento de pacientes con TLP u otros trastornos graves.

3.5.2 Terapia individual:

El terapeuta (que puede ser un psiquiatra o un psicólogo formados en el modelo) es quien dirige el tratamiento y el encargado de mantener motivado al sujeto. El terapeuta es quien determina, en base a lo que ocurre en terapia si el paciente se encuentra en pre-tratamiento, etapa 1, 2, 3 o 4 (las cuales fueron mostradas en el cuadro de la sección de Etapas de tratamiento).

3.5.3 Couching telefónico:

Entre sesiones el paciente es invitado a usar el contacto telefónico con el objetivo de obtener apoyo e instrucción en la puesta en práctica de las habilidades que están siendo trabajadas. Se insta al paciente a llamar en los momentos de crisis antes de que su proceder empeore la situación, es decir antes de llevar adelante alguna “conducta problema” (termino con el que se nombran las conductas que se desean eliminar o cambiar). Este tipo de asistencia mejora el vínculo terapéutico y disminuye las posibilidades de suicidio (Lincioni, 2008). Es

una instancia reglada, ya que el terapeuta establece en el primer encuentro cuáles son sus “*limites personales*” dentro de los cuales se regulan los horarios posibles para el contacto telefónico y las razones posibles para que este ocurra. Si el paciente llama fuera de esos términos, el terapeuta muestra escasa calidez y vuelve a explicar las normas de las llamadas. Lo que se brinda con esta posibilidad, es la oportunidad de reducir intentos de suicidio u otras conductas desadaptadas que funcionan como reguladoras del estado emocional, también se le enseña al paciente a pedir ayuda de manera adaptativa, lo cual funciona para generalizar las habilidades que el paciente aprende.

Además de los mencionados el tratamiento incluye Farmacoterapia y Tratamientos complementarios (por ejemplo derivaciones a nutricionistas, ginecólogos u otros especialistas que aporten a la salud de la paciente).

3.5.4 Grupo de entrenamiento en habilidades:

En el que pacientes con diagnósticos a fin (como TLP, trastorno bipolar, Depresión) reciben instrucción en las áreas en las que se considera necesario, se trata de grupos semanales con modalidad similar a una clase (también se lo conoce se lo conoce como “curso en habilidades”).

Habilidades que DBT enseña a los pacientes TLP

En los grupos recientemente mencionados un coordinador y un co-coordinador dan instrucción a los pacientes sobre las siguientes áreas:

- Habilidades de conciencia plena (*mindfulness skills*). Su origen es la meditación Zen. Su objetivo es facilitarle al paciente una conciencia clara del contexto así como de su experiencia.

- Habilidades de efectividad interpersonal, aquí los objetivos buscados son aquellos que tienen relación con otras personas (el entorno del paciente), por ejemplo el mantenimiento de las relaciones, la capacidad de pedir lo que se necesita, la capacidad de “decir que no” (vinculada al auto respeto y al respeto entre personas)
- Habilidades de tolerancia al malestar. Tiene como objetivo entrenar al paciente en sentir y tolerar sus emociones (las cuales suelen ser de una intensidad tal que el paciente las evita, mediante la disociación y otros intentos de solución que no son adaptativos a largo plazo). Se les brinda estrategias de reemplazo para aquellas que presentaban los pacientes como métodos de disminución de la intensidad del malestar (por ejemplo conductas autolesivas o consumo de sustancias).

Habilidades que DBT enseña a los Familiares de pacientes TLP

La gran mayoría de las habilidades que son enseñadas a los familiares son similares a las que se enseñan a los pacientes. Se demostró que la familia del paciente TLP sufre una “sobrecarga” (Clarkin, Marziali y Munroe- Blum, 1991)

Los objetivos de que los familiares asistan a este entrenamiento son:

Disminuir el estrés en la familia, mejorar la comunicación entre sus miembros, reconstruir la confianza entre familiares, conseguir empatía en lugar de enojo, aprender habilidades que permitan mejorar la relación familiar y brindarse apoyo entre participantes.

Se busca que la familia incremente su calidad de vida, perciban contención por parte de una red social, pueda obtener una visión compasiva y esperanzada de la situación (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

3.6 Descripción de los objetos de estudio específicos

Ahora que el modelo de tratamiento, sus antecedentes teóricos, y otros tópicos fueron compartidos, se profundiza en el objeto de estudio del presente trabajo, las tres polaridades que tiene que presentar los terapeutas.

3.6.1 Aceptación vs. Cambio

Cuando la autora explica a que se refiere cuando habla de aceptación, explicita que se trata de una aceptación radical, “sin peros”, donde no hay cuestionamientos. Si se dijese “acepto pero”, estaríamos utilizando una estrategia orientada al cambio.

Tener la capacidad de aceptación requiere por parte del terapeuta la voluntad de encontrar una pizca de bondad, hallar “la pepita de oro” que hay en una situación o en sus participantes.

Este tipo de actitudes se ven balanceadas en distintos momentos del tratamiento por intervenciones orientadas al cambio.

La relación terapéutica se origina por una necesidad de cambio y del paciente quien desea obtener ayuda profesional en su proceso de cambio.

El terapeuta debería asumir entonces la responsabilidad de dirigir la influencia terapéutica en pos de un cambio que beneficie al paciente. (Linehan 1993)

Se debe tener conciencia de esto, tenerlo verdaderamente en mente durante la aplicación activa y sistemática de principios para el cambio de comportamiento.

Resulta fundamental para equilibrar la aceptación y el cambio la capacidad del terapeuta para expresar la calidez y el control de manera simultánea en la terapia.

Se describió que gran parte del cambio en el comportamiento del paciente se consigue mediante el uso de la relación terapéutica. Si no se presenta calidez además de control, el terapeuta probablemente sería experimentado como alguien hostil y exigente. Sin el balance apropiado, el terapeuta no resulta efectivo. El terapeuta debe tratar de equilibrar las tensiones que se producen en la terapia, entre la aceptación y el cambio. Este equilibrio se busca a través la revisión meticulosa de cada una de las situaciones traídas a la terapia. Así se trata de que el paciente abandone su pensamiento dicotómico, y se apropie de una forma de pensamiento que ve la realidad como compleja y múltiple, que tolere sus contradicciones internas (Gempler, 2008)

3.6.2 Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad

“Inquebrantable centralidad” representa creer en uno mismo, tener fe en la terapia, y también en el paciente. Se requiere una cierta claridad mental para ver las necesidades del paciente a largo plazo y tolerar la intensidad del malestar del paciente en el corto plazo. Es decir no retroceder al ver sufrimiento sino tolerarlo por un objetivo posterior. Esta fe en las propias habilidades terapéuticas así como en las que se fomentan en el paciente sirve de anclaje, da calma en medio del caos.

En contraposición a esta centralidad, aparece la flexibilidad compasiva. Es la habilidad de conseguir información relevante respecto al estado del paciente y realizar cambios en relación a esto. Esto permite a cada terapeuta ser creativo, con esa libertad se conseguiría compensar la habilidad anteriormente descrita.

El primero de ocho “principios de la terapia DBT” (Gagliesi, 2008) enuncia “los consultantes hacen lo mejor que pueden”. El segundo principio dice “los consultantes quieren mejorar”. Estos dos principios que rigen la práctica clínica de este modelo, se orientan a la compasión. Carecer de estas opiniones compasivas dificultaría el trabajo con pacientes con TLP.

No obstante el tercer principio, expresa “los consultantes necesitan mejorar, necesitan probar nuevas conductas, necesitan intentarlo más y estar más motivados para el cambio”, el tercer principio refleja la inquebrantable centralidad del terapeuta, que no se deja llevar totalmente por la mirada compasiva, sino que se mantiene anclada en la necesidad de cambiar y mejorar las conductas problemáticas que los pacientes TLP presentan.

Esta dialéctica resulta necesaria al trabar con pacientes con alto riesgo suicida. Ya que los terapeutas correrían el riesgo de concentrarse en extinguir las conductas problemáticas, atendiendo a los objetivos de la terapia (es decir siendo inquebrantablemente centrado) lo cual podría resultar rígido y no responder adecuadamente a la paciente que según la situación puede tener otras necesidades legítimas.

Se da a entender por la autora del modelo que el paciente no debe aumentar su gravedad para que el terapeuta le ponga atención, sino que cuando el paciente la solicite de una manera mesurada, esto debe reforzarse.

Sintetizando “inquebrantable centralidad” es creer en uno mismo, tener fe en la terapia y en el paciente principalmente en su voluntad de mejorar.

“Compasiva flexibilidad” es ser flexible y creativo, poder moverse en pos de comprender al paciente, no ser tan rígido.

3.6.3 Nutrir vs. Exigencia Benevolente

Nutrir son aquellas intervenciones orientadas al fortalecimiento y cuidado del paciente. Serían aquellas intervenciones de entrenamiento, asistencia, enseñanza y ayuda al paciente. El terapeuta debería llegar a conocer bien las necesidades de este tipo que puede tener su paciente y además tener paciencia y fe en las capacidades del paciente por aprender y cambiar (Linehan 1993).

Para esto el terapeuta debe ser sensible y compasivo ya que sus pacientes tienen elevada sensibilidad emocional y a la vez son incapaces de

expresarlo (padecen alexitimia). Exigir con benevolencia significa tener un nivel de exigencia que se corresponda con las habilidades que posee (o está adquiriendo) el paciente.

Al utilizar intervenciones de este tipo, se debe reforzar aquellas conductas adaptativas como por ejemplo el auto-control.

Se trata de brindar, enseñar como la paciente puede cuidar de ella misma y después requerir esto, como dice Marsha Linehan “la posición dialéctica aquí es empujar hacia adelante el paciente con una mano mientras que da apoyo con la otra mano”.

Como refiere Gempler, las habilidades que el paciente necesita desarrollar son adquiridas, desarrolladas y fortalecidas en “grupos de entrenamiento en habilidades”, los terapeutas individuales están al tanto sobre cual habilidad se enseñó en los grupos y se exigen benevolentemente su uso.

En resumen “nutrir” en este contexto refiere a la enseñanza que brinda el terapeuta, el entrenamiento, la asistencia, la ayuda que fortalece.

“Exigencia benevolente” refiere a reconocer las habilidades que si posee el paciente y requerir que las use, abstenerse de ayudarlo si él puede valerse por sí mismo en una situación.

4. MÉTODO

Tipo de estudio: descriptivo.

Participantes: Un grupo de siete profesionales de la salud mental, que trabajan en la fundación terapéutica presentada en la introducción fueron los participantes.

Dos psiquiatras (un hombre y una mujer) y cinco psicólogos (dos mujeres y tres hombres) . Su edad promedio es de 30 años. Su condición

socioeconómica y sus estados civiles no serán relevantes para el presente trabajo. Sus años de ejercicio de la profesión son de ocho años en promedio.

4.1 Instrumentos:

Se utilizaron herramientas apropiadas a la investigación cualitativa.

Realización de entrevistas semi-estructuradas. Se busco cumplir con los objetivos mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas a terapeutas del equipo de DBT de la fundación.

Las entrevistas se enfocaron en aquellas intervenciones terapéuticas que se aprecian en los ejemplos del desarrollo de este trabajo. Se hicieron preguntas referidas a: el estado de la relación entre el terapeuta y el paciente. Los antecedentes del episodio seleccionado y sus repercusiones, cuáles fueron las consecuencias inmediatas de las intervenciones y si se detectaron consecuencias en el largo plazo.

En segunda instancia se invito los participantes a dialogar sobre aspectos de las actitudes dialécticas que se deseaban analizar. De qué modo se aprecia en su práctica clínica la presencia de estas dialécticas. También busco conocer si alguna de estas polaridades resulto difícil de poner en práctica. Se pregunto si se busca intencionalmente involucrar alguna dualidad o si esto ocurre de manera espontánea. También se indago si el participante se percibe con mayor experticia en determinada díada (más que en otra). La información más relevante de estas entrevistas se expone en los ejemplos del desarrollo.

- Observación participante: se llevo adelante en los “Grupos de entrenamiento en habilidades para familiares de pacientes” durante quince encuentros de 2.30 horas. Se rescatan ejercicios de roll playing (o ensayo conductual) en los que efectivamente se aprecio el objeto de estudio.

- También en los “grupos de entrenamiento para pacientes” quince encuentros de 2.30 horas. La observación participante se realizó mediante la escritura de anotaciones en un cuaderno durante los encuentros con las pacientes y sus familiares, aquello relevado fue a fin a las actitudes de las profesionales descritas en DBT, es decir el objetivo de este trabajo.

- Además se hizo observación participante en el marco del “reunión de equipo” que se realizó como parte de la pasantía, de manera semanal. En estos espacios se explica de manera detallada como poner en práctica aquello que el modelo teórico enuncia. En este espacio también se realizaron anotaciones destinadas a recolectar información respecto de las actitudes dialécticas del profesional.

- Análisis bibliográfico: se llevó adelante respecto al material psicoeducativo que se brinda en los grupos terapéuticos ya mencionados. Además se analizó en profundidad la bibliografía de formación de los terapeutas DBT la cual fue accesible gracias al acceso que se permitió al “postgrado en DBT”

4.2 Procedimiento:

En pos de poder analizarlos objetos de estudio, se seleccionan 3 ámbitos en los cuales se hizo particularmente observable el objeto de estudio (es decir el manejo de la dialéctica por parte del terapeuta)

Se asistió a 15 encuentros del grupo de familiares de pacientes con TLP en los cuales se detectó y relevó material respecto de las intervenciones de los coordinadores/terapeutas. Estos encuentros fueron de frecuencia semanal, su duración de 2.30 horas permitió establecer patrones de comportamiento dentro de las relaciones entre el coordinador y los familiares de pacientes.

Del mismo modo se participó de 15 encuentros con un grupo abierto de pacientes con diagnóstico de TLP. La modalidad “abierto” del grupo implica que nuevos participantes se incorporan a medida que las reuniones prosiguen. El

grupo terapéutico se presenta como un curso en habilidades (que abarca desde tolerancia al malestar, hasta mindfulness) . Al iniciar un nuevo módulo suele incorporarse algún nuevo integrante al grupo. En este grupo de pacientes se recabó información respecto a las actitudes y técnicas de los coordinadores/terapeutas. Estos encuentros fueron de frecuencia semanal, su duración será de dos horas y treinta minutos.

Se asistió a 15 reuniones de equipo. Las cuales tenían un formato pre-establecido de 2.30 hs de duración y frecuencia semanal. Aquí un amplio equipo de profesionales escucha la presentación del caso que realiza el profesional supervisado, quien posteriormente recibe la supervisión y opinión de los miembros del equipo más experimentados. La premisa de que el terapeuta DBT necesita sostén, resultó clara. Simeon & Hollander (2001), expresan que DBT debe verse como un sistema de tratamiento en el que, mientras el terapeuta aplica la terapia a sus pacientes, los equipos de supervisión aplican la terapia al terapeuta.

Se realizaron entrevistas semi-dirigidas de manera sistemática a cada participante, es decir los profesionales del equipo. Se planeó un encuentro de veinte minutos con cada uno de los siete profesionales que conforman la muestra. A los profesionales se les preguntaron detalles acerca de las observaciones realizadas, a los fines de tener un registro amplio del material utilizado en los ejemplos prácticos del desarrollo.

Se hizo el análisis bibliográfico del material psicoeducativo (creado por los profesionales participantes) con el que se trabaja en los grupos terapéuticos, buscando distinguir aquellas estrategias propias de cada una de las actitudes necesarias en los terapeutas DBT.

5. DESARROLLO

Los psicoterapeutas que asisten a pacientes graves requieren herramientas específicas según el trastorno del paciente.

En el caso de pacientes con trastorno de personalidad borde-límite, se diseñó un modelo de tratamiento completo (llamado DBT) para optimizar los resultados de la terapia. Priorizando lo práctico, es posible esquematizar dos componentes muy básicos para el tratamiento: un paciente (que tiene que mantenerse con vida y asistir al tratamiento) y un terapeuta (que debe reunir las condiciones necesarias para llevar adelante el tratamiento). Partiendo de estas dos unidades fundamentales DBT incorpora diversos componentes.

En DBT el terapeuta principal (quien dirige las distintas áreas del tratamiento) puede ser tanto un psicólogo, como un psiquiatra, mujer o varón, de distintas edades. Aquello que ineludiblemente los terapeutas necesitan para llevar a cabo de manera exitosa el tratamiento es equilibrar las características duales de la aceptación-cambio, ser centrado en los objetivos a la vez siendo compasivamente flexible hacia las necesidades del paciente y ser capaz de brindar la “nutrición” requerida para balancearla con una exigencia benevolente.

Esto es justamente aquello que se decidió analizar, el modo en que un grupo de terapeutas DBT llevan adelante su trabajo. El cual se basa en equilibrar las polaridades dialécticas recién mencionadas.

Dada la posibilidad de observar a los terapeutas en diferentes ámbitos (coordinado grupos de pacientes TLP, grupos de familiares, en reuniones de equipo) se obtuvo información sobre cómo los terapeutas balancean las polaridades dialécticas y cómo lo hacen en referencia a quién está dirigida la intervención.

Para facilitar la comprensión del desarrollo se organiza la información en la siguiente tabla, que enuncia cuáles técnicas terapéuticas hicieron apreciables los objetivos. Las técnicas son explicadas y ejemplificadas a lo largo del desarrollo y además se destina una detallada explicación de cada una en el Anexo de este trabajo.

5.1 Tabla 2. Objetivos específicos, técnicas que los ilustran y ámbitos donde fueron observadas.

	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
ANALIZAR LA DIELECTICA AMBITO ANALIZADO	Aceptación vs. cambio	Inquebrantable centralidad vs. compasiva flexibilidad	Nutrir vs. Exigencia benevolente
En taller de habilidades para pacientes con TLP	Conciencia plena aplicada a la respiración	Extending en el marco del estilo irreverente del terapeuta.	. Habilidades para sobrevivir a una crisis, instrucciones para realizar acción opuesta.
En taller de habilidades para familiares (de pacientes con TLP)	Estrategias dialécticas de validación + instrucciones para el cambio conductual	Habilidades de efectividad interpersonal, ensayo conductual de la técnica "DEAR MAN"	Manejo de contingencias, entrega de refuerzos intermitentes de conductas deseadas.
En reunión de equipo de profesionales DBT	Análisis en cadena en supervisión de caso clínico.	Interpretación en DBT, interpretación de la conducta, descripción no juiciosa	Establecimiento de Límites personales del terapeuta en el ámbito del couching telefónico

5.2 Objetivo 1.

5.2.1 ACEPTACIÓN VS. CAMBIO .En grupo de entrenamiento en habilidades para pacientes TLP.

Técnica: Conciencia plena aplicada a la respiración.

En el caso del grupo de pacientes TLP, se presenciaron 15 encuentros, cada uno de 2.30hs de duración. El grupo compuesto por 6 pacientes en promedio, (ya que es un grupo abierto, que en ocasiones variaba el número de integrantes). Los grupos de mujeres TLP, tienen por objetivo enseñar (teórica y prácticamente) habilidades que estas personas, por su condición carecen o presentan de un modo insuficiente. Las habilidades que se enseñan en estos grupos, ya fueron explicadas. No obstante resulta enriquecedor conocer la disposición del grupo. Cada encuentro tenía lugar en el horario de 13.30 a 16hs.

Las pacientes traían sus respectivos “manuales de entrenamiento en habilidades (FORO, 2007) los cuales les eran entregados cuando comenzaban el grupo.

Cada reunión, tiene un formato estructurado en el que se inicia con un ejercicio de conciencia plena, luego se trabajan “las tareas” o ejercicios que fueron asignados en la reunión previa (cada paciente comparte su experiencia con los demás, las dificultades y la efectividad o no de lo que intento hacer). Acto seguido se leía el material nuevo de esa reunión, se lo explicaba y a veces debatía, se hacían ensayos conductuales de la habilidad en cuestión y luego se asignaban ejercicios a fin. Para finalizar se hacía un cierre con otro ejercicio de conciencia plena. El grupo contaba con un coordinador y un co-coordinador, ambos terapeutas DBT.

De las reuniones presenciadas, se selecciona el siguiente ejemplo a fin de de esclarecer el modo en el que el terapeuta DBT equilibra la aceptación con el cambio. Se trata de algo básico, sencillo, por lo cual muestra claramente el trabajo de balanceo de las polaridades.

Al iniciar los encuentros los coordinadores daban la indicación a las pacientes de que pongan atención al modo en el que respiraban. Es esta la intervención hecha por el terapeuta en la que se rastrean los principios de aceptación y cambio y su retroalimentación.

Iniciaban todos los encuentros con este ejercicio de “conciencia plena”, en el que se busca aumentar la conciencia sobre lo que ocurre en el presente, al describir (mental o verbalmente) lo que ocurre, para poder participar de ello (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

“Observar la respiración” fue en todas las ocasiones, el ejercicio de apertura de las reuniones (también llamadas clases, en vista de que su modalidad es acorde a la de un curso). Este ejemplo es básico, contiene la esencia de lo que pretende ilustrar y además fue observado en todas las reuniones.

Resultado constante desde la primer clase que la respiración de las pacientes tenía un ritmo rápido, agitado al inicio de las reuniones.

El terapeuta no solicitaba apresuradamente al paciente que cambiase su ritmo respiratorio, se relajase, se calmara o hiciese nada más que observar. Lo indicado era que acepte el momento. Aceptar el momento tal cual es, independientemente de que resulte placentero o incomodo.

No obstante lo que ocurría era que al prestar atención al modo en el que estaban respirando las pacientes calmaban sus ritmos respiratorios. A los pocos minutos de ejercicio las pacientes respiraban de un modo más lento.

El terapeuta solicita prestar atención al momento presente, al modo en que se hace cada inhalación y cada exhalación. Expresa que si se cierran los ojos ya que se podrá captar mejor el ritmo respiratorio. Explica que posiblemente la atención sea cautivada por alguna otra sensación, o pensamiento e indica que “con gentileza, volvamos a dirigir la atención a la respiración, cada vez que se desvié, invitamos a nuestra atención a observar únicamente como respiramos”, mientras dice esto, las pacientes, con sus ojos cerrados y sentadas cómodamente en amplios sillones, van reduciendo paulatinamente la velocidad con la que respiran, al punto que al finalizar el ejercicio (se les indica que abran los ojos) las pacientes expresan sentirse muy relajadas, incluso con sueño.

El ejercicio de apertura, duro entre 5 y 10 minutos, la consigna fue “aceptar el momento presente y observar la respiración” sin embargo, ocurre un cambio. Es evidente en las expresiones faciales y en los comentarios de las pacientes que se encuentran más relajadas que al comienzo. La consigna no fue orientada al cambio, no se dijo “relájense y respiren más despacio”, se dijo “observen como respiran y acéptenlo”, el cambio fue el devenir espontáneo que resultado de la aceptación.

En este primer ejemplo, se aprecia el vaivén que existe entre aceptación y cambio. El terapeuta esta ejemplificando de manera sencilla como aceptar y cambiar, son complementarios, y pueden darse al unísono.

Es una estrategia sencilla pero siembra las bases que permiten el trabajo dialéctico.

Se adjunta más información sobre ejercicios de conciencia plena y sus conceptos esenciales en la sección de Anexo.

5.2.2 Aceptación vs. cambio. En grupo de entrenamiento a familiares.

Técnica :validación + instrucciones para el cambio conductual.

Los talleres para familiares de pacientes con TLP son reuniones semanales de 2.30hs. De duración. Se asistió a 15 reuniones, cada una de las cuales contó con 1 coordinadora y con 1 coordinadora, ambas psicólogas del modelo DBT.

A estos encuentros asisten mayoritariamente madres y padres de mujeres con TLP que se encuentran en tratamiento en la fundación.

De un promedio de 20 asistentes había 1 hermano de paciente, 1 novio de paciente, 6 parejas de padre y madre de pacientes (algunas de las cuales se encontraban viviendo en casas separas, o divorciados) y las restantes eran 6 madres.

No obstante la riqueza de experiencias compartidas por los asistentes, el foco del análisis fue siempre la labor de los terapeutas. Intentando detectar dentro del repertorio de sus conductas, aquellas que respondían a lo que el modelo teórico de Linehan describe como “Aceptación vs. Cambio”.

Dice Linehan (1993), que las estrategias centrales de DBT son en sí mismas dialécticas, y atraviesan todo el tratamiento (inclusive la atención de los familiares, que se contempla como uno de los modos necesarios para tratar TLP).

Afirma la autora, que la dialéctica se da entre las estrategias de validación (forman parte de aceptación) y las estrategias de cambio. La validación es comunicar a la persona (ya sea el paciente o el familiar) que sus conductas tienen sentido y son entendibles en el contexto actual y es, en palabras de Linehan el ejemplo más evidente de la aceptación.

En referencia al cambio, comunica que el ejemplo más obvio de estas estrategias, son aquellas de “resolución de problemas” tan ejercitadas por los antecesores de DBT, la tercia cognitiva estándar. Entonces ¿Qué tiene de dialéctico aceptar la realidad vs. Cambiarla? La búsqueda de la validez, el poder decirle con sinceridad a una persona con conductas disfuncionales que las mismas tienen sentido en la situación en la que se encuentra, requiere por parte del terapeuta utilizar la dialéctica.

Es de popular conocimiento dentro de DBT la “metáfora de la pepita de oro” (Linehan, 1993), que ilustra que para poder validar hay que encontrar el pedacito de oro dentro del montón de arena. El pedacito de oro es aquella porción de sabiduría, de “bien” que se encuentra siempre en aquello que está mal (es evidente la relación con el “Yin” y el “yang” y su complementariedad ya detallada en el marco teórico).

El terapeuta no pierde de vista todo lo que está mal y a eso aplica las estrategias de cambio y resolución de problemas, pero tampoco pierde de vista lo bueno y genuino de la conducta y es eso lo que acepta y valida, y es en esta labor del terapeuta donde se aprecia la dialéctica.

Explicado esto, se selecciona un ejemplo de la habilidad dialéctica del terapeuta en el contexto del grupo para familiares de pacientes TLP.

En la quinta reunión a la que se asistió, una pareja de padres presentaban signos claros de malestar: ambos se mantenían cabizbajos, la madre (a quien llamaremos A) lloraba de manera intermitente y el marido (al que se asigna el nombre B) la consolaba y por momentos escondía su propio rostro con sus manos.

La coordinadora, luego de la apertura del encuentro (el cual al igual que los talleres para pacientes inicia con ejercicios de conciencia plena, específicamente observar la respiración), pregunta quien quiere comenzar a leer la tarea pendiente de la reunión anterior y luego de que dos personas leen sus tareas, llega el turno de la pareja A y B. Comienza a hablar B y dice “nosotros no pudimos hacer la

tarea porque tuvimos una situación terrible en mi casa. El domingo mi hija vino a visitarnos y trajo facturas, se sentó en la mesa a tomar mate con nosotros y estuvo más de una hora charlando hasta que mi mujer se dio cuenta que tenía cara de que le dolía algo”.

Toma la palabra la madre y dice “yo me di cuenta de que algo raro había porque me pareció que rengueaba cuando entro a casa, pero como se sentó enseguida y nos empezó a dar charla pensé que no era nada”. Vuelve a hablar el padre y dice “vino a mi casa, trajo facturas, se sentó a tomar mate y resulta que a las dos horas no pudo soportar más el dolor... tenía cortadas y vendadas las 2 muñecas y los 2 tobillos. Cuando dejo que la vea intentamos llamar a una ambulancia pero mi hija me paro, porque la iban a llevar a la misma clínica que ya fue varias veces y no quería que la dejen internada. Así que decidimos que la íbamos a llevar en auto a otro sanatorio, pero como no podía caminar bien, la alce en brazos y la subí en el auto alzada”. A y B lloran abiertamente y muchos otros padres también.

La coordinadora pregunta si fueron atendidas las heridas de la hija y cuando los padres responden que sí ella valida “hicieron lo que pudieron en la situación en la que estaban, le brindaron asistencia médica del modo más rápido que encontraron”. A y B miran a la psicóloga y la madre dice “si, lo mejor que pudimos”. En la misma conversación la coordinadora emplea no solo la validación y aceptación, además suministra información destinada al cambio conductual. Dice “Es importante que le repitan a su hija que tiene que pedir ayuda antes de cortarse. Si pide ayuda después es muy poco lo que se puede hacer y es muy poco lo que se debe hacer. Si nosotros la tratamos muy cariñosamente después de haberse cortado le vamos a reforzar su idea de que cortarse de algún modo mejora las cosas. Ella tiene que notar que cortarse tiene consecuencias negativas por eso no hay que demostrarle tanto afecto cuando ella acude a ustedes después de la conducta problema y en cambio llenarla de afecto si pide ayuda antes de cortarse. Es complicada la decisión de no llamar a la ambulancia y si llevarla alzada, pero poniéndome en su lugar puedo ver que intentaban asistirle cuanto antes”. Luego de decir esto la coordinadora agrega “me parece muy bueno de su

parte que pese a esta situación no se pierdan esta reunión porque se nota que ustedes entienden que lo que aprendemos acá sirve para mejorar la vida de su hija y sus propias vidas. Cuando termine la reunión quédense un ratito para charlar con migo, y para la próxima semana no se olviden de traer la tarea que faltó hoy”.

Más allá de la impactante historia de A y B, la coordinadora aplica la principal técnica de aceptación, los valida al decirles que en las circunstancias en las que se encontraban, actuaron del mejor modo posible, encuentra la pepita de oro dentro del montón de arena. Pero no pasa por alto la arena, ella marca de algún modo que dejar que la hija decida a que clínica ir, es algo complejo (si se quiere usar un sinónimo, puede ser discutible), pronto vuelve a validar al notar que pese a esa parte, la intención de los padres era llevarla a un medico pronto.

Al mismo tiempo, ella acepta y cambia. Cuando les repite que no deben reforzar la conducta de cortarse brindando afecto, y que si deben premiar la conducta de pedir ayuda antes de cortarse está dando instrucciones para el cambio conductual del sistema familiar.

Para más información sobre validación e invalidación ver Anexo.

5.2.3 Aceptación vs. cambio. En reuniones de equipo de DBT.

Técnica: Análisis en cadena en supervisión de caso clínico.

Las reuniones de equipo son espacios muy coordinados en el que los profesionales supervisan sus casos de una manera eficaz, se busca que el caso sea expuesto de manera clara y breve y que el supervisado formule preguntas puntuales sobre su caso. Las reuniones son de 2.30 horas de duración y se asistió a 15 reuniones de frecuencia semanal. Poseen una "orden del día" o agenda en la que se estipulan (entre otras cosas) quienes van a supervisar en la próxima reunión y quienes presentarán papers. La presentación de abstracts o resúmenes de investigaciones vinculadas a la temática de la regulación emocional o temas a fin (ya sean variantes de tratamientos, o estudios que prueban o refutan hipótesis sobre los temas que les competen al equipo) tiene el declarado interés de

mantener a los profesionales lo más actualizados posible. Esta actividad es fomentada, no obstante pueden surgir emergencias que ocupen este espacio de actualización. Tal es el caso que se selecciona a modo de ejemplo de la aceptación vs. el cambio en el contexto de la reunión de equipo DBT.

En la octava reunión a la que se asistió, los profesionales se encontraron escuchando el caso de un psicólogo que había tenido un inconveniente con una de sus pacientes la cual estaba en franca mejoría hasta la sesión anterior. La joven de 22 años, había completado el ciclo del “curso en entrenamiento en habilidades” por la tarde. Ese mismo día, por la mañana mantuvo su sesión individual con el terapeuta al que se le asigna el nombre “J”.

En resumen el terapeuta confió en los avances de su paciente y considero oportuno exponerla a los habituales disparadores de sus conductas problema. La joven solía cortarse los brazos al recibir información sobre su ex novio.

El terapeuta puso a prueba las habilidades adquiridas de la joven al mostrarle fotos del ex novio junto a su nueva pareja. Según lo relatado en la reunión, era importante que la paciente viese estas fotos ya que era habitual en ella visitar la página de *facebook* (popular red social de Internet) de su ex novio, en donde se encontraban las fotos en cuestión.

El supervisor solicita al terapeuta realizar un “análisis en cadena” o análisis conductual sobre lo que motivo la crisis de la paciente. Se adjunta en el anexo un modelo o protocolo sobre cómo realizar este detallado análisis.

Este tipo de análisis que puede realizarse en 19 pasos, tiene el fin de identificar los antecedentes y las vulnerabilidades (que predisponen a realizar la conducta problema), cual fue el desencadenante puntual de dicha conducta, cual fue exactamente la “conducta problema”, cuáles fueron sus consecuencias inmediatas y mediatas.

Una vez llevado a cabo todos los pasos del análisis en cadena, se identifico que posiblemente el desencadenante de la conducta problema fue un comentario de J

en el que remarcaba que la pareja en la foto estaba despeinada, como si hubiesen terminado de realizar alguna actividad amorosa.

En ese momento la paciente intento escapar del consultorio y se retiro del mismo, pese a los intentos de detenerla del terapeuta, la joven salió a la calle y se corto superficialmente el brazo. Al regresar a la fundación fue revisada por un medico quien determino que las heridas no requerían tratamiento.

Esta enriquecedora experiencia de supervisión demuestra también la habilidad del terapeuta en referencia a la aceptación y al cambio.

El supervisor le recuerda a J que uno de los principios de DBT es que el terapeuta es humano y puede equivocarse. J acepta esto y suma “creo que mi equivocación fue sobreestimar la capacidad de mi paciente para tolerar los estímulos que antes le desataban crisis, asumí que en esta etapa del tratamiento ya podía utilizar otras conductas para regular sus emociones”. A través de estas aceptaciones logradas por el buen ejercicio terapéutico de reconocer los errores, fundamental según Linehan (1993) para que un terapeuta DBT sea efectivo; admitir el error es el comienzo de repararlo, es lo que permite sanar la relación terapéutica, aceptar nuevamente es el principio del cambio. Se llega a un cambio en el caso. Por que J acepto la situación en las cuales estaba desempeñando su labor. Independientemente que su paciente haya estado un largo tiempo en tratamiento individual y haya finalizado el curso de entrenamiento en habilidades para mujeres TLP, aún no ejecutaba conductas más adaptativos al exponerse a situaciones como la mencionada. Aquello que cambió al aceptar su error fue poder ver el estado de su paciente la “sobreestimación” que J tenia respecto sus habilidades. Desde esta nueva apreciación, continuo con su labor terapéutica, aceptando y cambiando al unísono.

La técnica de análisis en cadena o análisis conductual se encuentra ampliada en la sección de anexo.

5.3 Objetivo 2.

5.3.1 Describir la actitud de “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” En grupo de entrenamiento en habilidades, para pacientes TLP. Técnica: Extending en el marco del estilo irreverente del terapeuta.

Nuevamente se busco detectar aquellas estrategias terapéuticas que permitan ver lo que el modelo establece que significa la habilidad dialéctica en cuestión. Acotadamente, Linehan (1993) expresa que llevar adelante esta habilidad dialéctica es combinar la flexibilidad con la estabilidad. ¿Qué es aquello estable y que es aquello flexible? Según la autora lo estable (relacionado a la confianza en uno mismo, en el paciente y en la terapia) se encuentra al servicio de no perder de vista las necesidades del paciente a largo plazo. Es la claridad mental de mantener presente el objetivo del trabajo, mientras se trabaja en el día a día con el sufrimiento y el dolor de una persona. “Centralidad” en DBT nada tiene que ver con los límites arbitrarios que otros modelos conductistas aprecian, en la terapia dialéctica se estima un terapeuta centrado y a la vez flexible.

Hay importantes motivos por los cuales el terapeuta DBT debe presentar la actitud dialéctica mencionada.

Flexibilidad es, para Linehan, poder percibir las necesidades del paciente el día de hoy aun que tengamos un objetivo muy claro para después.

Al trabajar con pacientes TLP se maneja la siguiente premisa: No es correcto pasar por alto sus necesidades ya que son validas. Si no las percibimos, el resultado será la “invalidación”. La invalidación por parte del terapeuta a su paciente es rotundamente contraproducente. El terapeuta es visto como “otra persona más” que no sabe entender a la paciente, que la juzga, que no da lo que el paciente requiere. La relación terapéutica pasa a ser otra relación en la que el paciente siente que sufre irremediamente. El terapeuta es vivenciado como alguien que no ve el infierno por el que transita la paciente que no es capaz de regular sus emociones

Balancearse entre comprender el dolor del paciente y responder a lo que él necesita sin olvidar que hay un objetivo superior al que se dirige el tratamiento. Es equilibrar el corto plazo con el largo plazo, puesto que si prestamos atención solo al sufrimiento del día de hoy, tampoco estaríamos teniendo compasión por la persona quien necesita un rumbo, que precisa construir una vida que valga la pena vivir.

Se describe como parte significativa del trastorno de la personalidad límite, el “sentimiento de vacío” la falta de motivación para dar sentido a las experiencias y conductas (Bravo,2010). Por lo cual existen herramientas terapéuticas específicas a los fines de mejorar tal sentimiento.

En el grupo de mujeres, se aprecia un ejemplo del modo en el que el terapeuta es a la vez inquebrantablemente centrado y flexible.

. La coordinadora utiliza una técnica conocida como “extending” (Linehan, 1993) la cual consiste en tomar de manera literal lo que la paciente expresa, es decir toma “muy en serio” aquello que la paciente manifiesta.

La paciente a la cual se asigna el nombre “M” expresa que ella no realizó ninguna actividad física pese a que se la había propuesto y exclama “no voy a ir nunca al gimnasio porque hasta en la puerta hay espejos y eso ya me hace sentir mal antes de entrar”.

A lo cual la coordinadora manifiesta “Claro, eso te debe molestar, siempre nos decís que te molesta verte en el espejo. Vamos a descartar la idea de que vallas al gimnasio para ejercitarte y sentirte más en forma, no queremos que te sientas mal”. Acto seguido la coordinadora comienza a hablar con otra paciente y es interrumpida por M quien dice “talvez encuentre algún gimnasio sin espejos en la puerta”, a lo que la coordinadora responde “No sé, no queremos que la pases mal, la idea es que hagas actividades placenteras, que acumules experiencias positivas si ir al gimnasio te pone mal, no vayas”.

M termina la conversación expresando “vi un gimnasio que queda un poco más lejos pero no tiene tantos espejos”.

En este ejemplo se ve como la terapeuta tiene presente el objetivo “mayor” que sería acumular experiencias positivas y mejorar el estado físico de la paciente, sin embargo escucha y atiende las quejas de ese momento.

De hecho, toma tan en serio la queja actual de la paciente que hasta parece que dejo pretender que la joven se ejercite.

El estilo irreverente que la terapeuta utilizo al afirmar que no tenía que ir al gimnasio, es explicado por Linehan (1993a) como una forma de expresar algún pensamiento de manera tal de conseguir un resultado confrontativo, que despabile a la paciente, aunque sea por que el comentario suena trillado, el resultado es que la paciente reenfoque el objeto del dialogo.

El resultado de la técnica de extending (en la cual se aprecio la inquebrantable centralidad y la compasiva flexibilidad) es la adhesión a los objetivos por parte de la paciente.

Para más información sobre el estilo terapéutico irreverente y la técnica de extending ver el Anexo.

5.3.2 “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” En grupo de entrenamiento a familiares.

Técnica: Habilidades de efectividad interpersonal + ensayo conductual de la técnica “DEAR MAN”

Cuando Linehan resalta la importancia de esta polaridad en el trabajo del terapeuta, pone énfasis en mantenerla equilibrada. Esto significa que el terapeuta debe mantener el equilibrio, siendo ágil de modo que la otra persona no encuentre un punto en donde afianzar su rigidez cognitiva, emocional o conductual.

Se brinda entonces un ejemplo del grupo de familiares en donde se destaca el trabajo terapéutico de mantenerse claramente centrado en los objetivos y a la vez

tener cierta elasticidad que permita ver que las necesidades que pueden surgir también son escuchadas.

La coordinadora escribe de manera vertical en una pizarra las letras DEAR MAN y explica que se trata de una regla nemotécnica para recordar los pasos que permiten ser efectivo a la hora de conseguir los objetivos.

En resumen La letra “D” es por describí, la “E” por expresa, la “A” es por asertividad, la “R” de reforzá. Luego la “M” es por Mantener tu posición, la “A” es por aparentar ser seguro y la “N” es por negociá

Se explica a los familiares que es necesaria una descripción de la situación, carente de valoraciones, es decir que enuncie solo los hechos. Respecto a la “E” de “expresar” se explica que aquí se debe dar información a la otra persona sobre los propios deseos o sentimientos. Sucesivamente se dan instrucciones sobre cómo realizar el ejercicio y se pide que traigan un ejemplo por escrito de cómo usarían la técnica “DEAR MAN” para pedir algo de manera efectiva a sus familiares con TLP.

En la siguiente reunión es cuando se aprecia como la terapeuta se mantiene inquebrantablemente centrada en los objetivos (de enseñar habilidades a los familiares) y a la vez utiliza la compasiva flexibilidad para contener y atender la demanda de una madre. La terapeuta da la instrucción de “léenos lo que escribiste” pero la madre comienza a hablar mirando a otros miembros del grupo, sin leer y con la voz interrumpida debido a la aparente angustia.

La mujer, de 60 años expresa que intento escribirle un “DEAR MAN” a su hija, quien ya tiene más de 35 años y depende de ella económicamente. La madre explica que su hija trabajo alguna vez de masajista pero que actualmente, dice no tener deseos de atender a nadie. La madre refiere sentirse atrapada en esta situación y fueron sus palabras “yo sé que la sigo malcriando y no le hace bien, pero vienen los clientes a tocarle la puerta y ella se enoja, o se encierra y yo no sé qué hacer, le tengo que dar plata siempre por que mantengo a mi hija y a mi nieta”.

La coordinadora se mantiene enfocada en el objetivo, enseñar la técnica “DEAR MAN” para que los padres a su vez sean efectivos al pedirles cosas a sus hijos. Observa a la madre, y la valida expresando que es comprensible la situación en la que se siente atrapada y pide que lea el ejercicio, sin más preámbulos dice “Piensa que soy tu hija y léeme tranquila lo que escribiste para mí”. La señora comienza a ensayar el pedir algo en voz alta.

La señora había tenido un buen desempeño describiendo la situación y expresando como se sentía al respecto (era una estudiante “avanzada” dentro del curso de entrenamiento en habilidades). No obstante al momento de leer la “A” (que representaba ser Asertivo, pedir claramente lo que espera, o negarse claramente a que la situación se mantenga), no lo hizo de manera eficaz.

La terapeuta haciendo gala de la compasiva flexibilidad, le dice “este punto es particularmente difícil en tu caso, cambiarían muchas cosas si vos claramente te negase a seguir manteniendo a amabas. La idea es que aprendas como hacerlo y hasta que le agarres la mano, te diría que apliques la técnica en principio a partes más chiquitas de este gran objetivo”. Le sugiere que ensayen oralmente (dejando de lado la tarea escrita) otro DEAR MAN, solo que en este caso el pedido sería referido a que las paciente acepte algunos de los trabajos que le llegan.

Si bien se pueden observar distintas estrategias en este ejemplo, se puede apreciar como la coordinadora se mantiene centrada en los objetivos a largo plazo, pero percibe la situación actual del paciente y baja la complejidad del ejercicio para que la señora pueda aprender a pedir o expresarse de manera más efectiva,.

Se amplía información sobre la técnica DEAR MAN en la sección de anexo.

5.3.3 Describir la actitud de “Inquebrantable centralidad vs. Compasiva Flexibilidad” En reuniones de equipo de DBT. Técnica: Interpretación de la conducta, descripción no juiciosa.

En reunión de equipo, los profesionales se sientan a escuchar el caso de una terapeuta joven a la que se asigna el nombre de “G”. La supervisada utilizó el

proyector de la institución para que todos los miembros del equipo puedan leer la conceptualización del caso que presentaría.

A los breves minutos el coordinador hace sonar un cuenco tibetano (que produce un sonido similar al de una campana) y le dice “¿Por qué escribiste ahí que tu paciente es aniñada?, vos tenes que describir conductas no juzgarlas, seguí adelante”. G retoma su lectura por otro breve lapso y es nuevamente detenida por el sonido de una campanada. El coordinador de la reunión le dice “No estás comunicándote de una manera clara, pese al proyector. No puedes embolsar una serie de conductas que nosotros desconocemos dentro de una palabra tan poco clara como “vaga” ¿que quieres decir con eso?”. La joven terapeuta explica ahora que su paciente suele levantarse al mediodía, usualmente pide que se le den turnos después de ese horario, o llega tarde a las sesiones, no llena los registros y tareas que la terapeuta le da en sesión y manifiesta abiertamente estar cansada y aburrida de muchas cosas. El coordinador explica que la *interpretación* que “G” está haciendo ahora, es mucho más eficiente que decir “tiene conductas aniñadas y es vaga”.

El coordinador recuerda que es una parte importante de la terapia ayudar al paciente a descubrir sus pensamientos recurrentes, sus conductas repetidas, sus respuestas afectivas habituales, que pueden ser juzgadas como “aniñadas o de vaga” pero que no corresponde conceptualizarlo así, en vista de que se tiene que buscar empatizar con el paciente y no ser peyorativo e invalidante. Dicho esto el coordinador le dice a G como no tenías claro que no íbamos a aceptar este tipo de *interpretaciones*, no te voy a interrumpir más con la campana, pero corregí eso y miralo desde lo conductual en vez de con adjetivos calificativos.

Respecto a este ejemplo, es más fácil encontrar la inquebrantable centralidad del coordinador, al marcar los errores en las interpelaciones de “G”. Resultaba claro que él estaba instruyendo respecto a cómo se debe presentar un caso en el equipo DBT: describiendo la conducta y no emitiendo juicios.

Interpretar en DBT requiere focalizarse específicamente en conductas dentro de la jerarquía de conductas que DBT utiliza. Primero el paciente no debe atentar contra su vida, ni contra la terapia. Si la paciente, llega tarde, falta o no realiza las tareas, es apropiado que el terapeuta le devuelva esta información y resulta aún más útil tal y como lo demuestra Marziali (1984) que la “interpretación” sea una devolución sobre aspectos observados en la terapia puesto que esto facilita intentar conductas diferentes.

El aspecto de la flexibilidad de este coordinador, se aprecia cuando decide dejar de hacer sonar la campana al detectar un juicio de valor. Puede entenderse que esta vez, él ejerció el contra peso en el sube y baja ya que su supervisada se estaba permitiendo un alto grado de inexactitudes.

5.4 Objetivo 3.

5.4.1 Describir y vincular con la práctica la actitud de “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” En grupo de entrenamiento en habilidades, para pacientes TLP. Técnica: Instrucciones sobre habilidades para sobrevivir a las crisis.

El grupo de pacientes mujeres con TLP se encontraba revisando las tareas de clase pasada. Estuvieron aprendiendo habilidades de regulación emocional. A esta altura ya se explico a las pacientes que las emociones (incluso las intensas), se terminan. Se enseñó a diferenciar y nombrar las emociones, se enseñó a cotejar la emoción con los hechos de la realidad para pensar si es justificada (de ser es así, se les explicaron los pasos para la “resolución de problemas”), se enseñaron modos de comunicar la emoción a otras personas, y se les instruyo como detectar cual es el “impulso de acción” de una emoción. Por ejemplo, el impulso de acción de la tristeza es el retraimiento, permanecer acostado y el impulso de acción de la vergüenza puede ser deseo de esconderse, huir.

Además se explico la técnica de *acción opuesta*, la cual consiste en actuar de una manera opuesta a la que se siente (en los casos en los que la emoción no es

justificada). Es útil para las pacientes TLP cuando sus emociones ya sea por su intensidad o por su duración, interfieren con sus objetivos.

Es decir, se enseñó a hacer la acción opuesta al impulso de acción de una emoción en vista de que muchas veces sus emociones no les permiten ser efectivas en la vida.

En este contexto, la coordinadora solicita a una joven llamada "N" que comparta su experiencia diciendo "¿tuviese alguna emoción intensa esta semana, pudiste poner en práctica alguna habilidad?".

N comenta que su madre ingreso a su cuarto en algún momento de la mañana para intentar despertarla ya que N tenía cita con el dentista. Al ver que su hija no respondía a los llamados decidió levantarla "a los sacudones y a los gritos".

N comienza a identificar aquello que sintió "yo estaba dormida y lo primero que siento es que me sacuden y mi mamá ya esta gritando y encima me está diciendo que tengo que ir al dentista". N tuvo problemas en el pasado debido a que evita ir al dentista, también tuvo fuertes discusiones con su madre (las mismas solían disparar conductas problema tales como cortarse los brazos o darse atracones de comida). Siguió manifestando "la emoción que sentí inmediatamente fue enojo, muy intenso, del 1 al 100 sería 100. El impulso de acción era devolverle a mi mamá los sacudones... ¡mínimamente!!".

La coordinadora le dice "Bien, vos dormías, te sacudieron, te gritaron que vallas al dentista y acto seguido tenes un enojo de 100/100. ¿Cómo manejaste esta situación?". N comenta que hecho a su madre de su cuarto y cerro con llave la puerta y se volvió a meter en la cama, pero su enojo no disminuía, expresa "estaba muy irritada y me dieron ganas de tener una conducta problema". Dice haber pensado "¡así no se despierta ni a los animales!, y yo no pienso ir al dentista, menos si me lo pide así".

Resulta llamativo que la joven parece recordar muy claramente o revivir lo que sintió aquella mañana ya que elevo mucho su tono de voz, aumento su ritmo

respiratorio y se le llenaron los ojos de lágrimas. Ante estas manifestaciones la coordinadora le dice “creo que te saco de tus casillas, pero ahora estas acá, no estás en tu cuarto, solo nos estas contando que paso, seguí por favor”. N retoma su análisis y dice “bueno me metí al baño y me moje la cara, las muñecas, me empape. Pero lo que más quería hacer....era la conducta problema... en el cuerpo sentía mucho calor y sabía que estaba pensando en hacer eso.. que no iba a mejorar la situación” la coordinadora refuerza esta reflexión, la felicita por tomar la distancia suficiente para pensar que llevar adelante una conducta problema solo empeoraría las cosas. Le pregunta que otra habilidad puso en práctica. N comenta que permaneció unos momentos mojándose en su baño y después abrió la puerta del cuarto, insulto a su madre mientras se vestía y se fue caminando hasta la casa de su novio.

Cuando la coordinadora le pregunta cuales fueron las consecuencias de este episodio N dice que el resultado fue parcialmente bueno, ella no se lastimo a sí misma ni ataco físicamente a su madre, se retiro de la situación y además volvió a evitar su turno con el dentista. La coordinadora (quien estaba al tanto de que N ya había asistido a clases en las que se le enseñaron muchos más recursos para manejar una situación de crisis) le dice a N que por favor relea en voz alta la página 89 del manual de habilidades, en la que se explica que es hacer “acción opuesta” a la emoción del enojo. La paciente lee “gentilmente evita, hace algo amable, imagínate o trata de ponerte en los zapatos del otro, lleva a tu cuerpo a una postura relajada, respira suave y profundamente”.

En este ejemplo, la coordinadora comprende y expresa empatía respecto a la situación que paso N, la escucha, la deja expresar su enojo, sin embargo cuando N parecía estar nuevamente furiosa le recuerda que en el momento presente no había porque enfadarse (solo estaba contado una anécdota). La coordinadora se muestra flexible y ágil, ya que equilibra la nutrición (todas las enseñanzas dadas sobre como regular emociones) con la exigencia (solicita repasar la técnica de acción opuesta). Aunque N no empeoro mucho la situación (motivo por el cual se le da un refuerzo positivo), podría haber aplicado más de las habilidades

enseñadas (lo cual es resaltado por la coordinadora) consiguiendo en la misma interacción “nutrición y exigencia”.

Se adjunta material informativo sobre habilidades para sobrevivir a las crisis y acción opuesta en la sección de anexo.

5.4.2 “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” En grupo de entrenamiento a familiares. Técnica: Manejo de contingencias, suministrar refuerzos intermitentes.

Según la real academia española, una contingencia implica la posibilidad de que algo suceda o no suceda. Los terapeutas DBT, muchas veces enfocan su trabajo en manejar las contingencias, para favorecer o disminuir la ocurrencia de una conducta. Un refuerzo es una consecuencia que favorece la repetición de una conducta. El modo más efectivo de emplear refuerzos es de manera intermitente, es decir premiando unas veces si y otras veces no una conducta, se logra que la misma se repita Linehan (1993a).

Los familiares de los pacientes TLP son instruidos en el manejo de contingencias. Se les explica cómo sus reacciones pueden incrementar o reducir las conductas de su ser querido. También se les explica que existen situaciones en las que una persona pretende no reforzar una conducta, pero en cierto modo ese es el resultado. Se utilizan ejemplos que grafican como de manera desintencionada los familiares pueden terminar fomentando alguna conducta desadaptativa.

Esta psicoeducación es “nutrición” los coordinadores de los grupos proveen de habilidades a los padres para que comprendan como sus reacciones a las conductas de sus hijos pueden ser un refuerzo de las mismas. Incluso se explica el modo a partir del cual una conducta que a veces es reforzada y otras no, es una conducta que está siendo favorecida (aunque esa no sea la intención).

Reunido el grupo de padres y allegados a personas con TLP, se presenta una inquietud por parte de una pareja de padres. La madre anuncia “mi hijo me pidió criar una plantita de marihuana en el balcón de la casa de mi familia y yo quería matarlo, pero no hice nada”. La coordinadora resalta que “no hacer nada” puede

ser tomado por su hijo como “a mamá no le molesto mi propuesta”. La coordinadora le pregunta abiertamente que siente respecto de la propuesta de su hijo. La madre indica que le importa más lo que puedan pensar los vecinos que la existencia de la planta en la casa, además comenta que no siempre se muestra en contra de que su hijo fume marihuana, si no que a veces “pasa por alto” el consumo, no le hace reproches.

La coordinadora solicita a la co-coordinadora que vuelva a explicar en una pizarra como los refuerzos intermitentes (en este caso “a mamá a veces no le molesta”) pueden resultar en el incremento de la conducta (que el joven continúe fumando cannabis o en este caso el pedido de plantarlo en la casa materna).

Se le pide la madre que sea constante en su opinión (ya sea a favor o en contra del consumo de su hijo) y que manifieste claramente que desea. Antes de dar por terminado el tema la terapeuta expresa “muchas veces es difícil ser claro con los hijos, porque uno le tiene miedo a sus reacciones, tal vez se muestre menos cariñoso si le prohibís que plante eso, pero al decir a veces que si y a veces que no, aunque no lo sepas ya estas favoreciendo la conducta”.

En este ejemplo nuevamente se puede apreciar como primero se brinda nutrición y luego se exige con buenas intenciones que pongan en práctica lo aprendido. Esta exigencia por parte del terapeuta tiene siempre la voluntad de ayudar, de un modo tal que esa ayuda dada, posteriormente no vuelva a ser requerida. Es decir, se enseña el manejo de contingencias para que ya no sean necesarias otras “ayudas” por parte de los terapeutas. El balance entre nutrir o enseñar y demandar que el enseñado aplique la conducta es perceptible en este ejemplo.

5.4.3 “Nutrir vs. Exigencia Benevolente” En reuniones de equipo de DBT. Técnica: auto develación y Marcar Limites Personales en couching telefónico.

Reunidos los profesionales, se da inicio a la reunión y una psiquiatra comenta haber recibido el día anterior el llamado de una paciente que se encontraba en crisis.

Como se explico anteriormente DBT promueve las llamadas telefónicas entre sesiones, principalmente para pedir ayuda antes de cometer una conducta parasucida.

Si el paciente llama luego de haber realizado una conducta problema, el terapeuta lo trata con escasa calidez y vuelve a explicar las normas de las llamadas (las cuales son estipuladas desde la primera sesión, cuando el terapeuta DBT explica al paciente cuáles son sus límites personales).

Este breve ejemplo, es sobre un caso en el que la paciente llamo llorando y a la psiquiatra le fue muy difícil entender que era lo que ocurría. Por teléfono guío a la paciente para que respire y se calme, lo cual llevo unos 10 minutos. Durante este lapso apenas consiguió entender algunas palabras, que indicaron que aún no había cometido la conducta problema.

Una vez que el paciente disminuyo su llanto, comenzó arremeter contra la terapeuta diciendo “no se para que voy a verte si hoy me siento devuelta así de mal, no voy a ir más! vos me estas robando!”. La psiquiatra utilizo una *auto develación de auto implicación* (una declaración que el terapeuta hace sobre sus reacciones personales inmediatas a la conducta del paciente, Linehan 1993a).

La terapeuta dijo “me resulta muy difícil ayudarte cuando vos me llamas para decirme que nuestro trabajo no sirve o cosas peores”.

Linehan (1993a) explica que se trata de una estrategia de estilo terapéutico en la que se busca el equilibrio en la comunicación. La auto develación permite ver que el terapeuta también es alguien vulnerable, está vinculada a la autenticidad y sinceridad. Este estilo cordial, resulta opuesto al estilo irreverente (ya mencionado)

en el que la comunicación puede resultar incongruente con el sentido general e incluso ser dicha de un modo impertinente.

Cundo la terapeuta emplea la “auto develación de auto implicación” está utilizando un modo de comunicación reciproca, lo cual disminuye la diferencia de poder percibida por parte del paciente y mejora la relación terapéutica (Derlega & Berlg 1987)

DBT solo recomienda realizar auto develciones cuando estas se encuentran al servicio del paciente, no se trata de decirle siempre al paciente lo que piensa o siente el terapeuta, se la utiliza cuando se considera necesario “develar” que reacciones produce la conducta del paciente al terapeuta.

La auto develación sirve a la vez para validar (por que se está tomando en cuenta lo que dice la paciente) y para desafiar. Dicho en otras palabras para nutrir y para exigir, en una sola frase colmada de sinceridad se le comunico a la paciente que la nutrición se veía obstaculizadas por su conducta, lo cual exige un cambio.

De este modo se comunica el estado actual de la relación, lo cual es fundamental en persona TLP ya que muchas veces ellos no son consientes del modo en que su conducta afecta sus relaciones hasta llegar a puntos irreparables. El feedback que dio la psiquiatra en el ejemplo resulto muy importe ya que en si mismo mostró cuales eran los limites personales de la terapeuta, cuál era el efecto de la conducta de la paciente y balanceo la exigencia (pedir que eso cambie porque resulta muy difícil seguirla ayudando así) con la nutrición ya que dar una respuesta franca (que permita a la paciente comprender las implicaciones de su conducta) es útil para que ella generalice esta comprensión al resto de sus relaciones, es decir nutrió y exigió balanceadamente.

Se adjunta más información sobre couching telefónico, como modalidad de tratamiento en DBT en la sección de Anexo. Del mismo modo se amplía información sobre “limites personales del terapeuta.

5. CONCLUSIONES

En principio, es importante destacar que la inmersión en el modelo DBT brindó la posibilidad de adquirir formación en las perspectivas más actualizadas respecto al tratamiento de trastornos de la personalidad. Del mismo modo, resultó evidente la necesidad de basar dichos tratamientos en resultados empíricamente validados. Se pudo apreciar como los pacientes comprendían que se les estaba brindando el tratamiento con mayor efectividad comprobada para su problema y mostraron la suficiente conformidad con esta premisa como para someterse a todas las instancias del tratamiento.

El objetivo principal (analizar las habilidades que requieren los terapeutas dentro del modelo DBT) resultó posible. Hubo suficiente tiempo de observación para conseguir aislar aquellos componentes del trabajo terapéutico que están íntimamente relacionados con las habilidades que los terapeutas adquieren y presentan para conseguir ser efectivos.

El concepto de mayor importancia que se pudo analizar en este trabajo fue la efectividad del terapeuta. Efectividad necesaria para mantener en tratamiento a pacientes con alto riesgo suicida. Efectividad que según la teoría (Lineham, 2003) se consigue a través del balance de las polaridades dialécticas. Estas polaridades conformaron los tres objetivos específicos y cada una consiguió asirse, mediante el reporte de observaciones clínicas y su comparación con la bibliografía existente sobre el tema.

Si bien el objeto de estudio fue muy específico, se buscó mostrar sus matices al trabajar con descripciones en tres ámbitos de trabajo distintos (las reuniones de equipo, el grupo para pacientes y el grupo de familiares).

Al exponer de manera detallada el funcionamiento de las técnicas que utiliza DBT a fin de permitir que el trabajo del terapeuta sea efectivo se pudo analizar el objeto de estudio y además se consiguió una rica descripción de la puesta en práctica de las técnicas teóricas. A modo de autocrítica, las nueve técnicas desarrolladas fueron difíciles de resumir en vista de que cada una implica muchos pasos. Aunque se consiguió exponerlas de un modo funcional en el desarrollo, fue necesario para abarcarlas brindar una descripción completa en el anexo.

No se trabajo con datos numéricos o estadísticos en vista de que no resultaron necesarios para evidenciar el modo de trabajo y sus resultados.

Fue mediante la descripción detallada de lo observado y gracias a la colaboración de los profesionales que sirvieron a modo de ejemplares de estudio, que se pudo alcanzar la meta del trabajo. Es decir, se pudo compartir el modo en el que se manejan las polaridades dialécticas al servicio del tratamiento.

No obstante, se detectaron ciertos detalles que separan aquello ilustrado en la teoría de lo observado en la práctica y que se consideran significativos para seguir perfeccionando la efectividad del terapeuta.

Si bien un importante componente teórico de DBT es la filosofía budista, que sirve de marco para comprender el manejo de las polaridades y para ejercitar (entre otras cosas) la compasión hacia el propio terapeuta y hacia su paciente, en la práctica los profesionales son formados de manera muy básica en esta área.

En ocasiones fue observable la necesidad de que los terapeutas amplíen su formación sobre estos aspectos para tener una comprensión más profunda de los conceptos que mencionan y con los cuales deben trabajar. Tal fue el caso de la “aceptación radical” componente esencial de DBT que resulta dificultosa principalmente cuando aquello que se debe aceptar de manera radical es algo que necesita cambiarse con urgencia, como el sufrimiento de otro ser humano. Reiteradas veces los supervisores indicaron que la aceptación radical implica no buscar cambiar al otro inmediatamente sino aceptar su situación tal y como se presenta. En la filosofía budista abundan textos e instrucciones sobre la contemplación (Bahk,1997), la observación de la realidad y su aceptación. Posiblemente las dificultades de algunos terapeutas en la práctica de la aceptación se verían mejoradas al ampliar la formación en las enseñanzas filosóficas sobre la contemplación.

En el mejor de los casos el estudio de estas aéreas queda librado a la profundización individual de lecturas sugeridas cuando resulta necesario una instrucción más organizada sobre esta cualidad del DBT que lo distingue de otras corrientes teóricas.

En el mismo camino, se vio que la teoría recomienda la práctica de conciencia plena e incluso la práctica de meditación para los terapeutas (siempre en función de permitirles ser más efectivos en su labor). Mientras que en la realidad son breves los momentos que se disponen para entrenar la función atencional de manera exclusiva (es decir, los terapeutas escuchan con conciencia plena a sus pacientes y hacen ejercicios de respiración al inicio de las reuniones, no obstante la teoría insta a los mismos a dedicar mayor tiempo a esto).

Respecto a las polaridades dialécticas elegidas como objetivos para este trabajo, resulto sorprendente que los terapeutas las manejaban y aplicaban a su práctica laboral sin distinguir necesariamente entre “nutrición y exigencia benevolente” o “aceptación y cambio”, o “inquebrantable centralidad y compasiva flexibilidad”. Estas distinciones son útiles para clasificar estrategias. En la práctica se las puede ver sintetizadas y unidas de manera tal que es necesario un profundo análisis para distinguir los rasgos propios de cada una. Lo que se pudo observar es que los profesionales manejan y equilibran estas dialécticas de manera efectiva, muchas veces sin la necesidad de distinguir entre los componentes de las diadas o entre las distintas diadas, todo se da al unísono.

Con el entrenamiento práctico en DBT los terapeutas consiguen el manejo de las polaridades dialécticas y su integración no solo a favor de la salud de sus pacientes sino de todos los involucrados en el tratamiento.

6. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Apfelbaum S; Gagliesi P; Lencioni G; Pechon C; Herman L; Kriwet M, et al. (2007). *Manual psicoeducacional para pacientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad*. [Curso de terapia cognitiva e integrativa

del trastorno límite de la personalidad] .Bueno Aires: Universidad de Buenos Aires.

Bahk J (1997). *Surrealismo y Budismo Zen, estudio de literatura comparada y antología de poesía Zen de China, Corea y Japón*. España: Editorial Verbum.

Berton, Cohen, Gullière, Greenfield, Labelle (2005) *¿Es efectiva la psicoterapia en pacientes borderline adolescentes?* . Clinical Neuropsychiatry

Beck A, Freeman A (2002); *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, España, Paidós.

Bravo J (2010); *Crecen las consultas por personalidad borderline*. Recuperado el 11/12/2010 de: http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1332649

Clarkin, Marziali ,Munroe Blum (1991) ,*Group and Family Treatments for Borderline Personality Disorder*.

Skinner (1974), *Ciencia y conducta humana*, Barcelona, Fontanella.

Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, Caballo E. (compilado) capítulo 14 Métodos operantes, Pear J, 1995, ed. Sgilo veintiuno s.a.

Darlega J, Berg J.(1987), *Self-Disclosure, Theory, Research, And Therapy*. Rusia: Springer.

Gagliesi, P. (2007). *Terapia Dialéctico Comportamental*. Buenos Aires: Fundación Foro.

Gagliesi, P. (2008) *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Recuperado el 02/04/2010 de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=377>

Gagliesi P. (2010) *¿Que es DBT?*. Recuperado 06/05/2010 de:
<http://www.trastornoborderline.com/dbt.html>

Gempeler J. (2008) *Terapia conductual dialéctica*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 136-148

Gottman, J. M., y Katz, L. F. (1989). *Effects of marital discord on young children's peer interaction and health*. *Developmental Psychology*, 25(3), 373–381.

Hoffman, P. y McGlashan T.H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Linehan M. (1993a). *Cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.

Lincioli G (2008). *Asistencia telefonica: una aproximación desde la terapia dialctico-conductual, en pacientes borderline*. Recuperado 10/11/2010 de:
<http://www.slideshare.net/soyborderline/asistencia-telefonica-una-aproximacion-desde-la-terapia-dialectico-conductual-en-pacientes-borderline>

Roll, (2009). *Eficacia de la terapia mindfulness basada en terapia cognitiva, como coadyuvante de la farmacoterapia en pacientes con desorden de pánico y desorden de ansiedad generalizada*. Recuperado el 03/04/2010 de la base de datos: Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Rüsch N. (2007) *Predictores de deserción en pacientes hospitalizados mujeres con trastorno de la personalidad borderline, tratados con terapia dialéctica*

comportamental. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry , 39, 497–503.

Real academia española, *Diccionario de la lengua española*, recuperado el 10/09/2010 de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=contingencia

Marzali E. (1984) *Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions*. Archives of general psychiatry , 41, 301 – 304.

Vicente E. (1991), *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*, España: Siglo XXI

Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour. Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing.

7. ANEXO