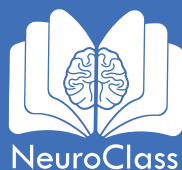


TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Abordaje de la desregulación emocional con DBT



TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Abordaje de la desregulación emocional
con DBT

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso *online*
Terapia Dialéctico Conductual: Abordaje
de la desregulación emocional con DBT.

Disertante:

Lic. Florencia Faes

Redacción y edición:

Enzo Calicchio Saavedra, Matilde Gallo Fraga y Victoria López Ramírez

Objetivos:

- 1. Comprender la desregulación emocional y su papel en diversos trastornos**, explorando sus causas, manifestaciones y el impacto en la vida cotidiana de los consultantes.
- 2. Dominar los principios de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y su aplicación en la regulación emocional**, abordando estrategias para la intervención clínica efectiva.
- 3. Desarrollar habilidades en el análisis conductual para identificar factores que desencadenan y mantienen conductas problemáticas**, facilitando intervenciones precisas.
- 4. Aplicar técnicas de intervención validadas empíricamente en distintos trastornos asociados a la desregulación emocional**, como el Trastorno Límite de la Personalidad, TEPT y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 5. Implementar estrategias de enseñanza de habilidades DBT para mejorar la regulación emocional**, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal en el contexto terapéutico.

Disertante:



Lic. Florencia Faes

Graduada en la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Terapeuta especializada en Terapia Dialéctico Conductual por el Centro Argentino de Terapias Contextuales y en los modelos de DBT Prolonged Exposure y DBT Post Traumatic Stress Disorder por DBT Iberoamérica.

Miembro del Equipo DBT del Centro Argentino de Terapias Contextuales, Terapeuta individual y Coordinadora de grupos DBT estándar, de Talleres para familiares y allegados de personas con Desregulación Emocional y Coordinadora del curso DBT STEPS A para personal docente de escuelas.

Docente en la formación de posgrado de DBT niveles inicial y avanzado en CATC y de DBT en Ruway Nuna, Perú. Docente en la formación de posgrado de Abordaje Conductual Contextual del Trauma, en CATC.

Índice

MÓDULO I

Introducción a la Terapia Dialéctico Conductual1

1.1. ¿Qué es la Desregulación Emocional?	2
1.1.1. Inestabilidad emocional	2
1.1.2. Inestabilidad de la identidad	3
1.1.3. Inestabilidad cognitiva	3
1.1.4. Inestabilidad interpersonal	3
1.2. Desarrollo histórico de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)	3
1.2.1. Dificultades durante la creación del tratamiento	4
1.3. Bases científicas de la DBT	5
1.4. Evidencia empírica del tratamiento	5
1.4.1. ¿Por qué la DBT es tan útil para abordar los problemas de desregulación emocional?	8

MÓDULO II

Trastornos incluidos en la Desregulación Emocional9

2.1. Introducción al módulo II	10
2.1.1. Trastorno Límite de la Personalidad	10
2.1.2. Trastorno por Consumo de Sustancias	11
2.1.2.1. Principios del modelo DBT-SUD	12
2.1.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria	13
2.1.4. Trastorno por Estrés Post Traumático	14
2.2. Teoría biosocial: El papel principal de la desregulación emocional en el origen y mantenimiento de los problemas conductuales	15
2.2.1. Vulnerabilidad biológica	15
2.2.2. Ambiente invalidante	16

MÓDULO III	
Características del tratamiento DBT	18
3.1. Introducción al módulo III	19
3.1.1. Objetivos del tratamiento	19
3.1.2. Modalidades de la terapia DBT	20
3.1.2.1. Terapia individual	20
3.1.2.2. Consulta psiquiátrica	20
3.1.2.3. Grupo de entrenamiento en habilidades	20
3.1.2.4. Coaching Telefónico	21
3.1.2.5. Taller de entrenamiento para familiares y allegados	21
3.1.3. Asunciones acerca de los pacientes y la terapia	22
3.1.3.1. Asunciones acerca de los consultantes	22
3.1.3.2. Asunciones acerca de la terapia	23
3.1.4. Etapas del tratamiento. Objetivos conductuales primarios y jerarquía de conductas	23
3.2. Cosmovisión dialéctica	26
3.2.1. Características de la dialéctica	26
MÓDULO IV	
Estrategias de análisis conductual	29
4.1.1. El “análisis” en cadena en DBT	30
4.1.2. Análisis de solución y resolución de problemas	33
4.1.3. Ejemplo clínico de análisis en cadena	34
MÓDULO V	
Pretratamiento en DBT	37
5.1.1. Objetivos del pretratamiento	38
5.1.2. Estrategias para aumentar el compromiso del consultante	40

MÓDULO VI	
Herramientas clínicas	43
6.1. Validación. Niveles de validación	44
6.2. Estrategias de cambio conductual	47
 MÓDULO VII	
Entrenamiento en habilidades DBT	50
7.1. Cómo se estructura un entrenamiento en habilidades DBT	51
7.1.1. Estructura y duración	52
7.1.2. Estructura de una sesión	52
7.1.3. Roles de los coordinadores	53
7.1.4. La importancia del contexto grupal	53
7.1.5. Grupos Abiertos vs. Cerrados	54
7.1.6. Integración con la terapia individual	54
7.2. Acuerdos del entrenamiento de habilidades	55
7.2.1. Asistencia y compromiso con el entrenamiento	55
7.2.2. Apoyo mutuo	55
7.2.3. Puntualidad y aviso de inasistencia	56
7.2.4. Evitar conductas problemáticas en el grupo	56
7.2.5. Relaciones entre participantes fuera de las sesiones	56
7.2.6. Tratamiento individual obligatorio para participantes con ideación suicida	57
7.3. Observación de límites	57
7.3.1. Rol de los entrenadores	57
7.3.2. Comunicación con los entrenadores	58

MÓDULO VIII	
Habilidades DBT	59
8.1. Características generales de las habilidades de mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar	60
8.1.1. <i>Mindfulness</i>	60
8.1.2. Efectividad interpersonal	62
8.1.3. Regulación Emocional	63
8.1.4. Tolerancia al malestar	64
8.2. Articulación con casos clínicos	66
8.3. Reflexión final	69
Referencias bibliográficas	70

MÓDULO I

Introducción a la Terapia Dialéctico Conductual

1.1. ¿Qué es la Desregulación Emocional?

Desde una perspectiva evolutiva, las emociones han sido un recurso esencial para la adaptación y supervivencia de nuestra especie. Sin embargo, no todas las personas experimentan las emociones con la misma intensidad, frecuencia o duración. Existen diferencias individuales significativas en la manera en que procesamos y respondemos emocionalmente a los eventos de la vida.

En este sentido, la **Desregulación Emocional es un trastorno que se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad emocional**, impulsividad en el comportamiento y dificultades considerables en las relaciones interpersonales. Según Marsha Linehan, creadora del modelo de Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Desregulación Emocional se define como **“la incapacidad, incluso cuando se intenta seriamente, de modificar o regular las claves emocionales, las acciones, y las respuestas verbales y no verbales, cuando esto es necesario”** [Linehan et al., 2007].

Surge entonces la pregunta: “¿toda emoción intensa implica desregulación emocional?” La respuesta es no. **Experimentar vulnerabilidad emocional o responder con emociones intensas en situaciones específicas es normal y forma parte del repertorio emocional humano**. Sin embargo, cuando se observa un patrón crónico y recurrente de dificultad para regular las emociones, que interfiere de manera significativa en distintas áreas de la vida, hablamos de un trastorno de la regulación emocional.

1.1.1. Inestabilidad emocional

De esta manera, las características principales de este trastorno se organizan en cuatro áreas fundamentales. Las mismas se describirán y desarrollarán a continuación:

- Dificultad para regular la activación fisiológica cuando es necesario.
- Limitaciones para organizar y coordinar actividades independientes del estado de ánimo. Puede verse reflejado en conductas tales como postergar hacer cosas, cancelar o suspender planes, evitar compromisos, enfrentar dificultades en desempeñar cosas y rendirse, tener muchos obstáculos para sostener actividades. Tener poca paciencia o incapacidad para esperar cuando la mente está activada y el cuerpo energizado.
- Dificultad problemática para controlar conductas impulsivas relacionadas con fuertes emociones negativas, que se puede nombrar "conducta problema" (CP). Por ejemplo: cortarse, golpearse, hacer daño a otros, romper cosas, gastar dinero excesivamente o compulsivamente, atracones, vomitar, tener sexo sin protección, abusar de sustancias, etc.
- Obstáculos para pasar a la acción, como rumiar, preocuparse, evitar interacciones, aislarse, etc.

1.1.2. Inestabilidad de la identidad

- Pueden ser personas dubitativas y dependientes del entorno para saber qué quieren, qué desean o qué sienten.
- Limitaciones para crecer y desarrollarse [sobre dependiente, dificultades en la decisión, apatía, aislamiento, o la intolerancia de estar solo].

1.1.3. Inestabilidad cognitiva

- Dificultad para desviar la atención del estímulo emocional que inició esta activación.
- Distorsión en el procesamiento de la información [la cognición, el razonamiento e inteligencia pueden estar distorsionados cuando la mente está sobre activada, confundida o distraída por las emociones].

1.1.4. Inestabilidad interpersonal

- Limitaciones para expresar, responder e interactuar espontáneamente y efectivamente con otras personas [por la incapacidad de tolerar el malestar, malentendidos y los estímulos que producen dolor, enojo, vergüenza, miedo, etc.]
- Desafíos para manejar relaciones afectivas, familiares e íntimas [hay más conflicto y caos en relaciones que involucran las emociones, que entre personas meramente conocidas y desconocidas].
- Dificultades para establecer pedidos apropiados y asertivos, recurriendo entonces a la inhibición de la expresión emocional o a la expresión emocional intensa.
- Cuando el ambiente responde en forma invalidante, las emociones negativas se instalan en forma intensa y persistente.

1.2. Desarrollo histórico de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)

En la década de 1980, Marsha Linehan, junto con un equipo de investigadores, llevó a cabo un estudio aleatorizado con el objetivo de demostrar la eficacia de la DBT en comparación con los tratamientos estándar utilizados en ese momento. Esta primera investigación contó con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institute of Mental Health*, NIMH, por sus siglas en inglés), sin el cual habría sido inviable desde el punto de vista económico.



Así, **incluyó inicialmente a 60 mujeres, de entre 18 y 65 años, que cumplían los criterios diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)** y que habían presentado al menos dos episodios de autolesiones en los últimos cinco años, uno de los cuales debía haber ocurrido en las ocho semanas previas al inicio del estudio. Finalmente, 50 pacientes fueron asignadas al azar a uno de dos grupos: el grupo de Terapia Conductual estándar y el grupo de DBT.

Los resultados iniciales mostraron una **reducción significativa en la frecuencia de las conductas de autolesión en el grupo que recibió DBT**. No obstante, persistían los síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión y el malestar general en los pacientes. A partir de este primer protocolo, se llevaron a cabo nuevos estudios con grupos más amplios de pacientes, los cuales replicaron los resultados obtenidos inicialmente, mientras que los análisis de seguimiento y estudios naturalísticos confirmaron la consistencia de las mejoras a lo largo del tiempo.

En definitiva, la aplicación del modelo DBT demostró importantes beneficios terapéuticos, entre ellos: **una notable reducción de las conductas autolesivas, una mayor adherencia al tratamiento, una disminución del tiempo de hospitalización y una reducción del riesgo de suicidio**, en comparación con el grupo que recibió Terapia Conductual estándar [Linehan et al., 1991].

1.2.1. Dificultades durante la creación del tratamiento

Un aspecto relevante a destacar es que Marsha Linehan también padeció desregulación emocional, experiencia que influyó significativamente en la creación de la DBT. En su autobiografía [2020], Linehan relata que su primera aproximación a la concepción de esta terapia tuvo lugar en 1961. Inspirada en pacientes con características similares a las suyas, es decir, personas con ideación e intentos suicidas y conductas autolesivas, a quienes el sistema de salud mental de su época (y, en ocasiones, el actual) no lograba brindar un apoyo adecuado, desarrolló este modelo terapéutico específicamente diseñado para abordar dichas problemáticas complejas.

Antes del desarrollo de la DBT, las terapias disponibles resultaban ineficaces para el tratamiento de pacientes con TLP, generando frustración e incertidumbre tanto en los profesionales como en los pacientes. Por ejemplo, una de las principales limitaciones de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) de la época radicaba en su enfoque centrado exclusivamente en el cambio, sin considerar primero la aceptación o la validación de la experiencia del paciente. Esta falta de validación contribuía al incremento del malestar y la sensación de desesperanza en los pacientes, dificultando el proceso terapéutico.

Además, muchas intervenciones carecían de un enfoque estructurado para abordar la desregulación emocional, una característica central del TLP, lo que hacía que los pacientes tuvieran dificultades para desarrollar estrategias efectivas de manejo del malestar. Asimismo, los enfoques tradicionales no incluían estrategias específicas para mejorar la tolerancia al malestar o la efectividad interpersonal, dejando a los pacientes con escasas herramientas para afrontar sus dificultades cotidianas, y sin enseñarles habilidades con las que no contaban en sus repertorios conductuales.

Otra limitación importante era la alta tasa de abandono terapéutico. Debido a la intensidad emocional y los patrones interpersonales problemáticos de los pacientes con TLP, muchas terapias carecían de estrategias adecuadas para fomentar la adherencia y el compromiso con el tratamiento. Esto no solo afectaba los resultados terapéuticos, sino que también generaba frustración en los profesionales de la salud mental, quienes a menudo se sentían desbordados ante la complejidad clínica de estos casos y terminaban desarrollando elevados índices de *burnout*.

Finalmente, algunos enfoques terapéuticos de la época tendían a patologizar en exceso las conductas de los pacientes sin proporcionar estrategias concretas para el manejo de crisis o la prevención de conductas autolesivas y suicidas. En muchos casos, esto llevaba a una medicalización excesiva o a la derivación a hospitalizaciones frecuentes, lo que no abordaba las causas subyacentes del sufrimiento y, en ocasiones, reforzaba la sensación de desesperanza en los pacientes.

1.3. Bases científicas de la DBT

La DBT es una terapia comportamental contextual que integra elementos del budismo zen, como el *mindfulness*, y principios de la filosofía dialéctica. Si bien inicialmente fue diseñada para intervenir en individuos con diagnóstico de TLP, su eficacia ha sido posteriormente demostrada en una variedad de trastornos emocionales y conductuales que serán desarrollados más adelante.

Como parte de las terapias conductuales contextuales, **se centra en la interacción entre los déficits en las habilidades de regulación emocional y un entorno invalidante o disfuncional**, el cual dificulta el aprendizaje de conductas nuevas y adaptativas. Dicho enfoque sitúa en el núcleo del tratamiento las conductas problemáticas como la impulsividad, las autolesiones, los conflictos interpersonales, los problemas de concentración y las dificultades en la resolución de problemas. Así, la combinación de estrategias orientadas al cambio conductual, junto con la aceptación radical, permite a los pacientes desarrollar habilidades más flexibles y efectivas para gestionar sus emociones y sus relaciones interpersonales (Linehan y Wilks, 2015).

1.4. Evidencia empírica del tratamiento

El tratamiento DBT **cuenta con veinte estudios controlados aleatorizados, revisados por pares y de tipo comparativo** (es decir, en los que se comparan dos o más modelos con asignación aleatoria de los participantes). Cabe destacar que varios de ellos fueron realizados por equipos independientes del de Marsha Linehan, llevándose a cabo en al menos siete idiomas distintos, y un tercio de ellos fuera de los Estados Unidos.

Dichos estudios **aportan evidencia sólida sobre la efectividad de la DBT en el tratamiento de diversos trastornos, como el TLP y sus comorbilidades**. Entre ellas se incluyen las ideas suicidas, las conductas autolesivas, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y otros trastornos de la personalidad. Asimismo, también se ha demostrado su eficacia en el TEPT relacionado con abuso sexual infantil y con rasgos de TLP, así como en el TEPT y el trastorno bipolar en adolescentes (Linehan, 1993; Rizvi et al., 2013).

Por otro lado, desde 1996, **se ha publicado un corpus de investigación compuesto por 55 estudios no aleatorizados**, los cuales han reforzado la evidencia sobre la eficacia de la DBT. Entre estos destacan los realizados por Miller y Rathus (1996-2000), quienes adaptaron la DBT para adolescentes y sus familias con diagnóstico de TLP, rasgos de TLP, conductas autolesivas e ideación o tentativas suicidas. De esta manera, los resultados mostraron índices significativamente menores de abandono del tratamiento en comparación con el grupo de control que recibió tratamiento estándar. Además, se observó una reducción a cero en el número de hospitalizaciones y una mejora significativa en el funcionamiento global, la sintomatología depresiva y las ideas suicidas (Miller et al., 2007).

Asimismo, **el entrenamiento grupal de habilidades DBT también cuenta con evidencia empírica que respalda su eficacia como una intervención independiente**, es decir, sin la necesidad de terapia individual o entrenamiento en habilidades para familiares y allegados.

Diversos estudios han investigado la eficacia del entrenamiento en habilidades DBT como una intervención autónoma.

Por ejemplo, Ciurans (2021) llevó a cabo una revisión sistemática sobre la efectividad del entrenamiento en habilidades de DBT en individuos con TLP. **Los resultados indicaron que esta intervención es efectiva para reducir la sintomatología del TLP, la psicopatología general y las dificultades en la regulación emocional**, además de generar mejoras en el funcionamiento social. Sin embargo, el entrenamiento en habilidades por sí solo no fue suficiente para abordar el abandono del tratamiento, las autolesiones sin intención suicida y las conductas suicidas.

Asimismo, en un estudio con población universitaria, Reyes et al. (2018) evaluaron la efectividad de un programa basado en el entrenamiento en habilidades de DBT para disminuir factores de riesgo asociados a la conducta suicida. La intervención, que tuvo una duración de diez sesiones basadas en la versión de DBT para adolescentes (DBT-A), **mostró mejoras en la autoestima, los recursos psicológicos y la regulación emocional**, lo que sugiere que esta modalidad puede ser beneficiosa para reducir factores de riesgo de suicidio en jóvenes universitarios.



Por su parte, Espitia et al. [2021] analizaron el impacto de un protocolo virtual de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en DBT sobre la sintomatología emocional en adolescentes. **Sus hallazgos indicaron una reducción significativa en síntomas de depresión, ansiedad y estrés**, lo que respalda la eficacia del entrenamiento en habilidades de DBT como intervención independiente en esta población.

Finalmente, Carvajal et al. [2023] investigaron la influencia del entrenamiento en habilidades de regulación emocional y efectividad interpersonal de DBT en el comportamiento agresivo de adultos. Los resultados sugieren que **dicho entrenamiento disminuye comportamientos agresivos y mejora la regulación emocional en esta población**, evidenciando su utilidad en el manejo de dificultades interpersonales.

Por otro lado, existe un creciente interés en proyectos de investigación que exploran la aplicación del **entrenamiento en habilidades DBT en el ámbito educativo**, tanto en escuelas primarias como secundarias, acompañando el aumento en la utilización de la práctica de *mindfulness*. En dicho contexto, se destaca el trabajo de Mazza, Dexter-Mazza, Miller, Murphy y Rathus [2016], quienes llevaron a cabo un extenso proyecto académico sobre la enseñanza de habilidades DBT en escuelas y publicaron una guía basada en sus principales hallazgos.

Algunos de ellos fueron, por ejemplo, que el entrenamiento en habilidades DBT ayudó a los estudiantes a mejorar su capacidad para identificar, comprender y gestionar sus emociones de manera efectiva. Asimismo, se observó una disminución en la impulsividad, el comportamiento agresivo y las conductas de riesgo en los estudiantes que participaron en la enseñanza de habilidades DBT, y una mejora en la comunicación efectiva, la resolución de conflictos y la capacidad de establecer relaciones saludables con sus pares y docentes. Y en cuanto a la práctica de *mindfulness*, la misma mostró beneficios en la concentración, la tolerancia a la frustración y la reducción del estrés académico.



Por último, los estudios sobre costo-efectividad han acompañado el crecimiento de las investigaciones en DBT, demostrando que, **además de ser una intervención clínicamente eficaz, resulta más económica que otros tratamientos estándares**. Esto se debe a diversos factores. En primer lugar, su estructura modular y basada en el entrenamiento en habilidades permite que los pacientes adquieran herramientas prácticas en un tiempo relativamente corto, reduciendo la necesidad de tratamientos prolongados en el tiempo. Además, la combinación de sesiones grupales con terapia individual optimiza los recursos terapéuticos, permitiendo atender a más personas con menos horas de terapia individual por paciente.

Otro aspecto que contribuye a su costo-efectividad es la reducción en el uso de servicios de salud de alto costo, como hospitalizaciones, tratamientos de emergencia y cuidados intensivos en salud mental. Al mejorar la regulación emocional y la tolerancia al malestar, la DBT disminuye la frecuencia de crisis, autolesiones y conductas suicidas, lo que reduce la necesidad de intervenciones más costosas a largo plazo.

Como resultado, sistemas de salud públicos en países como Alemania, Inglaterra, Suecia, Canadá y Australia, entre otros, han comenzado a recomendar la DBT; en algunos casos, incluso se ofrece como el único tratamiento disponible en el sistema público [Stoffers et al., 2012].

1.4.1. ¿Por qué la DBT es tan útil para abordar los problemas de desregulación emocional?

La DBT ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento de la desregulación emocional, una condición prevalente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], en 2019 casi mil millones de personas, incluyendo un 14 % de los adolescentes, padecían algún trastorno mental, muchos de los cuales implican dificultades en la regulación emocional.

En este sentido, podemos afirmar que la eficacia de la DBT radica en varios componentes clave:

1. Protocolos específicos y jerarquías de conductas a tratar

La DBT establece una jerarquía estructurada para abordar conductas, priorizando inicialmente aquellas que representan un peligro inminente para la vida, seguidas de comportamientos que interfieren con la terapia y, posteriormente, aquellos que afectan la calidad de vida. El mencionado enfoque sistemático permite una intervención focalizada y efectiva.

2. Entrenamiento en habilidades como componente esencial

En segundo lugar, mencionaremos el entrenamiento en habilidades que se lleva a cabo en sesiones grupales. Dicho entrenamiento enseña técnicas específicas para mejorar la regulación emocional, la tolerancia al malestar, la efectividad interpersonal y la atención plena (*mindfulness*). Cabe mencionar que la participación en estos grupos es obligatoria y complementa la terapia individual, proporcionando herramientas prácticas para manejar emociones intensas.

3. Equilibrio entre técnicas de aceptación y estrategias de cambio

Al integrar de manera equilibrada estrategias de aceptación (como la validación emocional) con técnicas de cambio orientadas a la modificación de comportamientos desadaptativos, permite que los pacientes se sientan comprendidos y aceptados, al mismo tiempo que se les motiva a implementar cambios positivos en sus vidas. Dicha combinación ha demostrado aumentar la adherencia al tratamiento, ya que los individuos perciben el proceso terapéutico como comprensivo y orientado a soluciones.

MÓDULO II

Trastornos incluidos
en la Desregulación Emocional

2.1. Introducción al módulo II

Aunque el tratamiento DBT se desarrolló originalmente para personas con diagnóstico de TLP, con el tiempo fue demostrando eficacia en diversos trastornos. En este sentido, para cada uno de ellos, se han diseñado adaptaciones específicas. A continuación, se presentan los principales diagnósticos en los que la DBT mostró efectividad, así como también sus correspondientes adaptaciones.

2.1.1. Trastorno Límite de la Personalidad

El TLP es un trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una marcada impulsividad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión de Texto (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR, en inglés), el diagnóstico de TLP se basa en la presencia de al menos cinco de los siguientes criterios:

- 1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado.**
- 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas**, caracterizado por la alternancia entre idealización y devaluación.
- 3. Alteración de la identidad**, con una autoimagen o sentido de sí mismo inestable.
- 4. Impulsividad en al menos dos áreas que pueden ser potencialmente dañinas para la persona**, como gastos excesivos, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias, conducción temeraria o atracones de comida.
- 5. Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas autolesivas.**
- 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo**, con episodios de disforia intensa, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y raramente más de unos días.
- 7. Sentimientos crónicos de vacío.**
- 8. Dificultad para controlar la ira**, con episodios de enojo intenso o inapropiado, a menudo acompañados de peleas físicas o discusiones frecuentes.
- 9. Síntomas transitorios de despersonalización o ideación paranoide relacionados con el estrés.**



Asimismo, el TLP suele estar asociado con una historia de trauma, desregulación emocional severa y dificultades significativas en la vida cotidiana, lo que impacta en la funcionalidad del individuo en múltiples áreas (APA, 2022).

Tal y como se ha ido desarrollando durante el primer módulo del presente manual, **DBT estándar ha demostrado ser un tratamiento sumamente eficaz para trabajar con personas con diagnóstico de TLP**. Lo anterior, debido a que el tratamiento combina diversas modalidades, entre ellas: terapia individual, grupo de entrenamiento en habilidades, consulta psiquiátrica (si es necesario), coaching telefónico y talleres de habilidades para familiares y allegados.

En cuanto a su estructura, se desarrolla en distintas etapas, cada una con objetivos específicos. Es por ello que, a lo largo del manual, se irán desarrollando de forma detallada las principales características y objetivos del tratamiento.

2.1.2. Trastorno por Consumo de Sustancias

El Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es un diagnóstico clínico incluido en el DSM-V-TR dentro de la categoría de *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*. Se define como un patrón problemático de consumo de una sustancia que provoca un deterioro significativo en la vida del individuo, afectando su funcionamiento personal, social y ocupacional.

Asimismo, el DSM-V-TR establece que el TCS se diagnostica cuando la persona presenta al menos **dos** de los siguientes criterios en un período de **12 meses**:

1. Uso de sustancias en cantidades mayores o durante más tiempo del previsto inicialmente.
2. Deseo persistente o esfuerzos fallidos para reducir o controlar el consumo.
3. Gran cantidad de tiempo dedicado a obtener, consumir o recuperarse del consumo.
4. Ansias intensas o deseo de consumir la sustancia.
5. Dificultades para cumplir con responsabilidades en el trabajo, escuela o hogar debido al consumo.
6. Uso continuo a pesar de problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por la sustancia.
7. Abandono o reducción de actividades importantes debido al consumo.
8. Uso recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Consumo continuado a pesar de problemas físicos o psicológicos asociados a la sustancia.
10. Desarrollo de tolerancia (necesidad de mayores cantidades para lograr el mismo efecto o disminución del efecto con la misma cantidad).
11. Síndrome de abstinencia característico de la sustancia o consumo para evitar sus síntomas.

El modelo de Terapia Dialéctico-Conductual para Trastornos por Consumo de Sustancias [*Dialectical Behavior Therapy for Substance Use Disorders*, DBT-SUD, en inglés] es una adaptación de la DBT diseñada específicamente para el tratamiento de personas con TCS. Fue desarrollado por Marsha Linehan y su equipo para abordar la intersección entre la desregulación emocional severa y el uso problemático de sustancias. Se basa en los principios fundamentales de la DBT, integrando estrategias específicas para ayudar a los consultantes a reducir el consumo y mejorar así su calidad de vida.

2.1.2.1. Principios del modelo DBT-SUD

Este enfoque reconoce que muchas personas con desregulación emocional utilizan **sustancias como una estrategia de afrontamiento para manejar emociones intensas, aliviar el malestar o evitar experiencias internas dolorosas**. Sin embargo, su consumo a menudo refuerza la desregulación emocional y dificulta el aprendizaje de nuevas habilidades. Por ello, DBT-SUD adopta un enfoque dialéctico, ayudando a los consultantes a aceptar su realidad actual mientras trabajan activamente en el cambio.

El tratamiento se centra en tres objetivos principales:

1. **Eliminar el consumo de sustancias** [o reducirlo significativamente si la abstinencia total no es posible en un inicio].
2. **Sustituir el consumo de sustancias por estrategias saludables** de regulación emocional.
3. **Construir una vida con sentido**, en la que el consumo deje de ser necesario para manejar el malestar.

De esta manera, el modelo mantiene los cuatro módulos estándar de la DBT (*Mindfulness*, Tolerancia al Malestar, Regulación Emocional y Efectividad Interpersonal) e incorpora adaptaciones específicas para el tratamiento del consumo de sustancias:

1. **Abstinencia dialéctica:** En lugar de una visión rígida de la abstinencia, se utiliza un enfoque dialéctico que equilibra la motivación para dejar las sustancias con la comprensión de que las recaídas pueden ocurrir. Se trabaja con el principio de "no lo use ahora" [*Don't Use Now*], promoviendo la elección momento a momento.
2. **Mindfulness y consumo de sustancias:** Se enseña a los consultantes a observar sus impulsos sin actuar sobre ellos, aumentando la conciencia sobre los desencadenantes del consumo y las emociones subyacentes.
3. **Análisis en cadena de conductas de consumo:** Utilizando un análisis detallado para identificar los factores que llevan al uso de sustancias, se busca desarrollar estrategias alternativas.
4. **Habilidades de tolerancia al malestar específicas:** Se incorporan estrategias como la técnica del "Camino Limpio" [*Clear Mind*] y la "Mente Adicta" [*Addict Mind vs. Clean Mind*] para ayudar a los consultantes a manejar la urgencia de consumir.

5. Estrategias de compromiso y cambio: El objetivo es enfatizar el compromiso con una vida libre de sustancias, al mismo tiempo que se reconocen y validan las dificultades del proceso.

6. Trabajo con el entorno: La idea central subyace en modificar el contexto para que refuerce el cambio, promoviendo redes de apoyo saludables y reduciendo la exposición a estímulos que fomenten el consumo.

2.1.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria

En cuanto a la Terapia Dialéctica Conductual para Trastornos de la Conducta Alimentaria (*Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders*, DBT-ED en inglés), consiste en una adaptación específica de la DBT diseñada para abordar las particularidades de los trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, etc. Dicho enfoque terapéutico **se centra en el desarrollo de estrategias para manejar emociones intensas y reducir la tendencia a recurrir a conductas problemáticas como forma de regulación emocional**, demostrado ser especialmente eficaces en la reducción de la frecuencia y gravedad de las purgas y atracones (Safer, Telch y Agras, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001).

Dentro del marco de la DBT-ED, se trabaja en la restauración del patrón alimentario, la clarificación de metas y el aumento de la motivación. Además, se enseñan habilidades esenciales, como la autorregulación a través de los cinco sentidos, la resolución de problemas y la efectividad interpersonal, asegurando su generalización en la vida cotidiana del consultante. También se busca regular el miedo a experimentar emociones intensas relacionadas con la alimentación.

En lo que refiere al tratamiento, el mismo incluye un trabajo conjunto con las familias o el grupo conviviente para estructurar un ambiente que no refuerce la restricción alimentaria y que favorezca la seguridad emocional. Asimismo, se promueve la eliminación de comentarios evaluativos sobre el cuerpo y la construcción de un entorno que facilite la recuperación. Por último, el entrenamiento en habilidades proporciona a los consultantes herramientas prácticas que les permiten aplicar lo aprendido en sesión a diferentes contextos de su vida diaria.



2.1.4. Trastorno por Estrés Post Traumático

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno incluido en la categoría de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, según el DSM-5-TR (APA, 2022). Se desarrolla tras la **exposición a un evento traumático en el que la persona ha experimentado, presenciado o tenido conocimiento de una amenaza real o potencial para la vida, una lesión grave o violencia sexual, ya sea de manera directa, como testigo o a través de la experiencia vicaria en ciertas circunstancias**. Los síntomas principales incluyen la intrusión del evento traumático (recuerdos involuntarios y recurrentes, pesadillas, flashbacks), evitación de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas en cogniciones y el estado de ánimo, así como cambios en la activación y reactividad fisiológica (hipervigilancia, irritabilidad, problemas de sueño, respuesta de sobresalto exagerada). Para su diagnóstico, estos síntomas deben persistir por más de un mes, causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento y no ser atribuibles a sustancias o afecciones médicas.

Desde el momento en el que se desarrolló el manual de tratamiento de DBT (Linehan, 1993), la experiencia clínica y las investigaciones ya mostraban que las personas con desregulación emocional, comúnmente diagnosticadas con TLP, solían presentar historias de traumas repetidos en la infancia y adolescencia. En dicho contexto, investigaciones recientes indican que **más de la mitad (entre un 57 % y un 83 %) de los pacientes que hacen DBT presentan también síntomas de TEPT** (Barnicot, 2016). En otras palabras, si trabajamos haciendo DBT con pacientes con desregulación emocional, es sumamente probable que en algún momento nos encontremos con un TEPT comórbido.

Para abordar el trauma en consultantes con desregulación emocional, existen dos tratamientos validados dentro del marco de la DBT. Por un lado, la Terapia Dialéctico Conductual con Exposición Prolongada (Dialectical Behavior Therapy with Prolonged Exposure, DBT-PE, en inglés), desarrollada por Melanie Harned. Y, por otro, la Terapia Dialéctico Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático (*Dialectical Behavior Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder*, DBT-PTSD, en inglés), creada por Martin Bous. Profundicemos un poco más en ellas:

1. DBT-PE: Integra la terapia de exposición prolongada dentro del protocolo estándar de DBT. De esta manera, se basa en la exposición gradual y sistemática a recuerdos traumáticos para reducir la evitación y la sintomatología del TEPT, mientras se asegura la estabilidad emocional del consultante mediante el uso de habilidades DBT.

2. DBT-PTSD: Diseñada específicamente para tratar el TEPT complejo en personas con TLP, combina estrategias de DBT con intervenciones específicas para trabajar recuerdos traumáticos, la vergüenza, la culpa y la autoimagen negativa, integrando técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y trabajo con la narrativa del trauma.

Cabe señalar que ambos protocolos cuentan con ensayos controlados y aleatorizados, y poseen una gran evidencia para consultantes con TEPT. Su evidencia empírica indica que son tratamientos seguros (Prillinger et. al, 2024). Al mismo tiempo, no se han reportado muertes por suicidio ni aumento de conductas autolesivas en la implementación de ninguno de los modelos. Y, además de lo anterior, su integración en la DBT resulta eficaz, para los problemas comórbidos que poseen los consultantes de alto riesgo y con múltiples diagnósticos.

2.2. Teoría biosocial: El papel principal de la desregulación emocional en el origen y mantenimiento de los problemas conductuales

En primer lugar, ¿cuál es la etiología de la desregulación emocional?

Tomando los desarrollos de Marsha Linehan, Boggiano et al [2018], los mismos explican que el patrón de conductas que caracteriza a este cuadro puede describirse como la suma de una sensibilidad emocional intensa y la falta de habilidades para regular esas mismas emociones y el contexto. Es decir, la persona no aprendió las habilidades necesarias para regular las emociones —que necesitaba imperiosamente— y, en cambio, aprendió conductas extremas de regulación. Eso supone una particular historia de aprendizaje. Es aquí donde aparece la *Teoría Biosocial*, la cual se va a encargar de explicar la aparición y el mantenimiento de ese conjunto de conductas.

La desregulación emocional es para la DBT el resultado de la **combinación de factores biológicos y ambientales: la transacción a través del tiempo de la Vulnerabilidad Emocional y un Ambiente Invalidante**. Resulta pertinente clarificar que “transaccional” implica que un individuo vulnerable genera la invalidación del contexto y la respuesta del contexto aumenta la expresión emocional del individuo, de tal manera que, a través del tiempo, cada polo refuerza y aumenta la conducta del otro.

A continuación se definirán cada uno de los componentes.

2.2.1. Vulnerabilidad biológica

Nuestras emociones son fundamentales para nuestra supervivencia como especie humana. Ellas tienen múltiples funciones, como por ejemplo cuidarnos del peligro, permitiéndonos reaccionar de manera adecuada frente a él. Además, colaboran en la forma de organizar nuestra experiencia, componiendo un sistema importante en nuestro cerebro para clasificar y ordenar la memoria. Y, adicionalmente, son cruciales para transmitir nuestros estados internos, tanto a las personas que nos rodean, como a nosotros mismos con sus manifestaciones corporales y/o conductuales.

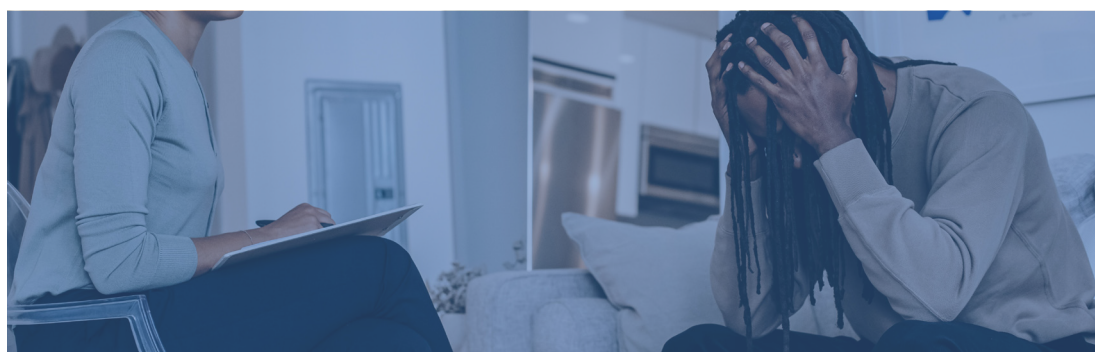
De tal manera, las emociones son el resultado de la evolución de la humanidad y nos han acompañado en nuestra historia como especie sobre la Tierra. Sin embargo, no todos tenemos la misma tonalidad, intensidad o volumen. **Somos diferentes e, incluso, no respondemos con la misma emoción cuando nos encontramos en situaciones parecidas.**



Inclusive, existen algunas personas que son especialmente susceptibles — siendo esta característica temperamental biológica—, y tienen una elevada sensibilidad a los estímulos, mucha intensidad en la respuesta y dificultad en el regreso al estado previo. De tal forma, la mencionada vulnerabilidad tiene tres características:

- 1. Elevada sensibilidad a los estímulos emocionales:** Las personas con Desregulación Emocional reaccionan rápidamente a situaciones del contexto o estados internos, o incluso pensamientos. Poseen, además, un bajo umbral: se dispara la emoción con mayor facilidad, como si fuera la alarma muy sensitiva de un vehículo.
- 2. Alta reactividad emocional:** Las reacciones son consideradas extremas e intensas.
- 3. Lento regreso a estados de calma:** Todas las emociones son como una curva que termina por descender (p. ej., la vergüenza, que dura un momento, y luego cede). Usualmente, pasamos de una emoción a otra con agilidad, pero para algunos esto no es así, sino que tienen dificultad y se quedan más tiempo que el resto de la gente con alguna emoción, y si esta es negativa, la situación no es agradable. Además, se pueden suceder picos que se perpetúan.

Linehan (1993) compara la experiencia de la Vulnerabilidad Emocional con la experiencia de una persona que ha sufrido quemaduras de tercer grado. El más mínimo movimiento, incluso una leve brisa, genera un malestar extremo, que no termina de apaciguarse cuando llega una nueva brisa, y con ella, una nueva oleada de malestar y dolor.



2.2.2. Ambiente invalidante

Nos referimos a un ambiente con conductas invalidantes, **cuando una persona comunica o transmite emociones, sentimientos — todas las experiencias internas— y recibe, por parte del mismo, respuestas erráticas, inapropiadas y extremas.** En un ambiente con tales características, la experiencia de las emociones dolorosas y los factores considerados causales por quien las padece, son desestimados, sancionados o trivializados.

Además, transmite al individuo que está equivocado al respecto de la descripción y el análisis de su propia experiencia emocional (incluso las causas que subyacen a sus emociones, creencias y/o acciones). En definitiva, se invalidan los sentimientos o ideas de la persona mediante distintas conductas, como lo pueden ser el rechazar, ignorar, burlarse, juzgar o incluso el restarle importancia intentando disminuirlo.

A continuación se describe un ejemplo de un familiar con conductas invalidantes:

María, de 30 años de edad, se siente realmente triste. Terminó una relación amorosa de 2 meses de duración. Consecuentemente, experimenta una intensa emoción de tristeza y ello le impidió, en los últimos días, concurrir a su trabajo. Al mismo tiempo, encuentra el hecho de levantarse por las mañanas extremadamente difícil y agotador. No puede, entre otras cosas, desempeñarse laboralmente, como de costumbre.

Durante un diálogo telefónico con su madre, María le cuenta lo que le está pasando. Su madre, luego de escucharla, le dice:

“María, no podés estar así de triste por una relación que solo duró dos meses, es ridículo. Una locura. No estaban casados ni nada. Y encima está afectando tu trabajo. No podés sentirte así. Poné un poco de voluntad, dos despertadores por la mañana, pensá en algo lindo y andá a trabajar. No es más que eso, ponele un poco de buena onda y vas a ver que todo se soluciona. Si no, no vas a llegar a ningún lado”.

Evidentemente, la intención de su madre es bienintencionada y pretende que María resuelva su malestar. Sin embargo, este estilo de comunicación hace que su hija se sienta más insegura, y quizás le refuerce la creencia de que no está haciendo lo suficiente para cambiar y probablemente su malestar aumente.

En resumen, un ambiente invalidante puede transmitir que la expresión de emociones negativas se debe a rasgos de personalidad, como una alta reactividad, una percepción de persecución, una visión distorsionada de los eventos o una actitud insuficientemente positiva.



MÓDULO III

Características del tratamiento DBT

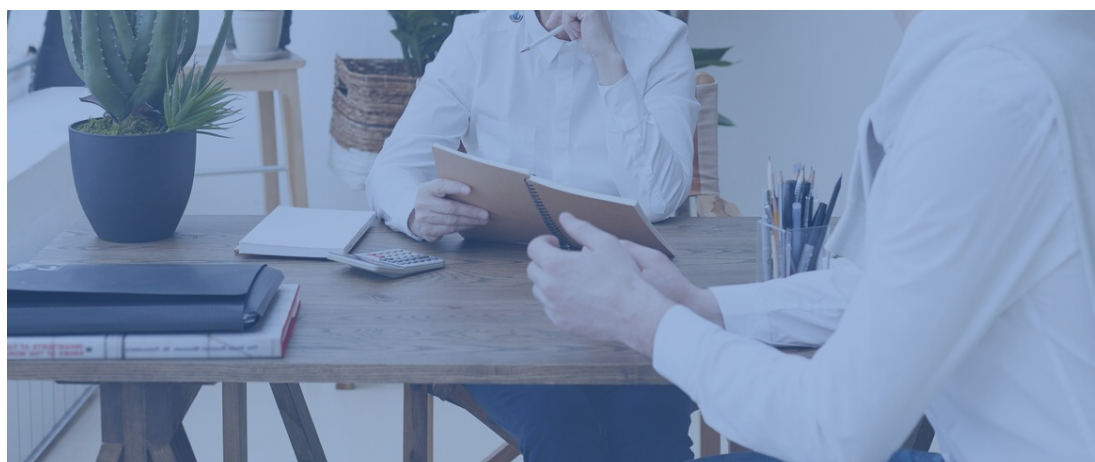
3.1. Introducción al módulo III

Si bien la terapia DBT es un tratamiento complejo y está compuesta por múltiples estrategias, su estructura guía con claridad al terapeuta en cada momento. A su vez, brinda a los terapeutas cierto margen de flexibilidad. En este módulo, se describirán los principales componentes del tratamiento.

3.1.1. Objetivos del tratamiento

Según Boggiano y Gagliesi, [2021], para que un tratamiento pueda ser llamado DBT debe cumplir **cinco funciones**:

- 1. Aumentar las capacidades:** Las personas con desregulación muchas veces carecen de las habilidades necesarias para regular las emociones. En este sentido, necesitan aprender nuevas habilidades, y a veces recibir farmacoterapia, para aumentar sus capacidades.
- 2. Mejorar la motivación:** Los consultantes están desesperanzados y tienen un patrón pasivo de aproximación a los problemas. Por lo anterior, muchas veces se vuelve indispensable la ayuda para mantenerse motivados a aprender nuevas conductas.
- 3. Asegurar la generalización:** La desregulación emocional, en ocasiones, interfiere con la generalización de las nuevas conductas en todos los contextos. Debido a ello, el tratamiento debe asegurarse de que esta generalización suceda.
- 4. Aumentar la motivación y las capacidades del terapeuta:** Los consultantes con desregulación emocional desgastan la motivación del terapeuta y llevan sus habilidades al límite. Por esto es fundamental que los terapeutas sean capaces de participar semanalmente de un Equipo de Consultoría donde reciban apoyo y feedback de sus pares.
- 5. Estructurar el ambiente:** Cuando las crisis son parte del trabajo, cada cual debe saber qué se espera de él y cuál es su rol. El tratamiento debe estructurar el ambiente de tal manera que refuerce las habilidades del consultante y del terapeuta.



El tratamiento DBT estándar cumple con estas funciones al desplegarse a través de diferentes **modalidades**:

- Aumenta las habilidades del consultante a través del **grupo de habilidades, la farmacoterapia y la psicoeducación**.
- Incrementa la motivación, fortaleciendo el progreso clínico y reduciendo los factores que lo inhiben a través de la **terapia individual y la intervención en el ambiente**.
- Asegura la generalización a través del **coaching telefónico y la intervención en el ambiente**.
- Aumenta las habilidades del terapeuta a través de la **reunión de consultoría y la formación continua** de los miembros del equipo.
- Estructura el ambiente a través de las **estrategias de manejo de caso y las intervenciones con la familia o la pareja**.

3.1.2. Modalidades de la terapia DBT

Como ya hemos mencionado, la DBT es un tratamiento multimodal que combina diferentes intervenciones para abordar la desregulación emocional y las conductas problemáticas. A continuación, se describen las principales modalidades del tratamiento:

3.1.2.1. Terapia individual

La terapia individual constituye un eje central, en el cual el terapeuta y el consultante trabajan conjuntamente para establecer objetivos terapéuticos, monitorear avances y coordinarse con el equipo interdisciplinario. En la fase inicial, las sesiones se realizan semanalmente con una duración aproximada de 50 minutos.

Durante las sesiones, se identifican y abordan CP mediante el uso de un registro diario que permite analizar los desencadenantes y las respuestas emocionales y conductuales del consultante. Además, este último debe contactar a su terapeuta antes de desplegar una CP para recibir orientación y explorar alternativas más adaptativas.

3.1.2.2. Consulta psiquiátrica

Muchas personas requieren una evaluación psiquiátrica como parte del tratamiento. Incluso si el consultante ya estaba bajo tratamiento farmacológico, es fundamental realizar una nueva conceptualización en equipo para determinar si la medicación es adecuada y contribuye al progreso terapéutico.

3.1.2.3. Grupo de entrenamiento en habilidades

Paralelamente a la terapia individual, los consultantes deben asistir de manera obligatoria y semanal a un grupo de entrenamiento en habilidades. Dichos talleres tienen una duración aproximada de 2 horas y están diseñados para enseñar estrategias específicas de regulación emocional y afrontamiento.

El entrenamiento en habilidades DBT se estructura en cuatro módulos fundamentales:

- **Conciencia plena (*Mindfulness*):** Desarrollar atención plena y equilibrio entre la mente racional, emocional y sabia.
- **Efectividad interpersonal:** Mejorar la comunicación, establecer límites y gestionar conflictos en las relaciones.
- **Regulación emocional:** Identificar, comprender y modular las emociones de manera efectiva.
- **Tolerancia al malestar:** Adquirir estrategias para afrontar el sufrimiento sin recurrir a conductas problemáticas.

Adicionalmente, quienes participan deben completar tareas semanales y revisarlas en cada encuentro para favorecer la generalización de las habilidades aprendidas.

3.1.2.4. Coaching Telefónico

El coaching telefónico es una herramienta clave en DBT que permite a los consultantes recibir apoyo en momentos críticos. Se trata de llamados breves, de entre 5 y 10 minutos, con el objetivo de:

1. Prevenir una CP o evitar la intensificación de una crisis.
2. Ensayar la aplicación de una habilidad en una situación real.
3. Reparar la relación terapéutica en caso de dificultades.
4. Contar buenas noticias y compartir avances en el tratamiento.

Es importante destacar que el coaching **no sustituye la terapia individual ni es un espacio para realizar catarsis**. Su propósito es guiar al consultante en la resolución de problemas concretos dentro de los límites previamente establecidos por el terapeuta.

3.1.2.5. Taller de entrenamiento para familiares y allegados

El tratamiento DBT también incluye un componente dirigido a familiares y allegados de los consultantes. Este taller ofrece psicoeducación sobre la desregulación emocional, habilidades DBT aplicadas al contexto familiar y estrategias para manejar crisis de manera efectiva.

Asimismo, se brinda capacitación en el uso del plan de crisis del consultante, con el fin de facilitar su implementación en el entorno cotidiano. En casos donde se requiera apoyo adicional, se puede ofrecer orientación individual a los familiares o la posibilidad de repetir el entrenamiento en habilidades. Aunque este taller es opcional, se recomienda encarecidamente la participación de los familiares para optimizar el proceso terapéutico del consultante.



3.1.3. Asunciones acerca de los pacientes y la terapia

Marsha Linehan [1993] desarrolló **una serie de asunciones fundamentales sobre los consultantes y sobre la terapia que guían la práctica de la DBT**. Cabe destacar que las mismas no requieren evidencia empírica, lo cual implica que no son hipótesis que requieran validación mediante estudios, sino que funcionan como **principios filosóficos o marcos de referencia que orientan la actitud del terapeuta** y la forma en que se lleva a cabo la DBT. Fueron desarrolladas para facilitar el tratamiento y la relación terapéutica, independientemente de que puedan ser medidas o comprobadas con datos científicos.

Marsha Linehan formuló estas asunciones basándose principalmente en su experiencia clínica con este tipo de consultantes, y en todos los obstáculos con los que se fue topando durante sus primeras investigaciones, desarrolladas más arriba.

3.1.3.1. Asunciones acerca de los consultantes

En DBT, se asume que los consultantes:

- **Están haciendo lo mejor que pueden:** No se considera que sean intencionalmente autodestructivos o resistentes al tratamiento; en cambio, se reconoce que están tratando de afrontar sus dificultades con las herramientas que tienen disponibles.
- **Quieren mejorar:** A pesar de las CP o la aparente ambivalencia, la DBT parte de la idea de que los consultantes desean cambiar y reducir su sufrimiento.
- **Deben esforzarse más, y ser más efectivos para cambiar:** Aunque los consultantes están haciendo lo mejor que pueden, esto no es suficiente. Deben esforzarse activamente para generar cambios y desarrollar nuevas habilidades.
- **Pueden no haber causado todos sus problemas, pero deben resolverlos de todos modos:** Se reconoce que muchos consultantes han experimentado entornos invalidantes o traumas que han contribuido a sus dificultades. Sin embargo, la responsabilidad del cambio recae en ellos mismos.
- **Tienen una vida dolorosa como es actualmente:** Se valida el sufrimiento real que experimentan los consultantes y se reconoce la urgencia de intervenir para mejorar su calidad de vida.
- **Deben aprender nuevas conductas en todos los contextos de su vida:** No basta con que los consultantes adquieran habilidades en terapia; deben generalizarlas a su vida cotidiana para que el tratamiento sea efectivo.
- **No pueden fracasar en la terapia:** Si el tratamiento no está funcionando, la responsabilidad recae en el equipo terapéutico, que debe adaptar la estrategia.

3.1.3.2. Asunciones acerca de la terapia

1. Lo más afectuoso que un terapeuta puede hacer por sus consultantes es ayudarlos a cambiar de tal manera que los acerquen a sus metas.
2. En segundo lugar, la claridad, la precisión y la compasión son de suma importancia en cómo se hace DBT.
3. En cuanto a la relación terapéutica, es una relación real entre iguales.
4. Además, debemos tener presente que los principios conductuales son universales, y afectan tanto al consultante como al terapeuta.
5. En quinto lugar, los terapeutas que tratan personas con desregulación emocional necesitan de apoyo y sostén: para que exista una terapia, debe existir un terapeuta, además del consultante. Estos consultantes son la población más difícil de tratar en psicoterapia. Existen demasiadas variables que contribuyen a que el terapeuta quede fuera de balance, como por ejemplo el *burn out*. No hay mejor tratamiento para el terapeuta que un equipo de colegas en la Reunión de Consultoría.
6. Adicionalmente, cabe mencionar que existe la posibilidad de que los terapeutas especializados en DBT fracasen. De tal forma, este principio de falibilidad humaniza a los terapeutas.
7. Por último, la DBT puede fracasar aun cuando el terapeuta la aplique rigurosamente.

3.1.4. Etapas del tratamiento. Objetivos conductuales primarios y jerarquía de conductas

Según Marsha Linehan [1993], el tratamiento DBT se estructura en cinco etapas progresivas que buscan mejorar la calidad de vida del consultante a través de un enfoque sistemático basado en una jerarquía conductual. Cada fase aborda distintos objetivos terapéuticos y establece criterios específicos para avanzar a la siguiente. Las mismas serán caracterizadas a continuación.

PRETRATAMIENTO: COMPROMISO Y ALIANZA TERAPÉUTICA

Antes que nada, cabe destacar que el objetivo del pretratamiento es establecer una alianza terapéutica. Para definirlo, utilizaremos como marco de referencia la perspectiva de la TCC, donde este concepto hace referencia a la colaboración activa entre terapeuta y consultante, basada en la construcción de un **vínculo de confianza, el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y la realización conjunta de tareas terapéuticas, considerándose un factor central en la efectividad del tratamiento** [Beck, 2011; Bordin, 1979].

Otros objetivos del pretratamiento serán evaluar la idoneidad de DBT para el consultante y generar un compromiso sólido con el tratamiento. Además, habrá un componente de psicoeducación, donde se explicarán los principios de DBT, se acordarán los objetivos terapéuticos y se firmará un contrato de compromiso mutuo.

CRITERIOS PARA AVANZAR A LA ETAPA 1:

- El consultante debe comprometerse a asistir a las sesiones y participar en todas las modalidades del tratamiento [terapia individual, grupo de habilidades, coaching telefónico y equipo de consulta para terapeutas].
- Se establecen expectativas claras respecto a la jerarquía conductual.

Etapa 1: Lograr el Control Conductual

El objetivo principal de la Etapa 1 es estabilizar al consultante y reducir las conductas que ponen en riesgo su vida o interfieren con el tratamiento. Se trabaja a partir de una jerarquía conductual:

1. **Conductas que ponen en riesgo la vida** [ej. intentos de suicidio, autolesiones graves, conductas de alto riesgo].
2. **Conductas que interfieren con el tratamiento** [ej. falta de asistencia a sesiones, falta de compromiso, conflictos con el terapeuta].
3. **Conductas que afectan la calidad de vida** [ej. abuso de sustancias, privación de sueño, desórdenes en el patrón de alimentación, impulsividad extrema]
4. **Desarrollo de habilidades DBT** en las áreas de mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal.

CRITERIOS PARA AVANZAR A LA ETAPA 2:

- Reducción significativa de las conductas de riesgo y de las conductas que interfieren con el tratamiento.
- Participación activa en el entrenamiento en habilidades.
- Mayor estabilidad emocional y conductual.

Etapa 2: Procesar el Dolor Emocional y el Trauma

Aquí, se abordan los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o el sufrimiento emocional intenso derivado de experiencias traumáticas. Aunque el consultante ya no se encuentra en crisis constante, sigue experimentando un alto nivel de angustia emocional.

Objetivos principales:

- Reducir la evitación experiencial y el embotamiento emocional.
- Trabajar en la exposición a recuerdos traumáticos de manera controlada y a través de protocolos basados en la evidencia tales como *DBT PE* y *DBT PTSD*.
- Aprender estrategias para regular emociones intensas sin recurrir a conductas de escape.

CRITERIOS PARA AVANZAR A LA ETAPA 3:

- Regulación emocional suficiente para afrontar la vida sin sentirse constantemente abrumado.
- Reducción de síntomas de TEPT o resolución de eventos traumáticos a través del procesamiento emocional.
- Mayor capacidad de experimentar emociones sin necesidad de evitarlas.

Etapa 3: Construcción de una *vida con sentido*

Una vez que el consultante ha alcanzado estabilidad emocional y conductual, el foco de la terapia se centra en la construcción de una vida con significado.

Objetivos principales:

- Establecer y trabajar hacia metas personales, profesionales y relacionales.
- Mejorar la autoestima y la autoeficacia.
- Aplicar de manera autónoma las habilidades aprendidas en todas las áreas de la vida.

CRITERIOS PARA AVANZAR A LA ETAPA 4:

- Sensación de bienestar y satisfacción general con la vida.
- Capacidad de afrontar problemas cotidianos sin recaer en patrones disfuncionales.
- Desarrollo de un sentido de identidad estable.

Etapa 4: Trascendencia y Plenitud Personal

Si bien esta fase **no es necesaria para todos los consultantes**, algunos desean continuar con el trabajo terapéutico para alcanzar un nivel más profundo de bienestar.

Objetivos principales:

- Desarrollar una vida con propósito y conexión con valores personales.
- Alcanzar un estado de paz interior y sabiduría emocional.
- Fomentar el crecimiento personal más allá de la reducción del sufrimiento.

Criterios de finalización del tratamiento:

- El consultante se percibe a sí mismo como un agente activo en su vida.
- Logro de una vida satisfactoria, con capacidad de afrontar desafíos sin necesidad de intervención terapéutica continua.

3.2. Cosmovisión dialéctica

Otro aspecto que consideramos importante señalar de la DBT, es que **incorpora una cosmovisión dialéctica que enfatiza la interconexión de los opuestos y la naturaleza cambiante de la realidad**. La dialéctica, cuyo origen etimológico proviene del griego y hace referencia al diálogo y la argumentación, ha sido utilizada desde la filosofía clásica y evolucionó con el pensamiento alemán del siglo XVIII y XIX. Fichte introdujo la noción de que toda afirmación [tesis] genera su contradicción [antítesis], y de su interacción surge una síntesis que incorpora elementos de ambas y da lugar a un proceso de transformación continuo (Boggiano y Gagliesi, 2018).

En este sentido, Marsha Linehan (1993) integró este marco dialéctico en DBT para abordar una de las principales dificultades que presentan los consultantes con desregulación emocional: **el pensamiento polarizado y dicotómico**. Las personas con dificultades para regular sus emociones suelen categorizar la realidad en términos absolutos, como **"todo o nada"** o **"siempre o nunca"**, lo que limita su capacidad de adaptación y resolución de problemas. De tal forma, la inclusión de estrategias dialécticas en DBT permite flexibilizar estos patrones cognitivos rígidos y fomentar la tolerancia a la ambigüedad, facilitando el cambio conductual y emocional (Linehan, 1993; Boggiano y Gagliesi, 2018).



3.2.1. Características de la dialéctica

1. La dialéctica enfatiza la interrelación o totalidad de la realidad:

Esta perspectiva sostiene que la realidad no debe entenderse analizando elementos aislados, sino que es necesario considerar la interrelación entre las partes y el todo. En dicho sentido, el análisis de una conducta específica solo adquiere significado en función de su relación con otras conductas, el entorno inmediato y los contextos más amplios, como la cultura o el estado del mundo en un momento determinado (Linehan, 2020b).

En el entrenamiento en habilidades de DBT, esta visión **implica que los déficits en habilidades no pueden abordarse de manera aislada, sino que deben considerarse en conjunto**. Por ejemplo, es posible que una persona con dificultades en la regulación emocional encuentre muy desafiante aprender a tolerar el malestar si antes no desarrolla habilidades básicas de conciencia plena. La enseñanza de habilidades en DBT, por lo tanto, se basa en la idea de que cada habilidad influye en las demás y que el aprendizaje es un proceso interconectado.

Además, el mencionado principio es coherente con perspectivas contextuales y feministas en psicopatología, ya que reconoce que **los síntomas no deberían analizarse sin considerar el entorno en el que ocurren**. Por ejemplo, una persona que vive en un ambiente invalidante o coercitivo puede encontrar mayores obstáculos para aprender habilidades de regulación emocional. En consecuencia, el tratamiento no solo debe centrarse en enseñar al consultante herramientas para influir en su entorno, sino también en ayudarlo a identificar cuándo y cómo utilizarlas para maximizar su efectividad.

2. La realidad no es estática, sino un proceso dinámico de fuerzas opuestas en constante síntesis:

Desde la perspectiva dialéctica, la realidad no se compone de verdades absolutas e inmutables, sino que está en un flujo continuo de cambio. Toda afirmación (tesis) genera su propia contradicción (antítesis), y la interacción entre ambas da lugar a una síntesis, que a su vez se convierte en una nueva tesis dentro del proceso dialéctico. En el ámbito de la psicoterapia, lo anterior significa que los pensamientos, emociones y conductas dicotómicas y extremas pueden ser vistos como fracasos dialécticos, en los que la persona queda atrapada en una polaridad sin poder alcanzar una integración más flexible.

Por ejemplo, **alguien que lucha con sentimientos de autodesprecio y autoexigencia extrema oscila entre dos extremos**: esforzarse hasta el agotamiento para alcanzar estándares imposibles o, por el contrario, abandonar completamente sus metas al sentirse incapaz de cumplirlas. Desde la perspectiva dialéctica, el objetivo no es elegir entre la autoexigencia o el abandono, sino integrar ambos polos en una síntesis más adaptativa. Un enfoque dialéctico ayudaría a reconocer que puede esforzarse por mejorar sin necesidad de alcanzar la perfección, y que el descanso y el autocuidado no implican fracaso.

De tal forma, **la capacidad de integrar perspectivas opuestas es fundamental para la regulación emocional y la toma de decisiones flexibles**. La DBT, al incorporar la dialéctica, proporciona herramientas para romper con patrones de pensamiento rígidos y promover la adaptación a situaciones complejas y cambiantes.

3. La realidad no es estática, sino que está en constante cambio y evolución:

En lugar de centrarse en el contenido o la estructura fija de una situación, la perspectiva dialéctica enfatiza el proceso dinámico de transformación. Esto implica que tanto la persona como su entorno están en una interacción continua y recíproca, moldeándose mutuamente a lo largo del tiempo (Linehan, 1993).

Desde dicho enfoque, la terapia no busca establecer un entorno rígidamente estable o predecible, sino que ayuda al consultante a desarrollar una mayor tolerancia y flexibilidad frente al cambio. **En lugar de resistirse a la transformación, se promueve la aceptación del flujo natural de la vida** y la capacidad de adaptación a nuevas circunstancias.



Este principio dialéctico también implica que **el tratamiento mismo es un proceso en constante ajuste**. Las estrategias terapéuticas pueden modificarse a medida que el consultante progresa y desarrolla nuevas habilidades, garantizando así una intervención que responda de manera flexible a sus necesidades cambiantes.

En la práctica clínica, **la aplicación de la dialéctica en DBT se manifiesta a través del trabajo terapéutico en la relación con el consultante**. El terapeuta debe validar la experiencia del consultante mientras, simultáneamente, fomenta la modificación de conductas disfuncionales. Consecuentemente, la integración de posturas aparentemente opuestas permite reducir la resistencia al tratamiento y promueve el desarrollo de habilidades de regulación emocional y resolución de conflictos internos (Linehan, 1993).

Si bien las estrategias dialécticas de DBT no han sido validadas empíricamente de manera aislada, forman parte esencial del modelo y han demostrado ser fundamentales para mejorar la adherencia al tratamiento y la motivación al cambio (Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018).



MÓDULO IV

Estrategias de análisis conductual

Los terapeutas no estamos presentes la mayoría de las veces en las cuales un consultante realiza una CP, como, por ejemplo, autolesionarse, usar sustancias o insultar a su familia. Es debido a ello que se vuelve imperativo utilizar **estrategias de análisis conductual para poder identificar cuáles fueron las variables que influyeron en la aparición de la CP.**

Basado en la **Teoría Biosocial** y en los principios del **análisis de la conducta**, el terapeuta trabajará como un “detective”, con el objetivo de comprender qué factores desencadenan y mantienen la conducta, permitiendo así generar intervenciones precisas a futuro.

El mencionado proceso implica:

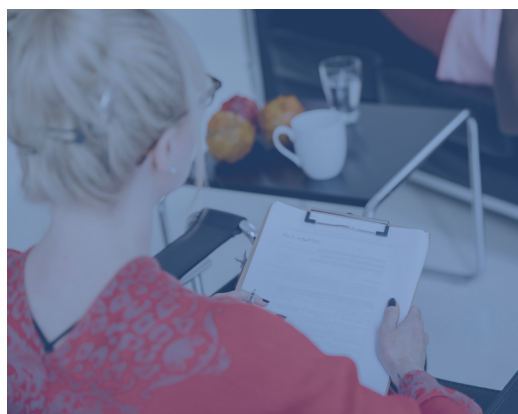
1. **Descomponer la CP** en diferentes elementos y analizarlos en detalle.
2. **Identificar vulnerabilidades y antecedentes** que aumentan la probabilidad de que la conducta ocurra.
3. **Determinar refuerzos** que mantienen la conducta.
4. **Buscar soluciones** para reemplazar la CP con conductas más adaptativas

4.1. El “análisis” en cadena en DBT

Antes que nada, el término análisis funcional (AF) fue utilizado por Skinner (1977) para demostrar empíricamente las relaciones de causa y efecto entre el ambiente y la conducta. El mismo hace referencia a la actividad **de evaluar e identificar las variables que controlan y contribuyen para que ocurran las conductas que son problemas clínicos para el consultante** a la luz de la teoría del aprendizaje. Para lograrlo, se analizan los antecedentes y las consecuencias de la conducta.

Esta herramienta es utilizada en diferentes terapias conductuales tales como Análisis Conductual Aplicado, en Terapia Analítico Funcional, en Activación Conductual, en Terapia de Aceptación y Compromiso y en Terapia Cognitivo Conductual.

El análisis en cadena (AC), por otro lado, es una intervención central en la terapia conductual, y propia de la DBT, siendo más detallado y específico, ya que no solo examina los antecedentes y consecuencias, sino que también desglosa los pensamientos, emociones y acciones que ocurren antes y después de la CP. A su vez, constituye un análisis más secuencial y minucioso que permite al consultante ver paso a paso cómo llegó a la CP.



En los siguientes apartados, se describirán cada uno de los componentes que conforman al AC y, al finalizar la descripción, se incluirá un ejemplo clínico que ilustre su aplicación.

1. CONDUCTA PROBLEMA: TOPOGRAFÍA

La topografía de la conducta problema **hace referencia a su forma y secuencia específica dentro del comportamiento del consultante**. En este análisis es crucial identificar detalles precisos. Por ejemplo, en el caso de una autolesión, describiremos la cantidad de cortes que se realizó, la ubicación en el cuerpo y la profundidad de las heridas. Este nivel de detalle es comparable con la diferencia entre un fotograma y una película: mientras la película [análisis en cadena] muestra el proceso completo, cada fotograma [topografía] nos da una visión específica y estática de la conducta [Linehan, 1993].

2. VULNERABILIDADES: SACIEDAD, PRIVACIÓN Y OTRAS OPERACIONES DE ESTABLECIMIENTO

Para el conductismo clásico, una “Operación de Establecimiento” es un procedimiento que afecta el aprendizaje y el desempeño con respecto a un reforzador en particular. En DBT, **las operaciones de establecimiento se denominan “vulnerabilidades” y explican por qué un mismo estímulo puede generar una conducta problema en un momento y en otro no**. Se entiende que la saciedad y la privación influyen tanto en el aprendizaje como en el desempeño de una conducta [Boggiano et al., 2019].

En dicho contexto, los factores de vulnerabilidad se refieren a **elementos de la persona, su ambiente, o las circunstancias de su vida que lo llevan a estar más abierto a los efectos perjudiciales de estresores ambientales e interpersonales** [ej. eventos desencadenantes]. Algunos ejemplos de factores de vulnerabilidad comunes incluyen desde el aumento de la emocionalidad [por estrés laboral o por un estresor interpersonal reciente], fatiga o falta de sueño, dolor físico, no tomar la medicación como la prescribe el médico, hasta no comer apropiadamente.

Cabe destacar que identificarlos es sumamente importante, ya que, **en algunos casos, remediar factores de vulnerabilidad crónicos puede resolver la mayoría de los problemas del consultante**. En otros, identificar y modificar los factores de vulnerabilidad ayuda a fortalecer a un consultante, permitiendo construir su capacidad para manejar los estresores y responder a los eventos precipitantes con resiliencia y conductas efectivas [Rizvi y Ritschel, 2013].



3. ANTECEDENTES

Al mismo tiempo, un AC eficaz **debe proporcionar un nivel de detalle tal que, si el terapeuta y el consultante lo desearan, podrían representar la situación que llevó a la CP** con precisión. Lo anterior implica registrar no solo las acciones y palabras del consultante y su entorno, sino también sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas.

Según Linehan [1993], realizar un análisis en cadena es como **trazar el mapa de una autopista que conduce a la CP; cada pensamiento, emoción o acción representa una posible salida que podría haber llevado a un desenlace diferente**. Para ello, tras describir su topografía, el terapeuta formula la pregunta clave:

- ¿Cuándo comenzó la situación que llevó a la conducta problema?

La respuesta **permite establecer un punto de referencia en la secuencia temporal, diferenciando los antecedentes inmediatos de las vulnerabilidades**. A partir de ese momento, el terapeuta guía al consultante en la reconstrucción de la secuencia con preguntas detalladas:

- ¿Qué pasó después?
- ¿Qué emoción sentiste?
- ¿Qué pensaste?
- ¿Qué hiciste?
- ¿Qué hicieron los otros?

4. DISPARADOR

Tal y como fue desarrollado anteriormente, de acuerdo con la teoría biosocial de Linehan [1993], las **CP son intentos inmediatos de regular una emoción aversiva, por tanto, el evento que ocurrió justo antes de que el consultante pensara o realizara la conducta problema es el disparador**. De tal forma, el siguiente paso es identificarlo, para lo cual el terapeuta pregunta:

- ¿Cuándo fue la primera vez que pensaste en hacer X?
- ¿Si X no hubiera sucedido, hubieras hecho la CP?

5. CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

Posteriormente, y siguiendo la ley del efecto [Feixas y Miró, 1993], las consecuencias de una acción determinan si esta se repetirá. **Una conducta que genera refuerzo positivo (proporciona un beneficio) o refuerzo negativo (reduce una condición aversiva) es más probable que se mantenga en el tiempo**.

Vemos un ejemplo de ello:

María es la única de su curso que reprueba el examen de ingreso a la Universidad de Medicina. El mismo era sumamente importante para ella, ya que ser médica es uno de sus grandes sueños. Cuando recibe la nota **(disparador)**, comienza a pensar: “Soy la única que desaprobé, soy una tonta y una inútil, nunca voy a poder lograr nada en la vida”.

Ante ese pensamiento, siente mucha vergüenza (**emoción**), pide un auto (acción) y se va rápidamente de la facultad hacia su casa (antecedentes). Llega a su casa, se dirige a su cuarto y se realiza 6 cortes superficiales en el brazo izquierdo (**topografía de la CP**).

Como consecuencias a corto plazo, podemos hallar dos tipos de refuerzos:

Refuerzo negativo: Disminución de la tensión y del dolor en el pecho, desaparición de la vergüenza dando paso a una tristeza más tolerable, focalización en el presente en lugar de en pensamientos rumiativos sobre el futuro.

Refuerzo positivo: Autovalidación emocional (“así de mal me siento”). Luego llega su madre, la encuentra llorando en su cuarto, la abraza y la contiene (obtención de atención y cuidado por parte de una persona significativa).

6. CONSECUENCIAS A MEDIANO PLAZO

Una conducta es considerada problema en DBT cuando **sus consecuencias a mediano plazo interfieren con los objetivos a largo plazo del consultante** (Linehan, 2015). Siguiendo el ejemplo anterior, la madre, tras abrazarla, descubre los cortes en el brazo izquierdo de María, se asusta mucho y la lleva a una guardia psiquiátrica. Tras suturarle algunos de los cortes y llevar a cabo una evaluación exhaustiva de salud mental, los profesionales a cargo deciden que María debe quedarse internada durante el plazo de un mes. Dicha hospitalización le impidió a María presentarse a rendir el segundo llamado del examen de ingreso para la universidad. Como consecuencia, María pierde un año entero sin poder anotarse en la carrera que tanto anhela.

4.2. Análisis de solución y resolución de problemas

Una vez que se ha efectuado un AC exhaustivo, tanto el terapeuta como el consultante deberían ser capaces de identificar qué mantiene la CP y por qué es difícil de extinguir, es decir, su función. **El objetivo del análisis de solución es localizar los déficits o barreras que impiden el desarrollo de una respuesta más adaptativa.**

En este sentido, según Linehan (1993), las dificultades que perpetúan la CP se deben a una o más de las siguientes razones:

1. Déficit de habilidades: El consultante no cuenta con estrategias eficaces para:

- Regular sus emociones.
- Tolerar el malestar.
- Resolver conflictos interpersonales.
- Practicar “mindfulness” de manera efectiva.
- Manejar su comportamiento sin recurrir al autocastigo.

2. Refuerzos que mantienen la conducta disfuncional o falta de refuerzos para conductas más adaptativas.

3. Respuestas emocionales condicionadas que bloquean conductas más efectivas.

4. Creencias o supuestos disfuncionales que inhiben respuestas adaptativas.

A partir del análisis, se diseñan estrategias para modificar los patrones conductuales que llevan a la CP. Entre las intervenciones posibles se incluyen el entrenamiento en habilidades DBT, el manejo de contingencias, la exposición emocional y la reestructuración cognitiva (Linehan, 2015)

4.3. Ejemplo clínico de análisis en cadena

Topografía de la conducta: El día viernes a las 23 hs., Ana ingiere 7 pastillas de clonazepam combinadas con 3 latas de cerveza en su casa.

Vulnerabilidades	Disparador	Antecedentes	Conducta problema	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Ese viernes, Ana había dormido 3 horas porque se había quedado llorando toda la noche por una discusión con su novio, Matías. Había salteado el almuerzo y la merienda.	Ana había quedado en cenar con Matías a las 21 hs. A las 20:45, Matías le envía un mensaje diciéndole que está muy cansado y que prefiere dejarlo para otro día.	Ana piensa: “me está mintiendo”. Me está cancelando sobre la hora porque se quiere separar y no sabe cómo decírmelo. Matías me va a dejar”. Siente mucho miedo y llora durante 20 minutos.	Toma 7 pastillas de clonazepam combinadas con 3 latas de cerveza.	Se siente adormecida emocionalmente y deja de llorar. Le envía audios a Matías en un estado de ebriedad diciéndole que si la quiere dejar, la deje ahora. Que nada tiene sentido. Matías se da cuenta de que algo le sucede, e inmediatamente se apersona en su casa y la consuela. Brindándole calidez y apoyo.	Matías le cuenta lo sucedido a la familia de Ana. Su familia se enoja mucho con ella. Matías toma una actitud distante con Ana durante varios días. Ana se siente alejada de su pareja, vínculo que es de suma importancia para ella.

En este análisis de solución, abordamos la sobreingesta de Ana interviniendo en distintos eslabones de la cadena de la CP¹.

¹ A continuación se mencionarán diversas habilidades. Si bien las mismas no se desarrollan teóricamente a lo largo de este Manual, para una mayor comprensión se recomienda el curso “**DBT: habilidades del modelo terapéutico dialéctico conductual**” a cargo de la Lic. Josefina Mainardi, disponible en la plataforma de Neuro Class.

1. FACTORES DE VULNERABILIDAD

Si queremos reducir la probabilidad de que la conducta se repita, sería clave trabajar en la disminución de los factores de vulnerabilidad. En este sentido, podríamos brindarle a Ana pautas de higiene del sueño para mejorar su descanso, lo que contribuiría a una mejor regulación emocional y anímica. Asimismo, podríamos emplear la habilidad de **Resolución de problemas** para ayudarla a planificar sus comidas y evitar largos períodos de ayuno, estableciendo estrategias como programar alarmas para recordarle comer a horario o preparar previamente sus comidas en momentos de mayor estabilidad emocional.

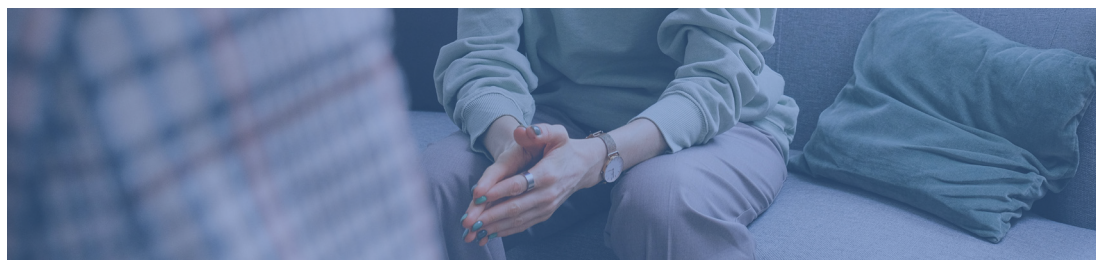
2. ANTECEDENTES A LA CP

En función de modificar los eslabones intermedios que condujeron a la sobreingesta, podríamos entrenar a Ana en habilidades de **Mindfulness de pensamientos**, ayudándola a observar y describir sus pensamientos sin tomarlos como verdades absolutas sobre el mundo, sino como eventos mentales pasajeros. Además, la habilidad de **Verificar los hechos** le permitiría examinar la relación entre su emoción (miedo) y su interpretación ("Matías me va a dejar"), verificando si la emoción se ajusta a los hechos o si está influenciada por su mente emocional y miedo al abandono.

3. INTERVENCIÓN SOBRE LA CP

Para intervenir en el momento crítico de la sobreingesta, podríamos enseñarle a Ana estrategias de **Tolerancia al malestar** que le permitan frenar el impulso de acción de su emoción y generar una pausa antes de actuar. Entre las herramientas específicas, podríamos sugerirle:

- Aplicar la habilidad **STOP** para interrumpir la reacción automática y ganar tiempo antes de actuar.
- Contactar a su terapeuta a través del "coaching telefónico", con el objetivo de recibir apoyo y "surfear" la crisis en ese momento.
- En caso de no poder comunicarse, recurrir a estrategias de inducción de la calma a través de la **activación del sistema parasimpático**, pidiéndole que sumerja su rostro en agua con hielo, lo que podría ayudar a reducir la intensidad de la emoción.
- Realizar **actividad física intensa** durante algunos minutos, buscando generar un cambio en su estado fisiológico.
- Practicar **respiraciones profundas y pausadas** con el fin de promover la autorregulación.
- Una vez que la intensidad emocional haya disminuido, podría utilizar habilidades de **Distracción** como llamar a una amiga o escribirle a algún ser querido para pedir compañía.



4. PREVENCIÓN A FUTURO

Para disminuir la probabilidad de futuras crisis, **se podrían implementar estrategias de modificación del ambiente**, como:

- Limitar el acceso a su medicación psiquiátrica, delegando su administración a un familiar de confianza.
- Retirar el alcohol de su casa para reducir la disponibilidad de medios a los cuales Ana podría considerar recurrir en futuras situaciones de crisis.
- Tener una entrevista con Matías, la pareja de Ana, con la finalidad de orientarlo sobre cómo reforzar conductas adaptativas, y quitar calidez en momentos de conductas desadaptativas de su pareja.
- Tener una entrevista de orientación con los padres de Ana y enseñarles habilidades de Tolerancia al malestar para que puedan ayudar a la consultante a practicar habilidades durante momentos de crisis.

Además, sería útil trabajar en la identificación de **señales tempranas de desregulación emocional**, de modo que Ana sea capaz de intervenir **antes** de llegar a una crisis. Lo anterior, podría incluir en su registro diario el monitorear impulsos de realizar una sobreingesta, así como horas de sueño dormidas y si realizó todas las comidas.



MÓDULO V

Pretratamiento en DBT

Tal y como se mencionó anteriormente, el pretratamiento se refiere al proceso inicial que ocurre **antes de que comience formalmente la terapia**. Posee una duración de entre 1 y 4 sesiones. Dicho período es crucial para establecer una base sólida y asegurar que tanto el terapeuta como el consultante estén preparados para trabajar juntos de manera efectiva durante el tratamiento.

A continuación, se desarrollarán cuáles son los objetivos principales que persigue esta etapa.

5.1. Objetivos del pretratamiento

Para empezar, se **clarifican las metas del consultante**, los lugares a los que quiere llegar en su vida, o el tipo de vida que quiere tener. Aquí, cabe destacar que DBT no es un tratamiento contra el suicidio o las conductas autolesivas, sino un tratamiento para construir una “vida que valga la pena ser vivida”. Terapeuta y consultante exploran qué significará tener una vida valiosa [Boggiano et. al, 2018].

En este sentido, **las personas con Desregulación Emocional, a veces, tienen dificultades para clarificar sus metas**. Así, algunas preguntas recomendadas para abordar metas y adentrarse en las expectativas del consultante podrían ser:

- ¿Cuáles son tus lugares, personas y actividades favoritas?
- ¿Qué tienes en tu vida actualmente que no quisieras perder? ¿Cómo te nutre o mejora eso [o ellos] tu vida? ¿Por qué son importantes para vos?
- ¿Cuándo fue la última vez en que te sentiste alegre? ¿Orgullosa/a?
- ¿Conectado/a? ¿Emocionado/a? ¿Tranquilo/a? ¿Relajado/a? ¿Asombrado/a?
- Para cada uno de los recuerdos emocionales anteriores, identifica:
 - ¿Dónde estabas?
 - ¿Qué estabas haciendo?
 - ¿Quién estaba allí?
 - ¿Hay algo en común en estos momentos?
 - ¿Qué te dicen sobre lo que te hace sentir visto/a/ seguro/a/ bien?
 - ¿Qué te dicen sobre lo que incluye tu “vida que vale la pena vivir”?
- ¿Qué tipos de experiencias de vida o cosas anhelas?
- ¿Qué tipos de comunidades quieres crear?
- ¿Qué logros quieres alcanzar?
- ¿Qué tipo de vida cotidiana te haría sentir increíble?

- Cuando imaginas tu vida significativa e ideal, ¿qué ves?
 - ¿Quién está allí?
 - ¿Quieres estar casado/a o tener pareja romántica?
 - ¿Te gustaría tener hijos?
 - ¿Qué tipo de relaciones quieres tener con tu familia y amigos? ¿Dónde vivís?
 - ¿En qué tipo de hogar vivís?
 - ¿Estás trabajando? Si es así, ¿en qué trabajas?

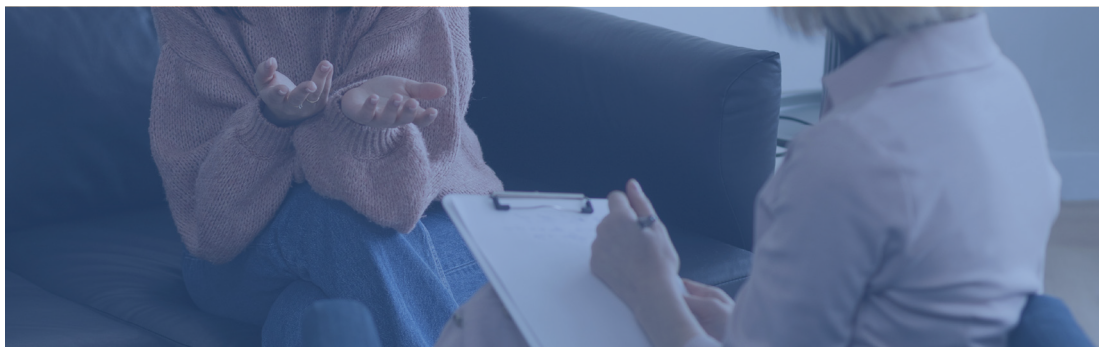
Por otro lado, Boggiano y Gagliesi [2018] desarrollan que, muy probablemente, en el camino hacia las metas, el consultante se tope con una serie de obstáculos: las CP. Es por ello que resulta fundamental, seguidamente de evaluar metas, **establecer cuáles son las CP** que dificultan que el consultante se acerque a las mismas. Puede tratarse de dos tipos de conductas, **algunas conductas que ocurren de más** (consumir sustancias o alcohol, conductas autolesivas, tener explosiones de ira) o **conductas que ocurren poco o nada y que deberían ocurrir más** (salir de la cama, estudiar, manejar más habilidosamente las relaciones interpersonales).

Asimismo, es de especial importancia destacar que hay dos conductas que son un requisito excluyente para poder ingresar a tratamiento DBT: **el compromiso a abandonar las conductas que atentan contra la vida y asistir a terapia**.

En tercer lugar, se socializará el modelo. **Esto implica compartir con el consultante cómo la DBT conceptualiza las CP, y cómo propone cambiarlas en el futuro**. Para facilitar, y que sea más comprensible, el terapeuta puede pedir un ejemplo de la última CP que haya tenido el consultante, hacer un AC y explicarle cómo sus conductas están al servicio de regular una emoción intensa. Asimismo, también podría resaltar que si la persona aprendiera a regular sus emociones o resolver sus problemas de formas más efectivas, sería capaz de prescindir de sus CP y realizar conductas más alineadas a sus metas a largo plazo, en línea con una vida que “valga la pena ser vivida”.

En cuarto lugar, el terapeuta buscará **obtener un compromiso del consultante de cuáles son las CP que se compromete a abandonar**, y que intentará hacer todo lo posible para aprender conductas alternativas. Les pediremos que hagan un compromiso explícito a **mantenerse con vida, durante al menos un año y con el tratamiento en su totalidad**.

Realizado este compromiso, el terapeuta avanzará con introducir el Registro Diario, las funciones del “coaching telefónico”, y realizarán un plan de crisis para utilizar en momentos emocionalmente complejos.



5.2. Estrategias para aumentar el compromiso del consultante

Que una persona que, durante años, realizó CP con el objetivo de poder regular estados emocionales intensos, se comprometa a dejar de realizar estas conductas de un día para el otro y reaprender nuevas conductas, no es tarea fácil. En dicho contexto, el terapeuta DBT cuenta con un conjunto de estrategias para generar o aumentar el compromiso del consultante, las cuales serán desarrolladas a continuación siguiendo los lineamientos de Boggiano y Gagliesi (2018).

A. PROS Y CONTRAS

Evaluar los pros y los contras permite al consultante sopesar las ventajas y desventajas de realizar la terapia. Según Linehan (1993), ayuda a fortalecer el compromiso, al reforzar los beneficios del método terapéutico y preparar contraargumentos ante las dudas que puedan surgir. Resulta fundamental que la persona pueda sentirse libre de expresar sus miedos y sus reservas sobre el tratamiento.

Ejemplo:

Terapeuta (T): “Entiendo que sientas que este tratamiento puede ser desafiante. Hablemos de los beneficios que podrías obtener y de los costos de no intentarlo.”

Consultante(C): “Podría ayudarme a dejar de autolesionarme, pero no sé si voy a poder comprometerme”.

T: “¿Cuáles serían las contras de no intentarlo?”

B. ABOGADO DEL DIABLO

Esta estrategia consiste en que el terapeuta argumente en contra del tratamiento mientras el consultante lo defiende. Esto refuerza el compromiso del consultante y le ayuda a articular razones para continuar. Según Linehan et. al (1978), el objetivo es que el consultante gane la discusión.

Ejemplo:

T: “Me alegra que quieras empezar DBT, pero ¿no crees que es demasiado esfuerzo? ¿Y si no funciona?”

C: “Bueno, sé que es mucho trabajo, pero realmente quiero dejar de sentirme así. Ya intenté otras cosas y ninguna me ayudó”.

C. PIE EN LA PUERTA Y PUERTA EN LA CARA

Estas estrategias de influencia (Goldfried, Linehan & Smith, 1978) incrementan la probabilidad de obtener un compromiso para dejar de realizar una conducta. El objetivo es, primero, pedir un requerimiento más fácil, y una vez logrado un acuerdo sobre ese punto, ir por más.

Puerta en la cara: Se hace un pedido exagerado esperando el rechazo, seguido de uno más razonable.

Ejemplo:

T: “¿Podrías comprometerte a no autolesionarte durante un año?”

C: “Eso es demasiado.”

T: “¿Y si probamos por tres meses?”

- Pie en la puerta: Se comienza con un pedido pequeño y luego se incrementa.

Ejemplo:

T: “Te quiero felicitar porque ya logramos un compromiso de tres meses sin conductas que atentan contra tu vida. ¿Ya que la evidencia indica que este tratamiento funciona mejor si puedes comprometerte al menos durante un año, estarías dispuesto a probar 9 meses de compromiso sin autolesiones ni intentos de suicidio?”

D. CONECTAR COMPROMISOS ACTUALES CON COMPROMISOS PREVIOS

Recordar los compromisos previos del consultante refuerza su sentido de coherencia y responsabilidad (Linehan, 1993).

Ejemplo:

T: “Sé que es difícil practicar habilidades en este momento, pero habíamos acordado que ibas a hacer todo lo posible para mantenerte vivo. ¿Qué habilidad podrías intentar hoy?”

E. RESALTAR LA LIBERTAD DE ACCIÓN Y LA AUSENCIA DE ALTERNATIVAS

Linehan (1993) enfatiza la importancia de que el consultante sienta que el tratamiento es una elección, pero también de resaltar las consecuencias naturales de no seguirlo. El tratamiento es voluntario, y no funcionará del todo si la persona se siente obligada a realizarlo.

Ejemplo:

C: “Todo el mundo me dice qué hacer. Mis padres, mi pareja, estoy harta. No quiero hacer terapia.”

T: “No tienes por qué hacerla, es tu decisión. Pero, ¿qué crees que pasará si te vas? ¿Tus padres y tu novio estarán más o menos pendientes de influir en tus decisiones y en tu vida?”

F. USO DE PRINCIPIOS DE MOLDEAMIENTO

El compromiso puede ser moldeado progresivamente, comenzando con razones iniciales y ampliándolas con el tiempo (Linehan, 1993).

Ejemplo:

C: “Solo quiero seguir vivo por mis gatos. No soportaría abandonarlos”

T: “Eso es importante. Debe ser muy triste para su mascota no ver nunca más a su dueño. En principio, hagamos el compromiso de mantenerte con vida por tus gatos. ¿Te gustaría encontrar más razones con el tiempo?”

G. GENERAR ESPERANZA Y DAR ALIENTO

Por último, uno de los desafíos en DBT es la desesperanza del consultante y, a veces, del terapeuta (Linehan, 1993). Mantener una actitud esperanzadora de que nuevas conductas pueden ser aprendidas es esencial para fortalecer el compromiso.

Ejemplo:

T: “Sé que ahora mismo tienes la sensación de que tu malestar es tan intenso, y tus heridas emocionales tan grandes, que llegas a pensar que nada va a funcionar para ayudarte. Para mí es importante transmitirte que te entiendo, y que al mismo tiempo trabajé con muchas personas que estuvieron en tu misma situación y lograron salir adelante. No tienes que hacerlo solo, estoy acá para ayudarte y para que seamos un equipo”.



MÓDULO VI

Herramientas clínicas

Siguiendo los principios de la dialéctica previamente desarrollados, la DBT integra de manera equilibrada **herramientas de aceptación y de cambio**. Las mencionadas estrategias son utilizadas por los terapeutas y también son enseñadas mediante los talleres a los consultantes y a sus familiares.

Dentro de las estrategias de aceptación, **la validación ocupa un lugar central**, ya que permite reconocer y legitimar la experiencia interna de la persona. Por otro lado, las estrategias de **cambio conductual** se apoyan en principios del aprendizaje, como el refuerzo positivo, el refuerzo negativo, el castigo y la extinción, con el objetivo de aumentar conductas adaptativas y reducir aquellas problemáticas.

A continuación, se describirán cada una de estas herramientas y sus aplicaciones clínicas.

6.1. Validación. Niveles de validación

Tal y como afirma la Dra. Corrine Rhesa Stoewsand en el libro Sumar al amor [2021], la **validación genuina es una manera útil y efectiva de fortalecer todas nuestras relaciones interpersonales, pero especialmente con personas vulnerables, emocionalmente sensibles o emocionalmente volátiles**. Abre la comunicación, genera confianza, fortalece la conexión humana y mantiene relaciones saludables. Así, aprender a validar ayuda a profundizar nuestra compasión por los demás y por nosotros mismos y reduce los conflictos en nuestras relaciones.

La validación afirma que **una experiencia humana subjetiva es auténtica, comprensible o que tiene sentido**. De esta manera, podemos validar con palabras, con el tono de voz, con expresiones faciales, con posturas y movimientos y también con hechos. Incluso podemos validar con pensamientos, con actitudes y con silencio. Además, **la validación genuina es sentida y sincera** [Stoewsand, 2019].

Pero, ¿por qué hablamos de validación en términos de aceptación?

Según Stoewsand [2021], esto es porque **al validar aceptamos al otro como él o ella está en el momento presente**. Esto no significa que aprobemos todo lo que el otro hace. Claro está que los demás hacen muchas cosas que nos molestan. A pesar de ello, también **podemos reconocer que sus emociones son auténticas y que sus deseos son legítimos**. Es una buena idea corroborar la importancia y la relevancia de sus sentimientos.



No estamos dando consejos; no le estamos pidiendo al otro que cambie; no nos estamos resistiendo obstinadamente a ellos. **Estamos aceptando, somos empáticos y estamos abiertos a comprender y confirmar la importancia de su experiencia**.

Por ende, los terapeutas DBT en todo momento debemos validar a nuestros consultantes. Al hacerlo, le comunicamos que **sus acciones, pensamientos, sensaciones físicas, emociones son comprensibles y tienen sentido**. El terapeuta acepta activamente al consultante y lo comunica, tomando su respuesta seriamente sin subestimarla o trivializarla (Boggiano y Gagliesi, 2019).

Por su parte, Linehan [1997] describe que validar es comunicar a un individuo, con palabras o a través de nuestras acciones, que es escuchado y visto, y que sus respuestas y patrones de conductas tienen una validez inherente. Asimismo, la autora conceptualiza que **existen diferentes niveles de validación emocional**. Cada nivel de validación puede ser concebido como una descripción de diferentes formas de validar las conductas de los otros, pero también debe ser entendido como niveles sucesivos en los que el nivel más alto abarca y supera al anterior (Boggiano y Gagliesi, 2019).

NIVEL 1: ESCUCHAR Y OBSERVAR

El primer nivel de validación consiste en **escuchar con plena atención** y demostrar que la experiencia del paciente es importante. Se trata de prestar una escucha activa, sin prejuicios ni interrupciones, transmitiendo con la propia presencia que lo que la persona expresa es significativo. Lo anterior, implica estar verdaderamente presente: abrir los ojos y los oídos, mostrar interés genuino y evitar distracciones.

NIVEL 2: REFLEJAR CON PRECISIÓN

Aquí, el terapeuta **refleja con exactitud lo que el paciente dijo**, asegurándose de que se sienta comprendido sin interpretaciones adicionales. Esto se logra mediante la repetición o el parafraseo de sus palabras.

Ejemplo:

- **Paciente:** “Estoy acá porque me obliga mi familia a venir. No va a servir de nada. La terapia siempre fue una pérdida de tiempo”.
- **Terapeuta:** “Entiendo que tu familia te dijo que tenías que venir y que la terapia no te resultó de utilidad hasta ahora”.

NIVEL 3: EXPRESAR LO NO VERBALIZADO

El siguiente paso consiste en poner en palabras **pensamientos o emociones que el paciente aún no ha expresado de manera explícita**, pero que están implícitos en su discurso. Tal y como afirman Boggiano y Gagliesi [2019], este tipo de validación es especialmente importante con consultantes con Desregulación Emocional. La tendencia a escapar de emociones dolorosas como la vergüenza, la culpa, la humillación, el miedo o la tristeza, genera que respuestas privadas inaceptables, en particular aquellas creencias, deseos, sensaciones o emociones inadmisibles (socialmente o para el consultante) puedan no ser reconocidas. El simple acto de validar lo no verbalizado, comunica tanta aceptación que le da permiso al consultante, por así decirlo, para conocerse a sí mismo mejor de lo que lo había hecho antes.

Ejemplo:

- **Paciente:** “Estoy acá porque me obliga mi familia a venir. No va a servir de nada. La terapia siempre fue una pérdida de tiempo”
- **Terapeuta:** “Estás frustrado y eso tiene sentido. Tu familia te envió a este espacio y sentís que la terapia en el pasado no te sirvió. Debe ser difícil abrirte en este momento conmigo”.

NIVEL 4: HISTORIA DE APRENDIZAJE, ANTECEDENTES NO JUSTIFICADOS POR LOS EVENTOS O POR LA BIOLOGÍA

En este nivel, la validación se centra en cómo la conducta del paciente tiene sentido a la luz de **su historia de aprendizaje, experiencias previas o factores biológicos**. Se ayuda al paciente a comprender que su reacción es comprensible dentro del contexto de su vida.

Ejemplo:

- **Paciente:** “Estoy acá porque me obliga mi familia a venir. No va a servir de nada. La terapia siempre fue una pérdida de tiempo”.
- **Terapeuta:** “Suenas a que estás frustrado. Si en el pasado la terapia no fue útil para vos, es comprensible que no tengas expectativas de que esta vez sea diferente”.

NIVEL 5: VALIDAR EN TÉRMINOS DEL CONTEXTO PRESENTE

Al utilizar este tipo de validación, se busca **reconocer cómo la conducta del paciente tiene sentido dadas sus circunstancias actuales**. Se diferencia del nivel 4 porque en lugar de centrarse en el pasado, se enfoca en lo que está ocurriendo en el **presente**.

Ejemplo:

- **Paciente:** “Estoy acá porque me obliga mi familia a venir. No va a servir de nada. La terapia siempre fue una pérdida de tiempo”
- **Terapeuta:** “Tiene sentido que te sientas así. Estuviste presionado para venir y hasta ahora la terapia no te ha ayudado. Es lógico que dudes de que esta vez sea diferente”.

NIVEL 6: SER RADICALMENTE GENUINO

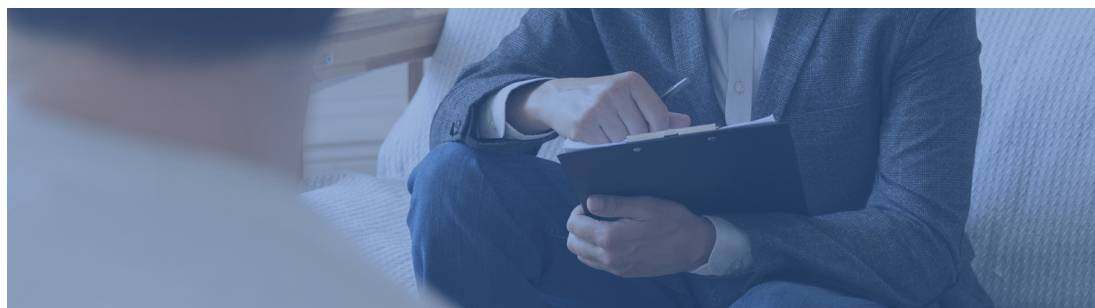
El último nivel representa un cambio profundo con respecto a cómo otros modelos teóricos conciben la relación terapéutica. Cuando utilizamos un nivel 6 de validación, tratamos al consultante como un par. Más allá de validar pensamientos o emociones específicas, se trata de **validar a la persona en su totalidad, tratándola con respeto y autenticidad**. Implica no reducir al paciente a un diagnóstico ni tratarlo como si fuera frágil o un “problema a resolver”.

Aquí, el terapeuta se permite responder de manera natural y honesta, sin una distancia artificial. Esto, a veces, tiene un impacto profundo en pacientes que han experimentado invalidación a lo largo de su vida.

Ejemplo:

- **Paciente:** “Estoy acá porque me obliga mi familia a venir. No va a servir de nada. La terapia siempre fue una pérdida de tiempo”.
- **Terapeuta:** [*Sonríe levemente, con tono genuino y relajado*] “Tiene sentido que lo veas así, después de todo lo que viviste con la terapia. Y te soy sincera, si yo estuviera en tu lugar, probablemente sentiría lo mismo. ¡Nada peor que nuestras familias nos fuercen a hacer cosas que no queremos! No estoy acá para convencerte de nada, pero sí para conocerte y ver si juntos podemos hacer que esto sea una experiencia diferente para vos”.

En resumen, la validación es una herramienta fundamental en la relación terapéutica. Aplicar estos niveles permite no solo fortalecer el vínculo terapéutico, sino también ayudar al consultante a que se sienta comprendido y visto en su totalidad como persona, y no únicamente como un mero diagnóstico. Asimismo, permite desarrollar una mayor comprensión y aceptación de su propia experiencia.



6.2. Estrategias de cambio conductual

Adicionalmente, para que los consultantes dejen de sufrir, **no solo deben aprender a aceptar y validar experiencia, sino que el cambio también es necesario**. Para ello, el modelo utiliza estrategias de cambio conductual que promuevan el aprendizaje de nuevas habilidades. A continuación profundizaremos un poco más sobre ellas.

1. REFUERZO

El refuerzo implica **aumentar la probabilidad de que una conducta deseada se repita** al asociarla con una consecuencia positiva o la eliminación de un estímulo aversivo.

- **Refuerzo positivo:** Se añade un estímulo agradable después de una conducta para aumentar su repetición.

Ejemplo:

Una persona que el proceso terapéutico llama antes de realizar una CP a su terapeuta y se involucra en el uso de habilidades que su terapeuta sugiere, logrando “surfear” el impulso de lastimarse y el terapeuta, al finalizar el llamado, lo felicita y elogia por su esfuerzo. Será más probable que en el futuro el consultante llame si siente deseo de lastimarse.

- **Refuerzo negativo:** Se retira un estímulo desagradable tras una conducta deseada para aumentar su frecuencia.

Ejemplo:

Si un consultante no realiza la tarea del grupo de habilidades y el terapeuta deja de insistirle en que se involucre en la práctica de habilidades para evitar su enojo, esto aumenta la probabilidad de que la persona se enoje, para así no tener que realizar la tarea del grupo de habilidades en el futuro. En este caso, se retira la insistencia como estímulo desagradable para el consultante, y se refuerza negativamente su conducta. Si bien a corto plazo es efectivo para evitar un estallido emocional en el grupo de habilidades, a largo plazo interfiere con que la persona aprenda habilidades que realmente necesita.

2. MOLDEAMIENTO

El moldeamiento consiste en **reforzar aproximaciones sucesivas a una conducta objetivo** hasta que el consultante logre incorporar la habilidad deseada.

Ejemplo:

En el caso de que un paciente con ansiedad social tenga dificultades para hablar en público cuando asiste al grupo de habilidades, el terapeuta puede reforzar primero su presencia en el taller, luego que realice un pequeño comentario y, finalmente, su participación más activa.

3. EXTINCIÓN

La extinción implica **reducir la frecuencia de una conducta no deseada al eliminar los refuerzos que la mantienen**. Cabe aclarar que, cuando se retiran los refuerzos, es posible que se produzca un incremento de la CP antes de que esta disminuya. A dicho fenómeno se lo denomina explosión conductual.

Si una conducta tiene la función de generar atención y validación y uno retira la calidez, esa conducta previsiblemente aumentará. Las primeras veces que se utilicen estas estrategias, puede ocurrir que el paciente exprese aún más su desesperanza, se volverá más frágil, o aumentará sus amenazas de suicidio. De tal manera, Linehan da dos consejos para facilitar el proceso de extinción.

El primero es **encontrar otra conducta que reforzar; el segundo es ocuparse de calmar y dar aliento al consultante** (Boggiano y Gagliesi, 2019). Una forma en la cual puede realizarse esto último es validar al consultante teniendo en cuenta su pasado y su historia de aprendizaje, al mismo tiempo que se le recuerda cuáles son las metas a largo plazo que lo acercarán a una vida que “vale la pena ser vivida”.

Si un consultante obtiene atención y calidez de su entorno cada vez que se autolesiona, el terapeuta debe trabajar con su entorno para que la atención solamente se brinde cuando la persona use las habilidades que fueron enseñadas en sesión y logre atravesar la ola emocional sin lastimarse. En otras palabras, se le solicitará al entorno que retire su atención y calidez cuando se lastime. Cabe destacar que retirar calidez no significa ignorar a la persona ni dejar de validar su sufrimiento, sino **evitar reforzar involuntariamente una conducta que puede mantener su ciclo de malestar**.

Ejemplo:

Si un consultante suele recibir atención inmediata y expresiones intensas de preocupación cada vez que menciona que “no puede soportar más este dolor en su vida”, retirar calidez podría implicar responder con un tono neutro y centrado en la solución, en lugar de mostrar angustia o darle un nivel de atención desproporcionado. En lugar de decir con voz alarmada: “¡No digas eso, me preocupa muchísimo!”, se podría responder con serenidad: “Entiendo que te sentís así en este momento, ¿qué habilidad podríamos practicar ahora?”.



4. CASTIGO

El castigo en DBT no se usa de manera aversiva, sino como una forma de **modificar conductas ineficaces al presentar consecuencias naturales o pérdidas de reforzadores**. Resulta relevante clarificar que el castigo se utiliza a su vez que se enseña una conducta alternativa.

Ejemplo:

Si quien consulta se comprometió a realizar los registros diarios y luego viene a sesión sin traerlos, el terapeuta puede expresar su frustración y retirar su calidez. Por ejemplo, con una expresión seria, podría decirle: “cuando no traes los registros, yo me siento frustrada porque pensé que habíamos acordado comenzar nuestros encuentros revisando los registros para así poder organizar la jerarquía de conductas a trabajar”.

En definitiva, las estrategias de cambio permiten a las personas con Desregulación Emocional el **desarrollar habilidades para poder acercarse a sus metas a largo plazo**, sin que conductas problemáticas interfieran con las mismas.



MÓDULO VII

Entrenamiento en habilidades DBT

Boggiano y Gagliesi (2019), refieren que uno de los principales desafíos de los consultantes con Desregulación Emocional es que se les exige **cambiar su comportamiento sin que se les enseñe cómo hacerlo**. En DBT, el entrenamiento en habilidades cumple esta función, proporcionando un **aprendizaje estructurado para desarrollar conductas más efectivas**.

Para enseñar una habilidad compleja, es necesario un enfoque progresivo, es decir, con varios pasos:

- **Instrucción:** Explicación detallada de la conducta esperada.
- **Modelado:** Demostración de la conducta por parte del terapeuta.
- **Ensayo conductual:** Práctica guiada de la habilidad.
- **“Feedback”:** Retroalimentación en el momento para corregir y reforzar aprendizajes.
- **Validación:** Reconocimiento de la dificultad de la tarea y el esfuerzo del consultante.
- **Generalización:** Aplicación de la habilidad en diversos contextos.

En este contexto, el entrenamiento se lleva a cabo en el **Grupo de Entrenamiento en Habilidades (GEH)**, donde los consultantes aprenden estrategias para manejar sus emociones, mejorar sus relaciones y tolerar el malestar. A su vez, mientras la terapia individual se centra en motivar y eliminar barreras para la implementación de estas habilidades, el “coaching” telefónico facilita su generalización en la vida diaria [Linehan, 2015].

En palabras de Skinner (1953): “El aprendizaje no es un cambio en el pensamiento, sino un cambio en la probabilidad de conducta”. Desde dicha perspectiva, la DBT enfatiza la enseñanza de habilidades para promover cambios a largo plazo en la vida de los consultantes.

Por lo anterior, creemos que es importante desarrollar **cómo se estructura GEH y cuáles son los acuerdos y reglas que rigen el mismo**.

7.1. Cómo se estructura un entrenamiento en habilidades DBT

Un GEH se encuentra diseñado para **enseñar capacidades específicas a los consultantes en un formato estructurado**. Se diferencia de un grupo terapéutico convencional, ya que se asemeja más a una clase universitaria en la que los coordinadores presentan temas y los participantes aprenden activamente (Boggiano et al., 2019).



7.1.1. Estructura y duración

Un GEH está compuesto por entre **seis y diez participantes y es conducido por dos coordinadores**. Se lleva a cabo una vez por semana con una duración de dos horas y puede realizarse tanto en formato presencial como virtual. Además, el programa se divide en cuatro módulos de habilidades:

- **“Mindfulness”**
- **Efectividad interpersonal**
- **Regulación emocional**
- **Tolerancia al malestar**

Las mencionadas habilidades se enseñan con fichas específicas contenidas en el “Manual de Entrenamiento en Habilidades DBT para el/la consultante” de Linehan [2020]. Si bien completar **el programa completo toma entre seis y nueve meses, es recomendable realizar dos vueltas completas al programa** para reforzar la adquisición y aplicación.

7.1.2. Estructura de una sesión

Cada sesión de un GEH sigue una secuencia establecida:

1. Práctica de “Mindfulness” (5-10 minutos): Guiada por uno de los coordinadores.

2. Análisis de los Enlaces Perdidos (AEP) (10 minutos): El AEP es una herramienta que ayuda a identificar por qué una persona no realizó una conducta hábil o efectiva en una situación específica. Principalmente, se usa para explorar qué factores impidieron que la persona usara una habilidad, con el objetivo de corregir los problemas y mejorar su implementación en el futuro. La guía de preguntas que compone esta herramienta es la siguiente:

- ¿Cuál era la conducta específica que se suponía que debías realizar?
- ¿Realmente entendiste qué se esperaba de vos en ese momento?
- ¿Hubo algún obstáculo externo que te impidió hacer la conducta?
- ¿Notaste en el momento que necesitabas hacer esa conducta?
- Si notaste la necesidad de actuar, ¿consideraste hacerlo?
- Si consideraste hacerlo, ¿hubo algún pensamiento o sentimiento que te impidió hacerlo?
- ¿Conocías la habilidad o sabías cómo aplicarla en ese contexto?
- ¿Recordaste la habilidad en el momento en que la necesitabas?
- ¿Estabas físicamente en condiciones de realizar la conducta?
- ¿Qué podrías haber hecho diferente para aumentar la probabilidad de realizar la conducta en el futuro?

- 3. Revisión de la tarea (50 minutos):** Se revisa la tarea de todos los participantes sin omitir a nadie.
- 4. Recreo (15 minutos):** Momento de descanso y socialización supervisada.
- 5. Instrucción, modelado y ensayo de la nueva habilidad (50 minutos):** Se enseña la nueva habilidad, se llevan a cabo ejercicios de práctica y se ofrece “feedback” y validación.
- 6. Asignación y compromiso de tarea (10 minutos):** Se asigna una tarea para la semana siguiente.
- 7. Cierre:** Se verifica que los consultantes salgan de la sesión sin estar activados emocionalmente.

7.1.3. Roles de los coordinadores

El GEH cuenta con dos coordinadores con roles diferenciados:

- **Coordinador principal:** Lidera la sesión, introduce el nuevo material, facilita la práctica de tareas y gestiona el tiempo.
- **Co-coordinador:** Se enfoca en la dinámica grupal, gestiona tensiones, ofrece explicaciones adicionales y brinda apoyo individual cuando es necesario.

Mientras el coordinador está mirando al grupo como un todo, el co-coordinador mantiene un enfoque en cada miembro individual, notando cualquier necesidad de atención particular, abordándola directamente durante las sesiones o consultando con el coordinador principal durante descansos.

7.1.4. La importancia del contexto grupal

Si bien las habilidades pueden enseñarse individualmente, el contexto grupal es fundamental. Linehan [2020] señala que en el GEH, es posible que los terapeutas observen y trabajen con las conductas interpersonales de los consultantes en tiempo real. Además, el **grupo ofrece validación y apoyo mutuo, lo que fortalece la adherencia al tratamiento**. A lo anterior, se le suma el hecho de que la DBT fomenta que los consultantes interactúen fuera de las sesiones, siempre que esos vínculos puedan ser discutidos dentro del grupo.

Desde la experiencia clínica, se ha observado que un **clima colaborador y de camaradería entre los participantes aumenta la cohesión grupal**. Inclusive, muchos consultantes refieren que el día del GEH es su favorito de la semana, ya que encuentran allí un espacio de apoyo y compromiso mutuo.

Por último, el formato grupal permite los terapeutas tengan la oportunidad de **observar y trabajar con conductas interpersonales que aparecen en las relaciones entre compañeros**, pero que rara vez ocurren en sesiones de terapia individual.



7.1.5. Grupos Abiertos vs. Cerrados

Sin embargo, resulta importante que antes de iniciar un GEH, los coordinadores decidan si será abierto o cerrado:

- **Grupo abierto:** Es posible que nuevos miembros ingresen en cualquier momento.
- **Grupo cerrado:** No se permiten nuevos ingresos una vez iniciados.

Si bien los grupos cerrados tienden a fomentar una mayor cohesión grupal, **Linehan (2020) recomienda la modalidad de grupo abierto en el entrenamiento en habilidades DBT** debido a sus múltiples beneficios terapéuticos. Uno de los principales motivos es que permite el ingreso continuo de nuevos participantes, lo que facilita que aquellos **consultantes con dificultades para manejar el cambio puedan practicar la adaptación en un entorno estructurado y seguro.**

Además, los grupos abiertos reflejan de forma más realista la naturaleza de la vida cotidiana, donde las personas deben interactuar con diferentes individuos en distintos momentos. Esto **ayuda a fortalecer la flexibilidad, la tolerancia a la incertidumbre y la capacidad de generar nuevas conexiones interpersonales.** También favorece la generalización de habilidades, ya que la variabilidad en los participantes expone a los consultantes a diversas perspectivas y estilos de afrontamiento.

Otro punto clave es el **acceso al tratamiento.** Los grupos abiertos permiten que los consultantes inicien su entrenamiento en habilidades sin largos períodos de espera, lo que es fundamental para quienes necesitan herramientas de regulación emocional de manera inmediata.

De esta forma, el modelo abierto contribuye a la accesibilidad, la práctica de habilidades en contextos dinámicos y el desarrollo de una mayor tolerancia al malestar.

7.1.6. Integración con la terapia individual

Paralelamente, lo aprendido en el GEH **se trabajan en terapia individual**, donde se aplican a situaciones específicas alineadas con los objetivos. Por ello, es **esencial que los terapeutas individuales también estén formados en habilidades DBT.** La mejor forma de adquirirlas es haber participado previamente en un GEH como parte del entrenamiento profesional (Boggiano et al., 2019).

En terapia individual, el terapeuta refuerza el uso de habilidades a través del AC de una CP y del análisis de solución. También guía la aplicación de estrategias en el aquí y ahora de la sesión.

A su vez, los coordinadores del grupo mantienen comunicación constante con los terapeutas individuales, proporcionando “feedback” sobre el desempeño de los consultantes. Si uno de ellos no completa sus tareas o no sigue los lineamientos esperados, su terapeuta individual abordará esta conducta en sesión, conceptualizándola como una interferencia en el tratamiento y trabajando en su modificación.

7.2. Acuerdos del entrenamiento de habilidades

Cabe destacar que, durante el primer encuentro del GEH se lleva a cabo una sesión de orientación. El objetivo de la misma es presentar a los miembros entre sí y a los coordinadores, explicar los aspectos estructurales del entrenamiento (por ejemplo, formato, reglas y horarios de reuniones), informar sobre el enfoque y objetivos del programa, y motivar a los participantes para aprender y practicar las habilidades. En resumen, **se busca generar condiciones motivacionales y clarificar el encuadre.**

Como parte de la orientación, **los coordinadores y participantes leen en conjunto los acuerdos del GEH, los cuales regirán a lo largo de todo el entrenamiento**, los cuales también se revisan cada vez que ingresa un nuevo participante. Profundicemos un poco más sobre ellos.

7.2.1. Asistencia y compromiso con el entrenamiento

En primer lugar, **los participantes que abandonan el entrenamiento no quedan fuera de forma automática.** Solo aquellos que pierden cuatro semanas consecutivas de sesiones se consideran fuera del tratamiento, no pudiendo reingresar hasta que finalice el período de su contrato de tratamiento.

Por ejemplo, si un consultante se ha comprometido a un año de tratamiento y pierde cuatro semanas seguidas en el sexto mes, estará fuera durante los seis meses restantes. Finalizado ese plazo, puede negociar con los entrenadores y el grupo su readmisión. Esta regla también aplica a la psicoterapia individual en DBT. **Cabe resaltar que diversos estudios han demostrado que las tasas de deserción en programas DBT de un año son relativamente bajas**, y se presume que se debe a la claridad en las reglas sobre compromiso y asistencia (Linehan, 1993).

7.2.2. Apoyo mutuo

Los participantes del GEH se comprometen a apoyarse mutuamente durante el entrenamiento. El apoyo se manifiesta de diversas formas, tales como:

- Preservar la confidencialidad de lo compartido en las sesiones.
- Asistir regularmente a las reuniones.
- Practicar las habilidades entre sesiones.
- Validar a otros integrantes.
- Brindar retroalimentación de manera no crítica ni juiciosa.
- Estar dispuesto a aceptar la ayuda de otros, ya sean los entrenadores o compañeros del grupo.

7.2.3. Puntualidad y aviso de inasistencia

Los participantes deben avisar con anticipación si llegarán tarde o faltarán a una sesión. Esta regla cumple varios propósitos:

1. Es un acto de cortesía hacia el grupo y los entrenadores.
2. Agrega una conducta adicional al hecho de faltar, lo que **refuerza la responsabilidad**.
3. Refuerza la importancia de la asistencia y puntualidad.
4. Informa a los entrenadores sobre las razones de la ausencia.

7.2.4. Evitar conductas problemáticas en el grupo

Se espera que **los participantes no tientan a otros a involucrarse en conductas problemáticas**. Esto implica:

- **No asistir a las sesiones bajo los efectos del alcohol o drogas.** Sin embargo, si han consumido, deben actuar de manera sobria durante la sesión. Esto se realiza con el objetivo de que para los consultantes con trastornos por uso de sustancias, una regla que dice que no se debe acudir a las sesiones cuando se consume pueda ser utilizada como una buena excusa para no ir. Además, Linehan (2020) refiere que el aprendizaje y la práctica de las habilidades cuando están bajo la influencia de drogas o alcohol son particularmente importantes. Ese es definitivamente el momento en que se necesitan.
- **No compartir descripciones detalladas de conductas autolesivas, uso de sustancias, atracones o conductas purgativas en el GEH.** Estas descripciones podrían generar un efecto de imitación en otros participantes con desregulación emocional.
- **No comunicarse con otros participantes después de realizar una CP,** con el objetivo de evitar el refuerzo de dichas conductas.

7.2.5. Relaciones entre participantes fuera de las sesiones

Aunque la DBT fomenta el apoyo entre los participantes fuera de las sesiones, se establecen límites claros para prevenir conflictos interpersonales. La regla principal es que **no deben generarse vínculos privados que no puedan ser discutidos en el grupo**. Lo anterior, permite que cualquier problema interpersonal que surja se aborde dentro de las sesiones, favoreciendo la **aplicación de habilidades y el desarrollo de relaciones efectivas**. Sin embargo, cuando una relación no puede ser mencionada abiertamente y los conflictos se intensifican, el malestar resultante dificulta, e incluso impide, la asistencia de uno o ambos participantes, ya sea a nivel emocional o físico.

En caso de que dos participantes estén vinculados siendo pareja íntima, **los entrenadores deben asignarlos a diferentes grupos**. Si los dos participantes inician una relación, uno de ellos deberá abandonar el grupo.

7.2.6. Tratamiento individual obligatorio para participantes con ideación suicida

Los participantes que presentan ideación suicida deben estar en tratamiento individual para poder continuar en el GEH. Esta condición se establece durante el pretratamiento y no durante las sesiones grupales.

Para aquellos en terapia DBT individual, faltar a cuatro sesiones consecutivas también da como resultado la pérdida del derecho a participar en el GEH. Si están en otra modalidad de terapia individual, deben seguir las pautas de asistencia de ese tratamiento.

Es fundamental que los participantes busquen ayuda adicional cuando tengan dificultades para implementar las habilidades aprendidas. Sobreestimar su capacidad de aprendizaje sin apoyo podría generar desilusiones y desesperanza (Linehan, 2015).



7.3. Observación de límites

DBT enfatiza la importancia de observar los límites naturales en lugar de imponer restricciones arbitrarias. Sin embargo, en el GEH sí se establecen ciertas reglas para mantener la estructura del entrenamiento. Las mismas hacen referencia al rol de los entrenadores y a la comunicación por fuera del entrenamiento de parte de los participantes hacia los coordinadores.

7.3.1. Rol de los entrenadores

Los entrenadores del GEH no funcionan como terapeutas individuales durante las sesiones. Su rol es similar al de un profesor universitario o de secundaria: enseñar habilidades conductuales y facilitar la dinámica grupal.

7.3.2. Comunicación con los entrenadores

El contacto con los entrenadores fuera de las sesiones debe ser limitado. Los participantes pueden enviar mensajes o correos electrónicos en los siguientes casos:

Avisar sobre una ausencia.

Informar sobre un problema interpersonal grave con un entrenador o un compañero de grupo que no pueda resolverse en sesión.

Cualquier otro tipo de contacto debe ser tratado dentro del espacio del GEH para mantener la estructura del entrenamiento.

En resumen, el cumplimiento de estas reglas y acuerdos permite que el GEH funcione de manera efectiva, brindando un ambiente estructurado y seguro para que los participantes desarrollen sus habilidades. La claridad en las reglas promueve la adherencia al tratamiento y refuerza el compromiso con el proceso terapéutico.



MÓDULO VIII

Habilidades DBT

Diversos autores señalan que **es posible pensar a todas las conductas como habilidades que pueden practicarse**, y que, en resumen, DBT es una terapia donde los consultantes aprenden conductas más habilidosas. En este sentido, podemos pensar todas las estrategias de cambio como estrategias de Aprendizaje de habilidades. **El consultante aprende (y practica) nuevas maneras de pensar, de sentir y de actuar que aumentan sus probabilidades de alcanzar sus metas** [Boggiano et al., 2019].

Por lo descrito previamente a lo largo de este manual, sabemos que existen cuatro módulos de habilidades. Cabe destacar que no hay datos empíricos que sugieran en qué orden revisar cada módulo en los GEH. La única pauta recomendada es que el primero debe ser “mindfulness”, dado que los contenidos allí presentes se tejen a lo largo de los restantes módulos. En la mayoría de los programas dictados en el mundo, posteriormente se propone que el orden de los siguientes módulos sea efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar [Boggiano et. al, 2019].

A continuación se describirán las características principales de los cuatro módulos de habilidades propuestos.

8.1. Características generales de las habilidades de mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar

8.1.1. Mindfulness

Las habilidades de “mindfulness” son fundamentales dentro del tratamiento DBT, ya que **constituyen la base sobre la que se construyen lo demás**, y se revisan al inicio de cada módulo de tratamiento [Linehan, 2020]. Son las únicas que se destacan a lo largo de todo el proceso terapéutico, enfatizando su importancia tanto para los consultantes como para los terapeutas. De tal manera, **su práctica con regularidad por parte de los profesionales de la salud ha demostrado estar asociada con mejores resultados terapéuticos y mayor efectividad en la intervención clínica** [Boggiano, 2021].

Desde su origen, fue diseñada como una traducción psicológica y conductual de prácticas de meditación de tradiciones espirituales orientales, adaptadas a un marco secular para su uso clínico [Linehan, 2020]. A diferencia de algunas formas tradicionales de meditación, **el “mindfulness” en DBT no requiere una orientación religiosa ni compromisos filosóficos específicos**, permitiendo que cualquier persona se beneficie de su entrenamiento sin importar sus creencias [Gagliesi, 2022].

Particularmente, se refiere a la calidad de la conciencia y la presencia que una persona aporta a su vida diaria. Su práctica implica **observar, describir y participar en la realidad de manera intencional, sin juzgar, en el momento presente y con efectividad** [Linehan, 2020]. En términos clínicos, el “mindfulness” facilita la regulación emocional al permitir que las personas experimenten sus **pensamientos y emociones sin evitar, suprimir o aferrarse rígidamente a ellos** [Boggiano, 2021].

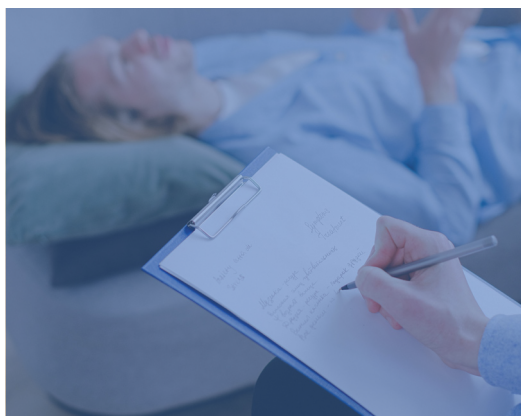
Al mismo tiempo, este concepto también se vincula con el concepto de **“mente de principiante”**, una actitud de apertura y curiosidad hacia cada experiencia como si fuera la primera vez que se experimenta (Linehan, 2020). En este sentido, “mindfulness” no significa controlar o aferrarse al presente, sino **aceptar la fluidez de cada momento a medida que surge y desaparece**. La evitación de experiencias presentes, ya sea mediante distracción, supresión o negación, es contraproducente para el bienestar psicológico y la regulación emocional (Gagliesi, 2022).

Retomando lo anteriormente mencionado, a nivel clínico, constituye una habilidad de iniciación en DBT, especialmente útil para **personas que aún no logran regularse lo suficiente como para practicar meditación formal**. Sin embargo, incluso individuos con una práctica avanzada en meditación han encontrado una forma efectiva de integrar “mindfulness” en la vida cotidiana (Boggiano, 2021). La práctica repetida consiste en **regresar una y otra vez la atención al momento presente, dejando de lado juicios y apegos a pensamientos, emociones o situaciones externas**.

Dentro de su utilización en DBT, es importante **distinguir entre “mindfulness” y meditación**. Si bien la meditación formal es una práctica de “mindfulness” realizada en quietud y silencio, el **“mindfulness” en sí mismo no requiere meditación** (Linehan, 2020). Consecuentemente, muchas personas pueden beneficiarse de la práctica de “mindfulness” sin necesidad de adoptar una práctica de meditación estructurada, lo que lo hace accesible para una amplia población clínica (Gagliesi, 2022).

- **En DBT la práctica de “Mindfulness” persigue tres objetivos:** Reducir el sufrimiento y aumentar la felicidad: Ayuda a disminuir el dolor, la tensión y el estrés, mejorando la salud física, la tolerancia al malestar y las relaciones interpersonales.
- **Incrementar el control de la mente:** Permite gestionar mejor la atención, reduciendo la influencia de las emociones. Además, fomenta el desapego de pensamientos y sensaciones, diferenciando entre hechos y eventos privados. También disminuye la reactividad emocional, promoviendo la aceptación sin intentar modificar la experiencia.
- **Experimentar la realidad tal como es:** Facilita la conexión con el momento presente, reduciendo la influencia de juicios y constructos mentales.

A su vez, el módulo contiene tres secciones: Mente sabia; Habilidades centrales “qué” y “cómo”; Otras perspectivas en “mindfulness”.



En conclusión, el “mindfulness” en la DBT refiere a un entrenamiento de la atención que permite desarrollar mayor conciencia del presente, sin juicios ni apego a experiencias internas o externas. Su **implementación no solo beneficia a los consultantes, sino también a los terapeutas, promoviendo mejores resultados clínicos y mayor estabilidad emocional en la práctica profesional** (Boggiano, 2021; Linehan, 2020; Gagliesi, 2022).

8.1.2. Efectividad interpersonal

El lenguaje es el principal medio de comunicación entre las personas, permitiéndonos expresar nuestro mundo interno y comprender a los demás. Sin embargo, **los mal-entendidos y las dificultades para lograr una comunicación efectiva forman parte inherente de la interacción humana**. En este sentido, el conflicto no es un evento aislado ni exclusivo de algunas familias, sino una realidad frecuente en las relaciones interpersonales (Pechón, 2021).

Para abordar dichas dificultades, la psicología ha desarrollado el concepto de **asertividad**, definido como la **capacidad de expresar deseos y necesidades de manera clara y directa, manteniendo al mismo tiempo el respeto hacia el otro**. Es decir, una conducta es asertiva cuando una persona logra comunicar sus pensamientos y emociones con precisión, escucha activamente a su interlocutor y resuelve problemas de manera efectiva, reduciendo la probabilidad de futuros conflictos (Pechón, 2021). **Sin embargo, la asertividad no es una habilidad innata en la mayoría de las personas, sino una competencia a desarrollar, que requiere entrenamiento, atención y práctica constante.**

En el contexto del tratamiento DBT, las **dificultades en la comunicación y en las relaciones interpersonales son especialmente relevantes en personas con Desregulación Emocional**. Las mencionadas dificultades suelen manifestarse en vínculos caóticos, expresiones emocionales extremas o, por el contrario, inhibición de la expresión emocional. De esta forma, la falta de estrategias efectivas para tolerar el malestar y gestionar emociones como el miedo, la vergüenza o el enojo, muchas veces, **llevan a dificultades para hacer pedidos adecuados, expresar opiniones o establecer límites de manera efectiva** (Linehan, 2020).

Por ello, el módulo de **habilidades de efectividad interpersonal** en DBT tiene como objetivo enseñar estrategias que permitan a los consultantes:

- Expresar sus necesidades y deseos de manera efectiva.
- Conseguir que los demás tomen en serio sus opiniones.
- Decir “no” de forma clara y respetuosa.
- Construir y fortalecer relaciones interpersonales.
- Terminar relaciones destructivas o insatisfactorias.
- Equilibrar la aceptación y el cambio dentro de las relaciones (Linehan, 2020).

Para lograr estos objetivos, DBT enseña tres conjuntos de habilidades interpersonales:

1. Obtener objetivos interpersonales sin dañar la relación ni el respeto propio.

Lo anterior implica comunicar necesidades de manera efectiva, asegurando que el otro se sienta valorado y respetado en el proceso.

2. Construir y fortalecer relaciones saludables mientras se eliminan las

destructivas. Se trabajan estrategias para establecer lazos significativos y mantenerlos, así como para reconocer cuándo es necesario poner fin a una relación perjudicial.

3. Caminar por el sendero del medio en las relaciones. Esto conlleva encontrar un balance entre las propias necesidades y las de los demás, aprendiendo a negociar y mantener la flexibilidad sin perder de vista los propios valores y objetivos [Linehan, 2020; Boggiano, 2021].

Resumiendo, las habilidades de efectividad interpersonal en DBT ofrecen un **marco estructurado para mejorar la comunicación y la calidad de las relaciones**. Su enseñanza es esencial para ayudar a los consultantes a interactuar de manera más efectiva, reducir conflictos innecesarios y fomentar vínculos más saludables y equilibrados.

8.1.3. Regulación Emocional

Asimismo, las dificultades para regular emociones dolorosas son un factor central en numerosos problemas conductuales. Para muchas personas, el sufrimiento emocional se percibe como el problema principal, y las conductas disfuncionales—como la autolesión, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, la supresión emocional, el control excesivo o el caos interpersonal—se convierten en intentos de afrontar o mitigar ese malestar [Linehan, 2020].

Aquellas personas con alta sensibilidad emocional, emociones de gran intensidad o un malestar frecuente pueden beneficiarse del aprendizaje de habilidades de regulación emocional. Sin embargo, este proceso puede ser especialmente desafiante, ya que muchas han sido invalidadas a lo largo de su vida con frases como “si cambiaras tu actitud, te sentirías mejor” [Linehan, 2020]. Además, **algunas provienen de entornos en los que se espera un control absoluto de las emociones, lo que refuerza la intolerancia hacia la propia vulnerabilidad**. En otros casos, la resistencia a regular las emociones surge del temor a validar la perspectiva de quienes las han invalidado, lo que genera una lucha interna entre el deseo de mejorar y la necesidad de defender su derecho a sentir.

Por ello, en DBT la **enseñanza de la regulación emocional debe darse en un contexto de autovalidación**, donde el consultante aprenda a reconocer sus emociones como legítimas y naturales, incluso cuando desee modificarlas [Linehan, 2020].

El desarrollo de estas habilidades requiere la aplicación de “mindfulness”, que permite observar y describir las respuestas emocionales sin juicios. Desde una perspectiva teórica, gran parte del sufrimiento emocional proviene de respuestas emocionales secundarias —como vergüenza intensa, ansiedad o enojo— ante una emoción primaria. Mientras que las emociones primarias suelen ser adaptativas y apropiadas para el contexto, las secundarias amplifican el malestar. Por lo tanto, una estrategia clave para reducir este sufrimiento es **la exposición a la emoción primaria en un ambiente sin prejuicios**, utilizando “mindfulness” como técnica de regulación emocional [Linehan, 2020].



En este sentido, Boggiano y Gagliesi (2019) describen cuatro objetivos principales dentro del entrenamiento en regulación emocional:

1. Comprender y nombrar las emociones.

- Identificar, observar y describir las propias emociones.
- Reconocer su función adaptativa y comunicacional.

2. Disminuir la frecuencia de emociones no deseadas.

- Aprender estrategias para prevenir emociones problemáticas antes de que se intensifiquen.
- Modificar estados emocionales una vez que han comenzado.

3. Reducir la vulnerabilidad emocional y aumentar la resiliencia.

- Desarrollar estrategias para afrontar dificultades sin amplificar el malestar.
- Fomentar la generación de emociones positivas.

4. Disminuir el sufrimiento emocional.

- Manejar emociones extremas sin recurrir a conductas que empeoren la situación.
- Aprender a tolerar el malestar sin necesidad de evitarlo o suprimirlo.

Entonces, para conseguir los objetivos previamente descritos, el módulo de regulación emocional en DBT se estructura en cuatro habilidades principales (Linehan, 2020):

1. Comprender y nombrar las emociones. Aprender a identificar y etiquetar las emociones con precisión.

2. Modificar la respuesta emocional. Desarrollar estrategias para cambiar la intensidad y duración de una emoción cuando sea necesario.

3. Reducir la vulnerabilidad emocional. Implementar hábitos que favorezcan el bienestar emocional y la estabilidad.

4. Manejar emociones extremas. Aprender a tolerar emociones intensas sin recurrir a estrategias desadaptativas.

Concluyendo, las habilidades de regulación emocional en DBT permiten a los consultantes comprender mejor sus estados emocionales, reducir la intensidad del malestar y desarrollar respuestas más adaptativas. Sin lugar a dudas, su práctica sistemática facilita la construcción de una vida con mayor estabilidad emocional y bienestar psicológico.

8.1.4. Tolerancia al malestar

La mayoría de los enfoques en salud mental se centran en cambiar los eventos y circunstancias que generan malestar, sin prestar suficiente atención a la aceptación, la búsqueda de significado y el aprendizaje para tolerarlo. La DBT enfatiza la **importancia de desarrollar la capacidad para soportar el dolor de manera efectiva**, ya que lo considera un componente esencial de la salud mental, por al menos, dos razones.

En primer lugar, el sufrimiento y el malestar son parte inevitable de la vida; no pueden evitarse ni eliminarse por completo. La incapacidad para aceptar esta realidad conduce, paradójicamente, a un aumento del sufrimiento. En segundo lugar, **la tolerancia al malestar, al menos en el corto plazo, es fundamental para cualquier intento de cambio.** Sin esta habilidad, los esfuerzos por evitar o escapar del malestar, a través de conductas impulsivas o desadaptativas, interferirán con el desarrollo de cambios significativos.

Consecuentemente, la tolerancia al malestar **constituye una progresión natural de las habilidades de “mindfulness”.** Se basan en la capacidad de aceptar, de manera no evaluativa ni crítica, tanto a uno mismo como a la situación presente.

Además, **implica percibir el entorno sin exigir que sea diferente.** Es decir, **experimentar las emociones sin intentar modificarlas y observar los pensamientos y patrones de acción sin tratar de controlarlos o detenerlos.**

Por último, es **importante destacar que la aceptación no debe confundirse con la aprobación. Aceptar la realidad tal como es no significa estar de acuerdo con ella, sino reconocerla sin resistencia** [Linehan, 2020].

Las estrategias de tolerancia al malestar en DBT se dividen en dos grandes categorías:

- 1. Habilidades para sobrevivir a las crisis:** Dirigidas a manejar situaciones de alta intensidad emocional sin recurrir a conductas impulsivas que empeoren la situación. Esto incluye crisis provocadas por factores internos o externos, incluidas aquellas relacionadas con conductas adictivas [Linehan, 2020].
- 2. Habilidades para aceptar la realidad:** Centradas en aceptar la vida tal como es en el momento presente, en lugar de quedar atrapado en la resistencia a la realidad [Boggiano y Gagliosi, 2021].

Sabemos que la distinción entre estrategias de aceptación y estrategias de cambio no siempre es clara, ya que la tolerancia al dolor a corto plazo es necesaria para lograr cambios a largo plazo. Sin embargo, **lo que caracteriza a las habilidades de tolerancia al malestar en DBT es que no buscan cambiar el problema, sino manejarlo de manera efectiva cuando no puede modificarse en el momento.** Mismamente, muchos de los problemas que enfrentamos en la vida no es posible resolverlos de inmediato, e incluso algunos nunca podrán cambiarse, como la muerte de un ser querido. Negarse a aceptar estas realidades solo intensifica el sufrimiento [Linehan, 2020].

De esta manera, la tolerancia al malestar tienen tres objetivos principales:

- 1. Sobrevivir a situaciones de crisis sin empeorar la situación.**
- 2. Aceptar la realidad,** transformando el sufrimiento y la sensación de estar estancado en un dolor manejable que permita seguir adelante.
- 3. Desarrollar mayor libertad emocional,** reduciendo la necesidad de satisfacer demandas externas o impulsos internos desregulados.

En síntesis, este módulo de DBT ofrece **herramientas para sobrellevar el malestar sin agravar las circunstancias y para aceptar la realidad cuando no se puede cambiar.** Al integrar estas habilidades, los consultantes pueden mejorar su regulación emocional y desarrollar una vida más significativa y alineada a sus metas a largo plazo.

8.2. Articulación con casos clínicos

La DBT es un tratamiento altamente estructurado y respaldado teóricamente. Sin embargo, cuando trabajamos con personas que experimentan un profundo sufrimiento, **es fundamental poder articular los conceptos teóricos con su aplicación clínica**. La integración de la teoría con la práctica permite que las estrategias de DBT sean más accesibles y efectivas para aquellos colegas que estén comenzando a interiorizarse con el modelo.

A continuación, se presentará un caso clínico basado en mi experiencia terapéutica real. Para proteger la identidad de todas las personas mencionadas, se han modificado y ficticiado diversos datos, como nombre, género, edad y lugar de nacimiento. A través de este caso, se explorará cómo la teoría biosocial de la Desregulación Emocional explica el desarrollo de las dificultades de la consultante y cómo se aplican, etapa por etapa, las estrategias del tratamiento para promover aceptación, cambio y acercar a la consultante a una vida que vale la pena ser vivida.

HISTORIA DE LA CONSULTANTE

Julietta es una mujer de 31 años. Vive con su marido Juan Pablo y con su hija Sofía, de 2 años. Fue diagnosticada con Desregulación Emocional.

Al preguntarle por sus diferentes etapas vitales, se describe a sí misma como una niña emocionalmente intensa. Sus padres le relataron que desde pequeña tenía estallidos emocionales frecuentes, se aislaba durante horas en su habitación para llorar o experimentaba episodios de ira en los que arrojaba objetos y se autolesionaba. También detalla que sus padres solían invalidarla emocionalmente, diciéndole que era muy dramática y exagerada.

A los 6 años, sufrió abuso sexual durante un año por parte de su primo de 16 años, quien la amenazaba con hacerle daño a sus padres si no cumplía con sus demandas. Durante este período, Julieta desarrolló una relación de dependencia con su agresor, obedeciéndolo a pesar de su malestar, por temor a que algo malo le ocurriera a su familia. Desde entonces, comenzó a experimentar pesadillas recurrentes y a culparse por lo que había ocurrido. Refiere que dichos episodios nunca los compartió con nadie de su familia.

A los 12 años, comenzó a tener conductas autolesivas en sus brazos como una estrategia para lidiar con emociones abrumadoras. Su adolescencia estuvo marcada por dificultades para integrarse socialmente y mantener relaciones amorosas estables, acompañadas de un miedo intenso al abandono.

A los 16 años, desarrolló un Trastorno de la Conducta Alimentaria y fue diagnosticada con Anorexia Nerviosa. Su restricción alimentaria la llevó a desmayos en la escuela y a una disminución en su rendimiento académico.

A los 17 años, tras una ruptura amorosa, intentó suicidarse mediante una sobreingesta de medicamentos y alcohol, lo que derivó en su primera internación psiquiátrica. Entre los 18 y los 29 años, experimentó múltiples hospitalizaciones, continuó autolesionándose y tuvo conductas de riesgo, como relaciones sexuales sin protección con desconocidos y consumo problemático de marihuana.

A los 30 años, tras conocer a Juan Pablo y quedar embarazada de Sofía, decidió que necesitaba llevar a cabo un cambio en su vida, cuidar su estabilidad emocional y abandonar sus conductas autodestructivas para ser una madre presente para su hija.

A los 31 años, una amiga le recomendó iniciar tratamiento con DBT.

ETAPA DE PRETRATAMIENTO

Durante esta fase, se trabajó en el compromiso de Julieta con la terapia, estableciendo como meta principal su permanencia en tratamiento por un año. Se pactó un compromiso de mantenerse con vida, reducir las autolesiones, abordar su consumo problemático y recibir apoyo nutricional para mejorar su relación con la alimentación.

Las metas identificadas fueron:

- Ser una madre presente y emocionalmente disponible para su hija, estableciendo límites y practicando una crianza respetuosa.
- Fortalecer sus vínculos de amistad y convertirse en un apoyo para sus seres queridos.
- Encontrar un trabajo significativo y económicamente redituable.
- Procesar su trauma de abuso sexual.

Se estableció un análisis de sus CP y las estrategias para abordarlas:

- **Autolesión:** Desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional para enfrentar sus crisis sin recurrir a conductas destructivas.
- **Consumo problemático de marihuana:** Incorporación de habilidades de DBT para uso de sustancias [DBT-SUDS], asistencia a reuniones de Narcóticos Anónimos.
- **Trastorno Alimentario:** Tratamiento nutricional complementario y entrenamiento en “mindfulness” para la alimentación consciente.
- **Habilidades interpersonales:** Aprendizaje de estrategias para la expresión de necesidades, establecimiento de límites y validación emocional.
- **Autocuidado:** Implementación de hábitos de sueño saludables, actividad física regular y estrategias para la gestión del estrés.

Adicionalmente, se introdujeron como herramientas de monitoreo y apoyo el “coaching” telefónico y el registro diario, junto con estrategias de compromiso para fortalecer su motivación hacia el tratamiento.



ETAPA 1 DE TRATAMIENTO

Durante esta fase, Julieta utilizó diariamente su registro de conductas, asistió semanalmente a terapia individual y al GEH. El trabajo terapéutico se estructuró jerárquicamente:

- 1. Conductas que atentan contra la vida:** La ideación suicida y las autolesiones fueron abordadas mediante AC y análisis de solución, fortalecimiento de habilidades de regulación emocional y planes de seguridad. Se estructuró a su ambiente teniendo entrevistas con su pareja, haciendo especial hincapié en cómo podía ayudar a Julieta durante sus crisis emocionales.
- 2. Conductas que interfieren con la terapia:** Se trabajó en la adherencia al registro diario, la asistencia regular a sesiones y el uso del “coaching” telefónico antes de realizar una CP.
- 3. Conductas que interfieren contra la calidad de vida:** Además, el foco estuvo puesto en la mejora de su alimentación, la calidad del sueño, la actividad física y la abstinencia de marihuana mediante estrategias de DBT-SUDS y reuniones de apoyo de Narcóticos Anónimos.
- 4. Aumento de conductas habilidosas:** Por último, se entrenaron habilidades de “mindfulness”, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar. Julieta logró formar nuevas amistades, mejorar la comunicación con su pareja y afrontar de manera más adaptativa las crisis emocionales con su hija.

Tras 10 meses de tratamiento, se consideró que Julieta estaba preparada para avanzar a la siguiente etapa.

ETAPA 2 DE TRATAMIENTO

En esta fase, recibió una evaluación diagnóstica que confirmó la presencia de TEPT. En consecuencia, se implementó el protocolo de DBT-PE (DBT para Exposición Prolongada) de Melanie Harned para abordar la reexperimentación del trauma, trabajando con exposición en vivo e imaginaria, así como con procesamiento emocional para abordar la culpa injustificada.

Como resultado, Julieta logró disminuir significativamente la vergüenza, la culpa, los “flashbacks” y las pesadillas. Pudo compartir su historia con su familia y construir una narrativa más compasiva sobre su experiencia. La reducción de los síntomas de TEPT permitió su transición a la tercera fase del tratamiento.

ETAPA 3 DE TRATAMIENTO

Aquí, el enfoque se centró en la construcción de una vida significativa alineada con sus valores. Julieta decidió cambiar de rumbo profesional y se inscribió en la carrera de psicología, lo que le brindó un propósito renovado. Asimismo, decidió empezar con clases de teatro, un sueño que había tenido desde chica, y que nunca se había animado a abordar por vergüenza.

A través del trabajo terapéutico, fortaleció su autoconcepto, consolidó relaciones saludables y cultivó un bienestar sostenido.

Hace algunos meses, tuvimos sesión una tarde después de que Julieta regresara de cursar en la facultad. Se sentó en su silla, me miró y me dijo: “¡Pasé a segundo año de la carrera! Mi hija está creciendo sana y feliz. Estoy en un buen momento con mi pareja y padre de mi hija. Tengo amigas con las que me veo regularmente y ya no me siento constantemente inadecuada ni vivo con el miedo permanente a que me abandonen.

“A esto te referías cuando hablabas de una vida que vale la pena ser vivida, ¿no?”.

8.3. Reflexión final

La Desregulación Emocional fue, durante mucho tiempo, un cuadro clínico relegado en el campo de la salud mental, sin recibir la atención prioritaria que requiere. Aquellos que la experimentaron fueron invalidados de manera sistemática por sus entornos familiares, sociales e institucionales. Durante años, estas personas experimentaron la sensación de estar rotas y ser inadecuadas; y fueron sometidas a tratamientos que, lejos de brindar esperanza, reforzaban el estigma y su desesperanza.

La creación de la DBT marcó un punto de inflexión, ofreciendo un camino de validación y cambio. Su mayor fortaleza radica en la integración de dos principios en apariencia opuestos: la aceptación y el cambio. Así, permitió superar dicotomías rígidas y construir un camino del medio, abandonando definitivamente los “blancos o negros”. Entre sus elementos más distintivos se encuentran la enseñanza de habilidades de aceptación y conciencia plena, la focalización en conductas disfuncionales en el aquí y ahora a través del coaching telefónico, la exposición a emociones intensas dentro de sesión y la aplicación de estrategias de validación en distintos niveles.

Además, la DBT incorpora el trabajo en equipo como un pilar fundamental, la jerarquización de estrategias según la severidad y el riesgo de las conductas, y el desarrollo de protocolos específicos, como el Protocolo de Suicidio.

Por último, concibe al rol del terapeuta desde una postura más humana, genuina y basada en la validación radical.

Como último punto, queremos mencionar que la DBT enseña habilidades para toda la vida y produjo esperanza en innumerables personas. Sin lugar a dudas, nada de eso hubiera sido posible sin una mujer, Marsha Linehan, que, desde su propia experiencia, decidió crear herramientas para que quienes sufrían como ella pudieran encontrar un camino hacia la esperanza y la estabilidad emocional.



Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [5th ed., text rev.]. American Psychiatric Publishing.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). The Guilford Press.
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2021). Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional. Psara Ediciones.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Carvajal, C., et al. (2023). Influencia del entrenamiento en habilidades de regulación emocional y efectividad interpersonal de DBT en el comportamiento agresivo de adultos [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional PUJ. https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/65004/attachment_0_Carvajal%2C-trabajo-de-grado-2023.-MPC.pdf?sequence=1
- Cialdini, R. B., Vincent, J. E., Lewis, S. K., Catalan, J., Wheeler, D., & Darby, B. L. (1975). Reciprocal concessions procedure for inducing compliance: The door-in-the-face technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 206-215.
- Ciurans, J. (2021). Efectividad del entrenamiento en habilidades centrales de la DBT como tratamiento independiente en el Trastorno Límite de la Personalidad [Trabajo de fin de grado, Universidad de Vic]. DSpace UVic. https://dspace.uvic.cat/bitstream/handle/10854/6887/trealu_a2021_ciurans_jaume_efectividad_habilidades_centrales_tlp.pdf?sequence=1
- Espitia, L., et al. (2021). Efecto de un protocolo de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en DBT sobre la sintomatología emocional en adolescentes. Repositorio Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/entities/publication/41dc019d-443f-4ef1-8cfd-ed843e17bbc0>
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos (15ª ed.). Paidós.
- Gagliesi, P. (2022). Mindfulness en la terapia cognitivo-conductual: Fundamentos y estrategias de intervención. Editorial Médica Panamericana.
- Goldfried, M. R., Linehan, M. M., & Smith, J. L. (1978). Reduction of self-destructive behavior in borderline patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 923-931.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual (2nd ed.). The Guilford Press.
- Linehan, M. (2020). Manual de Entrenamiento en Habilidades DBT: para el/la Consultante. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata (EDULP); Tres Olas Ediciones.
- Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H., & Murphy, H. E. (2016). DBT® skills in schools: Skills training for emotional problem solving for adolescents [DBT STEPS-A]. Guilford Press.

- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. [2017]. Efficacy of dialectical behavior therapy adapted for adults with borderline personality disorder and childhood maltreatment history. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 523-544.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. [2007]. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Navarro-Haro, M. V., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., & Gasol-Colomina, M. [2017]. Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 86-91. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/defd/38a0a4be9c5c26fb3bab27f82b1e9d10813f.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. [2019]. Salud mental. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pechón, C. [2021]. En J. P. Gagliesi [Ed.], *Sumar al amor*. Editorial Médica Panamericana.
- Prillinger, K., Goreis, A., Macura, S., Hajek Gross, C., Lozar, A., Fanninger, S., ... & Kothgassner, O. D. [2024]. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of dialectical behavior therapy variants for the treatment of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2406662.
- Quintero, P. J., & Gagliesi, P. [2021]. *Sumar al amor: Habilidades para mejorar las relaciones en presencia de emociones intensas* [1a ed.] [Libro digital, EPUB]. EDULP.
- Reyes, M., et al. [2018]. Entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica conductual para la prevención de la conducta suicida en jóvenes universitarios. *Revista de Psicología y Educación*, 13(2), 75-90. <https://revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/263.pdf>
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. [2013]. An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80.
- Skinner, B. [1977]. *Ciencia y conducta humana* [4ª ed. en español]. Fontanella. [Obra original publicada en 1953].
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rütke, C., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. [2012]. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, , CD005652.
- Teti, G., Boggiano, J., & Gagliesi, P. [2015]. *Terapia Dialéctica Conductual (DBT): Un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos*. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 57-64.

