

Una interpretación de la terapia dialéctica comportamental desde la ciencia comportamental contextual

A contextual behavioral science perspective on dialectical behavior
therapy

Uma perspectiva contextual e funcionalmente orientada para a terapia
comportamental dialética

Michel A. Reyes Ortega✉

Instituto de Ciencia y Terapia Conductual Contextual, Cd. de México

RESUMEN

Las terapias contextuales son terapias experienciales enmarcadas en el análisis comportamental. Aunque la terapia dialéctica comportamental (DBT) tiene un énfasis psicoeducativo y está inspirada en la filosofía dialéctica y budismo zen, genera interés en terapeutas contextuales que desean incluir sus estrategias para fortalecer sus intervenciones. Existen terapeutas DBT que miran hacia el análisis comportamental contemporáneo como posible marco científico de referencia que provea de mayor precisión, control y actualización de su tecnología clínica. Este escrito representa el primer análisis, conocido por el autor, de la DBT desde la ciencia comportamental contextual (CBS). Busca proveer de un análisis lógico que permita a los terapeutas DBT repensar sus estrategias desde un marco CBS, y a los terapeutas contextuales integrar estrategias de DBT sin perder congruencia con su ciencia. Pensamos que un razonamiento analítico conductual puede ayudar a los terapeutas de ambas aproximaciones a realizar una integración.

Palabras clave: terapia dialéctica comportamental (TDC); terapia contextual; regulación emocional; terapia integrativa; terapia de aceptación y compromiso (ACT).

ABSTRACT

Contextual therapies are experiential and developed within the frame of modern behavior analysis. Despite having a psychoeducational focus and being inspired by dialectic philosophy and Zen Buddhism, the dialectical behavior therapy (DBT) gathers interest of contextual therapists that wish to include its strategies as enhancement to their practice. Some DBT therapists look at modern behavior analysis as a possible scientific frame that provides more precision, control and actualization of its technology. This paper represents the first analysis of DBT, as known by the author, in relation to contextual behavioral science (CBS). It's aimed to provide a logical analysis that allows DBT therapists to rethink their strategies from a CBS perspective, and contextual therapists to integrate DBT strategies without losing coherence with their science. We believe a CBS reasoning could help therapists integrate both approaches.

Keywords: dialectical behavior therapy (DBT); contextual behavioral therapy; emotion regulation; integrative therapy; acceptance and commitment therapy (ACT).

RESUMO

As terapias contextuais são terapias experienciais desenvolvidas dentro do enfoque da análise do comportamento. Embora a terapia comportamental dialética (DBT) tenha uma ênfase psicoeducativa e seja inspirada na filosofia dialética e no budismo zen, ela gera interesse em terapeutas contextuais que desejam aprender as estratégias da DBT para fortalecer suas intervenções. Existem terapeutas de DBT que veem a análise do comportamento como um possível marco científico de referência que proporciona maior precisão, controle e atualização de sua tecnologia clínica. Este artigo representa a primeira análise, conhecida pelo autor, da DBT em relação à Ciência Comportamental Contextual (CBS). O objetivo é fornecer uma análise lógica que permita aos terapeutas DBT repensar suas estratégias a partir de um referencial pautado na CBS e aos terapeutas contextuais integrar estratégias de DBT, mantendo a congruência com sua ciência. Acreditamos que um raciocínio CBS pode ajudar os terapeutas de ambas as abordagens a realizar uma integração entre essas áreas.

Palavras-chave: terapia comportamental dialética; terapia contextual; regulação emocional; terapia integrativa; terapia de aceitação e compromisso.

De acuerdo con Pérez Álvarez (2014), se denomina terapias comportamentales contextuales (terapias contextuales para abreviar) a un grupo de terapias desarrolladas en el marco del análisis conductual en la década de los 1990. Específicamente, el nombre comportamental contextual se ha relacionado a la

terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en ingles) para enfatizar su relación con la ciencia comportamental contextual (CBS por sus siglas en inglés), “una versión moderna y holística de análisis comportamental interesada particularmente en el estudio del lenguaje, que

adopta una estrategia de desarrollo reticulada, que se incluye como parte de la ciencia evolutiva contemporánea y que está basada en la filosofía de la ciencia llamada contextualismo funcional” (Villatte, Villatte, & Hayes, 2015, p. 381).

Dentro de las terapias contextuales se incluye a la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la psicoterapia analítica funcional (FAP), la terapia de activación conductual (BA), la terapia comportamental integrativa de pareja (IBCT) y la terapia dialéctica comportamental (DBT). Estas terapias difieren en su explicación de la problemática clínica, algunos postulados ideológicos y en las técnicas de modificación comportamental que utilizan, por lo que pudieran parecer difíciles de integrar por momentos, aunque su base en el análisis comportamental y su carácter experiencial parezcan acercarlos en otros. Entiéndase por experiencial que privilegia el uso de técnicas que permiten a los consultantes observar y aprender en base a su propia experiencia en vez de adoptar un enfoque psicoeducativo y orientado al cambio/desarrollo de reglas (Villatte et al., 2015), lo que resulta evidente en modelos como ACT y FAP, pero no en DBT que tiene un fuerte énfasis psicoeducativo e incluye estrategias de modificación cognitiva aparentemente incongruentes con lo que las investigaciones sobre lenguaje desde la perspectiva CBS sugieren.

Más allá de las diferencias, el análisis de los procesos de cambio de estas terapias parece sugerir que funcionan de una forma parecida, si no es que igual, esto es a) desarrollando consciencia y apertura frente a lo que ocurre en el momento presente y b) promoviendo patrones de acción intencionales orientados a lo que resulta significativo o valioso para cada persona (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). Procesos a

los que Villatte, Villatte y Hayes (2015) llamarían a) sensibilidad flexible al contexto, la capacidad para notar varios aspectos del contexto y responder a lo que resulte más relevante de él; y b) coherencia funcional, valorar la congruencia de las propias reglas y acciones intencionales respecto a lo que sugiere la propia experiencia, y respecto a su compatibilidad con las metas personales valiosas.

Se llama coherencia a la relación condicional entre las redes de relaciones y las propiedades de sus referentes. Un razonamiento es funcionalmente coherente, o pragmático, cuando las ideas (redes de relaciones simbólicas) llevan al logro de metas, un razonamiento es coherente esencialmente, o realista, cuando las ideas corresponden con las propiedades intrínsecas de sus referentes, y un razonamiento es coherente socialmente cuando las ideas corresponden con las expectativas de la comunidad (Villatte et al., 2015).

Las terapias basadas en la CBS (Villatte et al., 2015) ayudan a las personas a responder distinto a las circunstancias de vida donde se sienten estancados, para esto se sirve de la modificación de las contingencias (eventos que preceden y siguen al comportamiento del consultante) dentro de la sesión terapéutica y en el ambiente natural, la modificación de la función de los eventos contingentes (internos y externos) a partir del lenguaje (acto de relacionar eventos con símbolos, y símbolos con símbolos de manera que se altera la función de sus referentes). Considerando deseable la adopción de una perspectiva de observador respecto a los diversos eventos (internos/privados y externos/públicos) comprendidos en el momento (relación deíctica), incluirlos (sean eventos deseados e indeseados) como parte de la experiencia y reconocerla/nombrarla (relación jerárquica), dar valor al propio comportamiento (coordinar la acción

con una meta valiosa) y actuar intencionalmente mientras se observan los efectos momento a momento del propio comportamiento (rastrear las relaciones causales entre las acciones y sus consecuencias, comparando si estas son congruentes o incongruentes con las metas valiosas propuestas). Un proceso al que se le ha llamado Flexibilidad Psicológica (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012); Regulación Emocional (Werner & Gross, 2010); y Atención al Momento Presente (Strosahl, Robinson, & Gustavsson, 2015), entre otros.

Este escrito parte de suponer la posibilidad de integrar las estrategias de los diversos modelos contextuales a partir de un razonamiento clínico basado en la CBS (Villatte, 2016; Reyes, Vargas, & Tena, 2015). Desde esta perspectiva, se hace una interpretación de la DBT con la finalidad de ayudar al practicante de DBT interesado a informar su práctica en la CBS, y de auxiliar al Terapeuta Contextual interesado a incluir elementos de DBT en sus intervenciones sin ser incongruente con la perspectiva de la CBS.

TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL Y REGULACIÓN EMOCIONAL

La DBT es un tratamiento conductual multicomponente que incorpora técnicas de terapia conductual, terapia centrada en el cliente y atención plena, y que filosóficamente tiene como referente la filosofía dialéctica (por lo menos las teorías dialécticas en ciencias sociales y psicología; Heard & Linehan, 1993) y el budismo zen (Linehan, 1993). La idea central en este modelo es que la transformación terapéutica se logra a partir de la integración dialéctica de la aceptación de la experiencia y el cambio comportamental de cara a ella. Si bien este pensamiento (y su carácter

comportamental) pudiera parecerse a lo propuesto por otras terapias contextuales, e incluirle dentro de ellas, DBT proviene de una inspiración filosófica distinta que le distingue de estas (Linehan, 1993, pg. 21); como ejemplo, basta notar la ausencia de mención de temas obligados para los terapeutas contextuales (Zettle, Hayes, Barnes-Holmes & Biglan, 2016) como el mismo contextualismo funcional, la ciencia evolutiva multinivel contemporánea o la teoría de los marcos relacionales en las recientes versiones de los manuales de DBT (Linehan, 2015; Mazza, et al. 2016; Miller, Rathus, & Linehan, 2017), y la separación explícita que existe entre el enfoque contextual y el budismo (Hayes, 2003; Pérez-Álvarez, 2014) cuando la misma desarrolladora de DBT se ha convertido en una Maestra Zen.

No obstante, la DBT no ha pasado desapercibida para los terapeutas contextuales, y muchos buscan incluir sus estrategias a su práctica con miras a fortalecerla. De hecho, resultaría difícil ignorarla dadas sus similitudes y su relevancia para el tratamiento de problemáticas comportamentales resistentes a las intervenciones usuales. Así como la CBS tampoco ha pasado desapercibida para muchos terapeutas DBT que ven en ella la posibilidad de tener una precisión conceptual, acceso a control comportamental y posibilidad de actualización técnica que la visión dialéctica y zen (más filosófica que científica) que DBT no parece proveerles.

Desarrollada por Marsha M. Linehan para tratar a personas con comportamiento suicida crónico, DBT fue probada inicialmente en grupos de personas diagnosticados con trastorno límite de personalidad (TLP) y, actualmente, es la intervención con mayor evidencia empírica para su tratamiento (Stoffers, 2012), su eficacia ha sido probada también en otros trastornos comportamentales graves como el abuso

de sustancias, bulimia nerviosa, trastorno bipolar, entre otros; además de haber sido adaptada para poblaciones adolescentes (Miller, Rathus, & Linehan, 2017) y su aplicación en escuelas (Mazza et al. 2016). Actualmente, podría considerarse que DBT es una intervención transdiagnóstica que puede ser aplicada a cualquier problemática, siempre que pueda entenderse como un problema de desregulación emocional (Koerner & Dimeff, 2007), o graves dificultades para mantener la acción orientada a una meta ante la experiencia emocional negativa intensa (Kring & Bachorowski, 1999).

En DBT, se explica la desregulación emocional desde su teoría biosocial; una teoría en constante cambio y cuya versión más reciente incluye una descripción detallada de variables orgánicas y ambientales (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009), sin que esto haya resultado en modificaciones al tratamiento o desarrollo de nueva tecnología terapéutica (como resulta natural desde un programa científico reticular como el de la CBS). La teoría biosocial parte del supuesto de que el desarrollo del trastorno comportamental grave depende de la transacción entre a) una *gran sensibilidad emocional*, la tendencia a responder intensamente a estímulos que son irrelevantes para la mayoría de las personas, y b) un *medio social invalidante*, que descalifica la coherencia de la reacción de la persona vulnerable respecto a la situación a que responde, sugiere soluciones simplistas e inefectivas para aliviar el sufrimiento de la persona simplista y refuerza inadvertidamente expresiones emocionales inapropiadas (acorde a la cultura) mientras que ignora (extingue) o reprime (castiga) expresiones adecuadas.

Desde una perspectiva CBS, el entorno responde de manera invalidante por tener dificultades para comprender las expresiones de dolor de la persona

sensible y responder apropiadamente a estas (Reyes, 2013). No por maldad, sino porque estas expresiones resultan incoherentes socialmente. De hecho, Linehan señala que no solo los ambientes abusivos y perfeccionistas resultan invalidantes, también lo resultan los normales (Linehan, 1993).

La cuestión es que, sin desearlo, el medio social de la persona sensible actúa acorde a una serie de reglas culturales tácitas que especifican la peligrosidad/anormalidad de las emociones negativas, razón por la que se les debe inhibir o evitar para poder adecuarse socialmente. Así se opone la experiencia de malestar a la felicidad y se trata a los eventos privados, pensamientos y sensaciones, como causas del comportamiento, por lo que queda implícita la necesidad de reprimirlos como un medio para ser feliz, lo que da lugar al desarrollo y mantenimiento de la evitación experiencial como estilo de respuesta (clase funcional). La persona se encarga, entonces, de hacer multitud de cosas para intentar ignorar, evitar, modificar o escapar de la experiencia de “malestar” y los eventos asociados a ella, lo que inadvertidamente incrementa la consciencia del propio malestar, le sobre-extiende, consume gran cantidad de tiempo y energía que pudiera dedicarse a hacer cosas valiosas, y acapara la atención de la persona de forma que le controla y le dificulta responder al momento presente y de una forma congruente con sus valores y metas (Reyes et al., 2015). Como puede notarse, este proceso trae como consecuencia natural la pérdida de sensibilidad al contexto y promueve responder desde una serie de reglas que, aunque son congruentes socialmente, son incoherentes con lo que se desea en la vida, un proceso al que frecuentemente se le ha llamado *Inflexibilidad Psicológica* en la literatura

Contextual, y desregulación emocional en la literatura clínica cognitiva (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010).

De acuerdo con Leahy, Tirsch y Napolitano (2011), las dificultades de regulación emocional se caracterizan por la dificultad para reconocer emociones negativas, experimentarlas como intrusivas e incontrolables, y tener graves dificultades para atender a las demandas del momento presente de una forma efectiva, congruente con los propios valores y metas. De esta forma, si las dificultades de regulación emocional constituyen el problema, la regulación emocional representa la solución, esto es la capacidad para observar y nombrar emociones, mantenerse consciente del momento presente, identificar metas y actuar acorde a ellas, es decir “sensibilidad flexible al momento presente y responder de forma funcionalmente coherente”.

TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL

La DBT es un programa de intervención aplicado por un equipo que consta, como mínimo, de un terapeuta individual, un terapeuta grupal, y un farmacoterapeuta. Como intervención multicomponente consta de 4 elementos principales, a) asistencia terapéutica individual, donde se desarrollan y aplican planes de intervención individualizados, y cuya función es mantener al consultante motivado con la terapia; b) asistencia terapéutica telefónica, que asiste en la implementación de dichos planes y cuya función es ayudar a la generalización de las habilidades aprendidas en el grupo de entrenamiento en habilidades; c) un grupo de entrenamiento en habilidades, donde se enseñan diversas habilidades de aceptación y de cambio, su función es fortalecer las habilidades de afrontamiento de los

consultantes; y d) un grupo de consulta para los miembros del equipo terapéutico, que tiene la finalidad de prevenir la fatiga por compasión y mantener la fidelidad del tratamiento administrado. Se considera necesario que el tratamiento incluya todos estos elementos para considerarle un programa DBT (Koerner, Dimmef, & Swenson, 2007). El programa tiene un curso normal de tres etapas: pretratamiento, tratamiento y alta. La duración del tratamiento puede variar dependiendo del programa y la problemática, usualmente tiene una duración de entre 6 meses y 1 año.

DISCUSIÓN

A diferencia de lo que el subtítulo sugiere, más que una discusión, se realizará un análisis de las tareas fundamentales de las dos primeras etapas de DBT, mencionando sus estrategias principales utilizadas y la manera en que estas pueden usarse al servicio de las metas de la terapia informada en la CBS (o informada en DBT, según sea el caso).

EVALUACIÓN O PRE-TRATAMIENTO

Los objetivos de esta fase son llegar a acuerdos respecto a las metas, objetivos, métodos y duración del tratamiento, y obtener un compromiso para iniciar y permanecer en el mismo (Koerner, 2012, pp. 26-27). Ya que DBT es un tratamiento diseñado con el interés de atender a personas con alto riesgo suicida, uno de los aspectos fundamentales de esta etapa es la clasificación y jerarquización de los problemas del consultante. Así se les clasifica como a) problemas que atentan contra su vida, b) problemas que interfieren con la terapia y c) problemas de calidad de vida. Con la finalidad de mantener coherencia con la perspectiva CBS, es fundamental que el terapeuta aclare al consultante que la meta última de la terapia es ayudarle a desarrollar una vida que perciba como

suficientemente valiosa para ser vivida, o valiosa si se prefiere, de forma que los la jerarquización de los objetivos de la terapia no es arbitraria, sino que obedece a la siguiente lógica: a) si uno no se mantiene con vida no hay vida valiosa, b) la terapia no será de ayuda si uno no permanece comprometido con ella, y c) la única forma de desear estar vivo es tener una vida percibida como valiosa. De esta forma, DBT puede adoptar una orientación CBS desde la evaluación, y el terapeuta CBS que necesite jerarquizar los problemas del cliente informándose en DBT puede mantener congruencia. Habría que evitar enfocarse en la reducción del comportamiento suicida, auto-lesivo o cualquier otro como si la meta de la terapia fuera la reducción sintomática, en su lugar hay que adoptar metas centradas en lo que la persona desea tener en su vida, de esta manera la terapia puede mantener su carácter experiencial, mantenerse sensible al contexto del consultante y jerarquizar objetivos de una manera funcionalmente coherente.

Un segundo elemento importante dentro del proceso de evaluación es el análisis funcional de diversas situaciones que ejemplifiquen los problemas del consultante, mismo que se realiza con miras a identificar: a) factores antecedentes comunes (motivacionales/vulnerabilidad e inmediatos), b) la experiencia del consultante (p.ej. estar siendo abandonado), c) el objetivo de sus estrategias de afrontamiento y d) las consecuencias que estas tienen a corto/largo plazo y respecto a sus metas/valores. Este análisis funcional, es esencial para ayudar al consultante a fortalecer su sensibilidad al contexto y adoptar una coherencia funcional, además le ayudaría a regular su comportamiento a partir de reglas tipo rastreo (tracking en inglés), reglas que se mantienen por una historia de reforzamiento que consiste en el contacto con las consecuencias especificadas por la

regla (Villatte, Villatte, & Hayes, 2015). Este tipo de auto-regulación se distingue de la regulación a partir de reglas tipo *pliance*, seguir reglas porque ha habido una historia donde los otros han reforzado la consistencia entre la acción especificada por la regla dada. Cuando el comportamiento está gobernado por reglas tipo *pliance*, la aprobación social de seguir la regla, y no la utilidad de la regla misma, es la fuente de reforzamiento. Desde el contexto de la CBS, los ambientes invalidantes generarían una auto-regulación tipo *pliance* sobre la auto-regulación por medio de reglas (autogeneradas o dadas por otros) tipo rastreo.

Por último, en esta etapa se utilizan diversas estrategias de compromiso (Linehan, 1993, pp. 284-290) para ayudar al consultante a decidir si desea o no comprometerse con el proceso de la terapia, estas estrategias promueven (buscan) la contemplación simultánea de los temores y valores del consultante, de forma que se promueva la visión inclusiva de ambos aspectos de la experiencia, razonar dialécticamente, en vez de observarles desde un marco de oposición y, desde esa observación, elegir acorde a lo que importa.

TRATAMIENTO INDIVIDUAL

Al inicio de las sesiones de terapia individual se continúa desarrollando sensibilidad al contexto ayudando a rastrear contingencias por medio de la realización conjunta de análisis funcionales (análisis de cadena; Linehan, 2014b, pp. 30-38), y se incorpora el análisis colaborativo de las alternativas de solución, siempre buscando que estos sean congruentes con las metas y valores del consultante. Para mantener una perspectiva CBS, los análisis de cadena deben realizarse teniendo como meta su utilidad para desarrollar consciencia de las contingencias que influyen en la actuación

problemática y promover la adopción de una perspectiva de observación, la meta de estos análisis incluye poder predecir y controlar el propio comportamiento, y deben realizarse con esa finalidad, no buscando una descripción “objetiva y exhaustiva” de los hechos como si esta fuera su finalidad. Aunque si resulta importante sacarles provecho para enseñar a atender a los detalles y describirlos sin emitir juicios. Otra posible amenaza para la terapia experiencial atañe al análisis de las soluciones, generación de cadenas conductuales alternativas, el riesgo identificado es que el terapeuta presuponga que una estrategia diseñada como alternativa a un comportamiento problemático (por ejemplo, la aceptación radical como alternativa a la indisposición) deba ser incluida como solución y por lo tanto la prescriba al consultante desde una postura de “experto” conocedor de lo que le conviene; la alternativa sería que el terapeuta ayude al consultante a describir su situación y lo que desea lograr como alternativa, posteriormente le oriente sobre la posible ventaja del uso de una estrategia, y le permita elegir (Koerner, 2012, pp. 165-183). favoreciendo así el rastreo de contingencias sobre el seguimiento de reglas como forma de obtener aprobación por parte del terapeuta). Así mismo, las estrategias de solución deberían implementarse como experimentos, no suponer que la estrategia debe funcionar.

Durante esta fase se siguen usando estrategias de compromiso con la finalidad de proveer de motivación para intentar las alternativas, en este caso se forman marcos relaciones que añaden consecuencias simbólicas a las acciones o bien alteran la función de sus consecuencias haciéndolas más o menos aversivas o deseables (augmental). De

esta forma se usa el lenguaje de manera que se promueve la actuación intencional y comprometida, y su persistencia, en presencia de obstáculos internos y externos.

Una estrategia de tratamiento que se añade es el uso de registro de auto-monitoreo, o tarjetas diario (Linehan, 1993, pp. 452-454), estas pueden promover la sensibilidad al contexto pues sirven para identificar los eventos donde ocurren los comportamientos problema, y auxilian en el rastreo de contingencias (igual sensibilidad al contexto) al usarse, también, como una forma de evaluar la funcionalidad del uso de las alternativas de cambio.

Si bien las estrategias descritas pueden considerarse estructurales, por referirse a tareas que consultante y terapeuta realizan de cotidiano en la sesión, los terapeutas de DBT utilizan también una serie de estrategias desarrolladas para responder estratégicamente a lo que ocurre dentro de la sesión. Este enfoque centrado en el momento presente es una característica de la terapia contextual, la cual no solo se sirve del manejo indirecto de contingencias a partir del uso del lenguaje, por ejemplo, el análisis funcional o el uso de metáforas, sino también del manejo de contingencias en vivo (Kohlenberg & Tsai, 1991). Los terapeutas de DBT oscilan entre el uso de la comunicación recíproca (auto-revelación, vulnerabilidad recíproca) para evocar una perspectiva de observador frente a la experiencia del momento presente y para intentar reforzar ejemplos de comportamiento efectivo que ocurren dentro de sesión; por otra parte, se sirven de la comunicación irreverente (ligeramente fría, humorística o demandante de forma benévola) para reorientar al cambio, promover el ensayo en vivo de alternativas de afrontamiento o bloquear la emisión de comportamientos problemáticos, como pueden ser acciones que lleven a crisis dentro de la sesión o

bien pongan consultante en riesgo cuando este por terminar.

Otras estrategias de comunicación usadas en DBT incluyen el uso de historias, metáforas y paradojas como una manera de ilustrar la función de una situación o comportamiento que sea fácil de recordar, significativa y que permita ilustrar la utilidad de una estrategia que pudiera parecer contra-intuitiva. Fuera de considerarles estrategias de comunicación dialécticas, DBT no tiene un marco de referencia que explique la razón detrás del funcionamiento de las metáforas o que ayude a desarrollarlas de una forma efectiva, adoptar una perspectiva contextual y tomar la investigación en razonamiento analógico proveniente de la Teoría de los Marcos relacionales puede servir a este fin (cf. Sierra-Martínez, Ruiz, Flórez, & Luciano, 2016).

Dentro de la línea de la aceptación, las llamadas estrategias de validación (Linehan, 1993, pp. 221-249) se usan para generar un contexto social verbal dentro de la sesión que promueva la contemplación sin defensa de la experiencia y su comprensión como reacción natural a los eventos del momento y la propia historia (Villatte et al., 2015); lo que representa una alternativa al contexto de evaluación donde las experiencias son juzgadas como buenas o malas y tratadas como causas del comportamiento.

Finalmente, las estrategias dialécticas (Linehan, 1993, pp. 199-220) representan diversas formas de usar el lenguaje para promover una visión inclusiva de aspectos aparentemente contradictorios de la experiencia, por ejemplo “desear cambiar la situación y ver en ello la oportunidad de aceptarla radicalmente” o “no ser el responsable de un problema y al mismo tiempo estar obligado a resolverlo”; estas estrategias sirven para prevenir conflictos entre consultante y terapeuta adoptando

una perspectiva contemplativa y aceptante de las partes en conflicto, renunciando a tener razón (adoptar una coherencia social o esencial) y regresar a la funcionalidad como criterio de toma de decisiones.

LLAMADAS TELEFÓNICAS

Estar disponible entre sesiones es una manera de modificar las contingencias en el ambiente natural, permiten que el terapeuta recuerde los planes de acción al consultante, escuchar y proveer refuerzo social ante sus logros, y reparar posibles problemas relativos a la relación terapéutica. Por lo que constituye una estrategia de gran valor para todo terapeuta contextual que desee sacarle provecho. Otras estrategias que pueden usarse con la finalidad de proveer antecedentes para el cambio en el ambiente natural incluyen estrategias de control y programación de estímulos, y la intervención con familiares.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES

Los enfoques contextuales favorecen el aprendizaje por experiencia, aunque están abiertos a incorporar elementos de otros tratamientos comportamentales basados en evidencia para fortalecerles (Hayes et al., 2012). Una de las principales fortalezas de DBT se encuentra en la adopción de una gran variedad de protocolos basados en evidencia a manera de habilidades de afrontamiento a entrenar (Linehan, 2014a; 2014b), sin embargo, muchos terapeutas contextuales pueden mostrarse reticentes a incorporarlos a su práctica por temor a que la adopción de un enfoque psicoeducativo pueda favorecer su adopción a manera de seguimiento de regla del tipo *pliance* que resulte en la disminución de la flexibilidad y sensibilidad al contexto, así como el favorecimiento de una coherencia de tipo social. A continuación, se describirán las

generalidades sobre los módulos del entrenamiento en habilidades y la forma en que se cree que pueden servir a las metas de la terapia informada en la CBS, siempre y cuando se adopte un enfoque curioso o de experimentador (descrito anteriormente) al sugerirles, más a manera de “veamos que sucede” que a forma de “hagámoslo de la forma correcta”.

Las habilidades de atención plena o mindfulness se dividen en a) tres habilidades “qué”, observar, describir y participar, b) tres habilidades “cómo”, sin juzgar/criticar, haciendo una sola cosa a la vez y con efectividad, y c) distinguir entre los estados de la mente, emocional, racional o sabia. Los objetivos con que se incluyen estas habilidades en DBT son: La disminución del sufrimiento, dolor aumentado por relacionar verbalmente eventos aversivos con otros, y por experimentar malestar por recordar eventos del pasado o anticipar dificultades futuras. Incrementar el control de la mente, sustituir la actuación impulsiva por acciones intencionales y flexibles orientadas a un propósito elegido conscientemente. Experimentar la realidad como es, disminuir la dominancia de las funciones verbales de los eventos incrementando el contacto con sus funciones formales. Y crear una experiencia espiritual de conexión, bondad y validez esencial. La relevancia de estas habilidades para la Terapia Contextual es evidente, y los Terapeutas Contextuales podrían beneficiarse ampliamente de los diversos ejercicios y tareas sugeridos en DBT; por supuesto, que un terapeuta experiencial debería reservarse metas como “crear un experiencial espiritual” para aquellos consultantes a quienes les interese. Por otra parte, los terapeutas DBT podrían beneficiarse también de las aportaciones de los investigadores y clínicos de la CBS, quienes han aportado una gran cantidad de información sobre los procesos verbales relevantes en la atención plena.

Las habilidades de efectividad interpersonal tienen como objetivos el obtener lo que se desea de las relaciones interpersonales, poner límites o pedir favores, fortalecer la capacidad para iniciar y mantener relaciones y terminar con relaciones destructivas, y desarrollar relaciones justas. Estos son objetivos compartidos por aproximaciones contextuales como la FAP y la IBCT, mismas que incluyen la prescripción de tareas de fortalecimiento entre sesiones de consulta y pueden beneficiarse ampliamente de los formatos didácticos y hojas de trabajo de DBT como complemento para ello; nuevamente se llama la atención a intentar los métodos descritos en estas habilidades como experimentos orientados a los valores y cuya utilidad debe rastrearse en el momento. En añadidura, la perspectiva experiencial de la terapia contextual da preferencia al moldeamiento de comportamientos efectivos usando la propia relación terapéutica como laboratorio para observar y modificar el comportamiento (Reyes & Kanter, 2017), algo que pudiera incorporarse fácilmente dentro de DBT con el valor agregado, que el formato psicoeducativo de DBT mantiene al mínimo, de fortalecer la sensibilidad al contexto y la actuación funcional (interpersonal en este caso) en situaciones naturales.

Las habilidades de regulación emocional se entrenan con los objetivos de: Ayudar a entender y nombrar emociones, mediante la enseñanza didáctica sobre las emociones y cuando son o no coherentes con los hechos, así como la manera apropiada de responder dada la primera o la segunda situación. Disminuir la frecuencia de las emociones negativas e incrementar la experiencia de emociones positivas, lo que se promueve a) sugiriendo programar actividades agradables, que provean de una sensación de logro, o sean valiosas, a lo largo del día; b) Verificando la congruencia de los pensamientos con los hechos. c) Promoviendo la

acción opuesta ante la presencia de una emoción problemática. Y reducir la vulnerabilidad hacia las emociones negativas, mediante la enseñanza de habilidades de solución de problemas y hábitos de autocuidado. Desde la perspectiva de la CBS, existen diversas formas de sacar ventaja de estas estrategias: En primer lugar, la programación de actividades sugerida en DBT, resulta bastante similar a lo sugerido en terapias como BA o ACT, el Terapeuta de DBT podría hacer un uso más efectivo de ellas si parte de un análisis funcional ideográfico de las actividades que tienen estos efectos en el consultante y no arriesgarse a sugerir actividades que son sugeridas por los manuales de habilidades de DBT como si su utilidad fuera universal; Segundo, usar estrategias como verificar los hechos y actuar de manera opuesta a la emoción podrían resultar muy útiles como ejercicios que promuevan responder de manera flexible ante eventos privados que tengan un gran control sobre el comportamiento problemático, y habría que evitar usarlas como una estrategia de control o evitación emocional pues lo más probable es que esto resultaría en mayor desregulación e inflexibilidad; La promoción de hábitos de autocuidado resultaría esencial en problemas como el insomnio, estrés o trastornos de conducta alimentaria, aunque habría que relacionarlos funcionalmente a los valores de los consultantes; y por último, desde una perspectiva experiencial, se asume que la aceptación total de la experiencia emocional del consultante y la reflexión sobre la congruencia o no de la forma de reaccionar en presencia de esta resultaría más provechoso que proveer de reglas sobre lo que resulta adecuado o no en función del consenso de un grupo de expertos.

Finalmente, las habilidades de tolerancia al malestar agrupan a un conjunto de estrategias que tienen la función de sobrellevar un momento desagradable

sin hacerlo peor, aceptar la realidad creando la posibilidad de seguir adelante cuando más estancado uno se siente, y liberarse de tener que satisfacer las propias demandas y urgencias. Estas habilidades varían desde distraerse haciendo cosas por otras personas o encontrar valor en un momento de dolor hasta sumergir el rostro en agua fría, su utilidad puede ser mucha para los terapeutas que trabajan desde una perspectiva CBS, sobre todo al inicio del trabajo con consultantes extremadamente impulsivos y siempre y cuando, estas habilidades se usen como una manera de promover la flexibilidad y su uso se relacione a la protección o desarrollo de algo valioso, es decir, cuando las habilidades se utilizan acorde a su finalidad y no como aspirinas emocionales.

CONCLUSIÓN

La DBT es una terapia que pareciera estar en el medio de las terapias educativas cognitivo-conductuales orientadas a la reducción de síntomas, y de las terapias contextuales experienciales y orientadas a los valores. Su eficacia en el tratamiento de problemas conductuales graves, el conjunto de procedimientos basados en evidencia que comprende y su simplificación a manera de habilidades, y su variedad de estrategias de manejo de la relación terapéutica les vuelve un enfoque atractivo para los terapeutas contextuales que requieren fortalecer su práctica con procedimientos basados en evidencia cuando el desarrollo de la flexibilidad psicológica no parece bastar para generar un cambio rápido o sostenido. Sin embargo, el enfoque psicoeducativo de DBT, puede disuadir a muchos terapeutas contextuales que, acorde a su perspectiva, temen fortalecer los mecanismos de control que llevan al desarrollo de los problemas de los consultantes en primer lugar. El presente artículo se propuso pensar en la DBT desde una perspectiva

congruente con la CBS y ayudar a los Terapeutas Contextuales a generar formas de incluir sus estrategias, manteniendo un enfoque experiencial y coherente con la CBS, y ayudar a los terapeutas de DBT interesados en la CBS a repensar este valioso y rico programa de intervención. Se cree que mantener en mente el desarrollo de la sensibilidad flexible al contexto y adoptar una coherencia funcional representa un eje desde el cual las diversas adecuaciones pueden generarse.

REFERENCIAS

- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. N. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). New York: Guilford Press.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616
- Hayes, S. C. (2003). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58-66. doi:10.1016/S1077-7229(02)80041-4
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Heard, H. L., & Linehan, M. M. (1993). Problems of self and borderline personality disorder. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 301-325). New York: Guilford Press.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Koerner, K., & Dimeff, L.A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 1-18). New York: Guilford Press.
- Koerner, K., Dimeff, L. A., & Swenson, C. R. (2007). Adopt or Adapt? Fidelity Matters. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 19-36). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575-599. doi:10.1080/026999399379195

- Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014a). *DBT Skills training manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014b). *DBT Skills training handouts and worksheets* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mazza, J., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H., Murphy, H. E., & Linehan, M. M. (2016). *DBT Skills in schools: Skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT Steps-A)*. New York: Guilford Press.
- Miller, E. T., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las llamadas terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Reyes, M. A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525002>
- Reyes, M. A., & Kanter, J. W. (2017). *Psicoterapia analítica funcional: Una guía práctica para usar la relación terapéutica como mecanismo de cambio*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Reyes, M. A., & Tena Suck, A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica, una guía para terapeutas*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Reyes, M. A., Vargas A. N., & Tena, A. (2015). Hacia un modelo teórico del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 7-18. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>
- Sierra, M. A., Ruiz, F. J., Flórez, C. L., Riaño-Hernández, D., & Luciano, C. (2016). The role of common physical properties and augmental functions in metaphor effect. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 265-279. Retrieved from: <http://www.ijpsy.com/volumen16/num3/446.html>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: A clinician's guide to sing the present moment to promote radical change in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: Context Press.
- Villatte, M. (2016). Evaluating in session client and therapist behaviors from a contextual behavioral science perspective. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 303-219). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York: Guilford Press.

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford Press.

Recebido em 22/08/2017
Revisado em 25/09/2017
Aceito em 25/10/2017