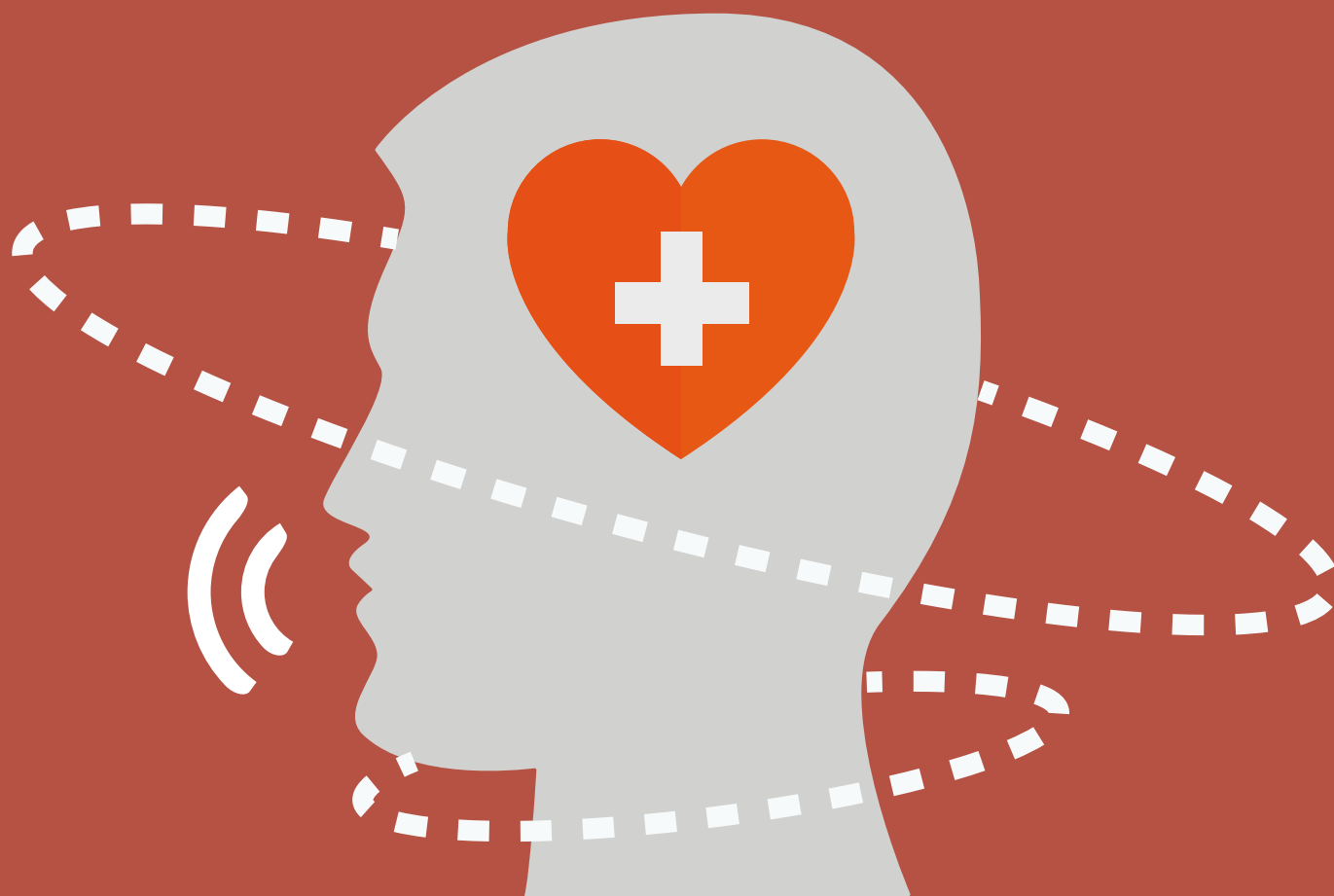


# LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL COMO UNA INTERVENCIÓN TRANSDIAGNÓSTICA: ADAPTACIONES PARA TRASTORNOS DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y OTRAS POBLACIONES AFECTADAS



Investigación VIU



**viu** | **Universidad  
Internacional  
de Valencia**

INFORME VIU

La Terapia Dialéctica Comportamental como una intervención transdiagnóstica:  
Adaptaciones para trastornos de desregulación emocional y otras poblaciones afectadas

---

**Navarro Haro, María Vicenta**

Doctora en Psicología

Instituto Trastorno Límite (Hospital General de Catalunya), Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

Colaboradora Docente (VIU, Valencia) en la asignatura "Terapia Dialectico Conductual" del Máster de Terapias Psicológicas de Tercera Generación

**Resumen:** La Terapia Dialéctica-Comportamental (Dialectical Behavior Therapy, DBT; Linehan, 1993) es un tratamiento basado en la evidencia que fue originalmente desarrollado para adultos con riesgo de suicidio y que ha mostrado evidencia empírica para abordar el trastorno límite de la personalidad (TLP), un trastorno grave, complejo y resistente. Los modelos etiológicos y la investigación más reciente apoyan que la desregulación emocional es uno de los factores precipitantes y mantenedores del TLP, así como de otros trastornos emocionales (p.ej. trastornos de ansiedad, depresión). La DBT ofrece una aproximación de tratamiento multi-componente, integradora y flexible que permite su aplicación en adultos y adolescentes con un rango amplio de dificultades de regulación emocional, considerándose como una intervención transdiagnóstica más allá del TLP. Este informe consiste en una revisión sobre las aproximaciones que sustentan la DBT como una intervención trasdiagnóstica, así como una descripción de las aplicaciones de la DBT que han mostrado más evidencia empírica para tratar a poblaciones con desregulación emocional y otras personas afectadas.

**Palabras clave:** Terapia Dialéctica Comportamental, Terapia Dialéctica Conductual, desregulación emocional, Adaptaciones Terapia Dialéctica Conductual

# ÍNDICE

Introducción	5
1. La Terapia Dialéctica Comportamental como una intervención transdiagnóstica	6
2. Adaptaciones de la Terapia Dialéctica Comportamental	7
2.1. Trastornos Comórbidos al TLP	8
2.1.1. Trastornos de Uso de Sustancias	8
2.1.2. Trastorno de Estrés Postraumático	9
2.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria	11
2.3. Adolescentes con Desregulación Emocional	13
2.4. Familiares de Personas con Desregulación Emocional	14
2.5. Otras adaptaciones y uso de nuevas tecnologías	15
Conclusiones	18
Bibliografía	19
Sobre el autor	22

# INTRODUCCIÓN

La Terapia Dialéctica Comportamental (Dialectical Behavior Therapy; DBT; Linehan 1993a,b, 2015) se desarrolló inicialmente para tratar pacientes con conducta suicida. Posteriormente, el grupo de Linehan y diferentes grupos internacionales pusieron a prueba esta terapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con buenos resultados, considerándose a día de hoy una intervención psicológica eficaz para este trastorno (Stoffers et al., 2012).

La DBT ofrece una aproximación de tratamiento multi-componente, integradora y flexible que se puede utilizar con adultos y adolescentes que muestran un rango amplio de dificultades de regulación emocional (p.ej. desde problemas de afrontamiento hasta autolesiones), por lo que actualmente se podría conceptualizar la DBT como un tratamiento transdiagnóstico. Así, en la última década han surgido diferentes adaptaciones para distintos rangos de edad, categorías diagnósticas y dispositivos asistenciales. En adultos, la literatura científica apoya la aplicación de la DBT para la comorbilidad entre

el TLP y los trastornos de uso de sustancias (TUS) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para trastornos diferentes al TLP, existe evidencia preliminar para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la depresión en personas mayores, así como para trastornos relacionados con el sobrecontrol (p.ej. anorexia nerviosa) con rasgos de personalidad desadaptativos, entre otros. Además, la DBT se ha extendido para el tratamiento de adolescentes con una variedad de trastornos psicológicos. Diferentes adaptaciones se han desarrollado también para familiares afectados por el TLP u otros trastornos conductuales con buenos resultados preliminares.

Este informe consiste en un breve recorrido sobre las aproximaciones que sustentan la DBT como una intervención transdiagnóstica, así como una revisión sobre las principales adaptaciones (y su evidencia empírica) de esta terapia para poblaciones con trastornos relacionados con la desregulación emocional y otras personas afectadas.

# 1. LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL COMO UNA INTERVENCIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

La perspectiva transdiagnóstica y el énfasis en el factor de regulación emocional es un tema fundamental en psicopatología y psicología clínica actualmente. Existen propuestas transdiagnósticas para el tratamiento de distintos trastornos mentales. Por un lado, Fairburn propone un modelo y un programa transdiagnóstico para tratar con un único protocolo a los distintos TCAs, incidiendo en las dimensiones psicopatológicas comunes en esos trastornos (Fairburn, 2008). Otros autores han desarrollado y validado en los últimos años el protocolo unificado para los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011), un único protocolo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos que se centra en el tratamiento de los problemas de regulación emocional también presentes en estos trastornos.

Por otro lado, la Terapia Dialéctica Comportamental tuvo desde su formulación una aproximación transdiagnóstica, seguramente porque el tratamiento no fue diseñado para un trastorno específico, sino para el abordaje de la dimensión psicopatológica de la desregulación emocional, clave en el TLP según la teoría biosocial (Linehan, 1993; Crowell et al., 2009).

Aunque tradicionalmente la DBT se ha relacionado con el TLP, hay dos factores principales que facilitan su aplicación para otras poblaciones. El primero es que las personas con TLP tienden a cumplir criterios de más de un diagnóstico adicional (Harned et al., 2008). De esta forma, la DBT se diseñó para tratar diferentes problemas derivados de un rango amplio de diagnósticos. Por otro lado, la evidencia empírica sobre la eficacia de la DBT sugiere que esta intervención podría ser eficaz, no solo para reducir objetivos de tratamiento graves como el suicidio y las autolesiones, sino también para disminuir dificultades psicológicas asociadas,

como la depresión y las experiencias traumáticas (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, y Bohus, 2004). Además, como otras dificultades psicológicas se pueden caracterizar también por mostrar una incapacidad de regular el afecto negativo intolerable (sin llevar a cabo estrategias de afrontamiento como la autolesión o las conductas suicidas), la DBT se ha extendido y modificado para tratar otros problemas psicológicos (ver Ritschel, Miller, y Taylor, 2013). La flexibilidad de la DBT se debe también al énfasis en el equilibrio de las estrategias de aceptación (p.ej. la validación de las experiencias del paciente y atención plena) y cambio (p.ej. la solución de problemas).

Se podría considerar a Linehan, entonces como una pionera en el desarrollo de aproximaciones transdiagnóstica desde la terapia cognitivo-comportamental. La DBT ofrece una aproximación de tratamiento integradora que se puede utilizar con adultos y adolescentes que muestran un rango amplio de dificultades de regulación emocional. En contraposición con la aproximación tradicional centrada en diagnósticos o síntomas específicos, la DBT es, por tanto, una aproximación centrada en la desregulación emocional que constituiría un elemento común que mediaría el malestar psicológico y las estrategias de regulación desadaptativas.

El énfasis en la desregulación emocional como aspecto central a tratar desde la DBT supone una ventaja de la DBT sobre otras intervenciones cognitivo-comportamentales, diseñadas en la misma época, centradas en trastornos específicos como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros.

## 2. ADAPTACIONES DE LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL

Como hemos explicado anteriormente, la DBT ha sido, y está siendo, aplicada para el tratamiento de otros problemas psicológicos que tienen como característica principal la desregulación emocional. Algunas adaptaciones se han desarrollado para tratar el TLP y otro trastorno comórbido difícil de tratar (TUS y TEPT), mientras que otras se han diseñado para trastornos psicológicos específicos sin TLP (p.ej. trastornos de la conducta alimentaria, depresión). También existen adaptaciones para poblaciones en riesgo (p.ej. adolescentes, familiares). Las investigaciones sobre estas adaptaciones principalmente se han llevado a cabo en Estados Unidos, Australia y Alemania.

Respecto a la evidencia de las adaptaciones de la DBT en España y Latinoamérica, aunque todavía no existen trabajos publicados, el incremento en la diseminación de estas adaptaciones en las universidades, centros de salud mental y conferencias parece indicar que este será un campo de investigación prometedor. Aunque la investigación sobre la eficacia de la DBT para el TLP

se ha extendido en la última década en España (p.ej. García-Palacios et al., 2010; Soler et al., 2009), no hay estudios publicados sobre la eficacia de las adaptaciones. Resultados preliminares de estudios todavía no publicados sobre la eficacia de la DBT para adolescentes y familiares indican una buena aceptación en población española (Navarro, López y Gasol, 2015; Navarro et al., 2016, resultados no publicados).

En Latinoamérica, aunque no hay trabajos experimentales sobre la DBT, existen numerosos trabajos de revisión sobre la aplicación de la DBT para el TLP. Se publicó también un estudio (en una revista no indexada) sobre una adaptación de la DBT para familiares y allegados de personas con TLP con buenos resultados preliminares (Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliesi, 2009).

En este apartado, presentaremos las adaptaciones que han mostrado más evidencia empírica hasta el momento.

## 2.1. TRASTORNOS COMÓRBIDOS AL TLP

### 2.1.1. TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS

Las personas con TLP comúnmente presentan comorbilidad con los TUS (Verheul, 2001) y este perfil de pacientes suelen ser más resistentes al tratamiento. Por ello, Linehan y Dimeff desarrollaron una adaptación de la DBT llevando a cabo algunos cambios para el tratamiento de trastorno/s de uso de sustancias comórbidos (DBT-S; Linehan y Dimeff, 1997).

Las tres principales modificaciones incluyen: 1) incluir estrategias en terapia individual para entrenar al paciente a aplicar las habilidades aprendidas en terapia al contexto natural; 2) construir una red social de amigos y familia para incrementar el refuerzo in vivo de nuevas conductas más adaptativas; y 3) uso de farmacoterapia como terapia sustitutiva de la droga. Además se pone especial énfasis en la aplicación de la filosofía dialéctica dirigida a las recaídas, lo que denominan como abstinencia dialéctica (ver Dimeff, Rizvi, Brown y Linehan, 2000). La abstinencia dialéctica consiste por un lado, en no realizar ninguna conducta adictiva, es decir, conseguir la abstinencia total (estrategias focalizadas en el cambio), y por otro lado, si ocurre una recaída, minimizar el daño (estrategias focalizadas en la aceptación) y volver a la abstinencia cuanto antes. En la terapia individual, se enfatizan los factores relacionados con el compromiso y la relación terapéutica utilizando estrategias de apego y reforzadores naturales. Finalmente, en el entrenamiento en habilidades en grupo, se incluye un módulo centrado en reducir la adicción durante 4 sesiones.

Se han llevado a cabo dos estudios controlados para evaluar dicha adaptación. En el primer estudio (Linehan et al., 1999), se asignaron aleatoriamente a 28 mujeres con TLP y TUS. Se comparó la DBT-S (n=12) con un grupo tratado con un tratamiento habitual (TAU, n=16). Los resultados indicaron una

ventaja estadísticamente significativa de la DBT en términos de retención en el tratamiento (7 de 12 en la DBT y 3 de 16 en el grupo TAU). Sin embargo, no se detectó una diferencia clínicamente significativa entre los tratamientos. Además, los análisis de orina para observar el consumo de drogas fueron realizados seis veces como máximo. Una mejor adherencia al protocolo DBT quizás habría producido mejores resultados, como lo indicaba el análisis post-hoc revelando que las personas más adherentes en la relación cliente-terapeuta en el grupo DBT tenían una mayor proporción de análisis de orina negativos a lo largo del estudio.

El segundo estudio controlado aleatorizado fue llevado a cabo por Linehan y colaboradores (2002). En este estudio, 23 mujeres con TLP y comorbilidad con dependencia a los opiáceos fueron tratadas o bien con DBT-S, o con Terapia de Validación Comprensiva más 12 pasos (Comprehensive Validation Therapy+12 Steps; CVT+12S). Los pacientes en ambos grupos recibieron una dosis alta de medicación agonista a los opiáceos. Los resultados indicaron que ambos tratamientos fueron eficaces en reducir el uso de opiáceos a través de análisis de orina y en disminuir la psicopatología general. El grupo que recibió DBT-S fue más rápido en informar de su consumo de opiáceos que el grupo de CVT+12S. Sin embargo, el programa CVT+12S fue capaz de retener a todos los pacientes a lo largo del estudio en comparación con la DBT-S (100% vs. 64%).

Los resultados sugieren que las estrategias basadas en la aceptación (validación) podrían ser importantes en la retención y en el subsecuente tratamiento de individuos con TLP y uso de opiáceos. Sin embargo, el grupo CVT+12S mostró un incremento en el uso de opiáceos en los últimos cuatro meses de tratamiento. Una interpretación de este hallazgo es que estos participantes



habían comenzado a confiar en sus terapeutas por la provisión de validación, que es un poderoso reforzamiento, y no en aprender la habilidad de auto-validación como se enseña en el paquete de tratamiento de la DBT-S. Estudios futuros ayudaran a confirmar esta hipótesis.

Por otra parte, un segundo objetivo del primer estudio controlado con DBT estándar para el TLP a gran escala en población que no acudía a un centro de investigación (Verheul et al., 2003) fue examinar la eficacia de la DBT entre pacientes con TLP y TUS. Este estudio encontró que la DBT, en comparación con un grupo TAU, era igualmente efectiva para personas con y sin TUS en reducir las conductas más características del TLP (autolesiones

intencionales, automutilación, intentos de suicidio). Sin embargo, la generalización de resultados en otro tipo de conductas (p. ej., abuso de sustancias) fue limitado. El análisis de diez variables relacionadas con la utilización de sustancias encontró solo una diferencia significativa entre grupos a favor de la DBT en la reducción del uso del alcohol (van den Bosch et al., 2002, 2005).

Los resultados de estos estudios indican que la DBT-S podría ayudar a aumentar la retención en el tratamiento, variable fundamental en esta población con altas tasas de abandonos, no obstante, se necesitan más estudios para confirmar su eficacia específica en la mejoría del TUS.

## 2.1.2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La literatura científica indica que la frecuencia de diagnóstico de TLP y TEPT es de aproximadamente el 50% en muestras clínicas (Harned et al. 2010; Zanarini et al. 1998). Dos adaptaciones principales se han llevado a cabo para abordar el TEPT, sobre todo cuando aparece de forma comórbida con el TLP.

Una de las adaptaciones la desarrolló un grupo de investigación alemán. Bohus y colaboradores diseñaron una adaptación de la DBT para el TEPT relacionado con el abuso sexual en la infancia (DBT Post-traumatic Stress Disorder; DBT-PTSD; Bohus et al., 2013; Steil et al., 2011). La DBT-PTSD consiste en un tratamiento residencial de 12 semanas que incluye tres fases principales: 1) psicoeducación; identificación de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales para escapar de las emociones; y enseñar habilidades para controlar estas conductas; 2) intervenciones cognitivas y basadas en la exposición para el trauma; 3) aceptación radical de los hechos relacionados con el trauma y abordar el funcionamiento psicosocial. Los pacientes reciben dos sesiones individuales a la semana (23 sesiones en total) y diferentes intervenciones grupales, incluyendo el entrenamiento en habilidades (11 sesiones en total), un grupo

centrado en auto estima (8 sesiones total), y un grupo de práctica de mindfulness (3 sesiones). Además, atienden tres grupos no específicos cada semana (p.ej., música y arteterapia). Un estudio controlado aleatorizado evaluó la eficacia de esta adaptación en comparación con un tratamiento de lista de espera (Bohus et al., 2013). Los participantes fueron mujeres (n=74) con abuso sexual en la infancia relacionado con TEPT, el 44,6% cumplían criterios para el TLP. Se incluyeron también mujeres que se autolesionaban activamente. Las personas con conductas que atentaban contra la vida en los 4 meses anteriores, dependencia de sustancias actual, diagnóstico de esquizofrenia, o índice de masa corporal menor de 16,5 se excluyeron. DBT-PTSD fue estadísticamente superior a la condición lista de espera en mejorar el TEPT, la depresión y el funcionamiento global, pero no en la severidad global de los síntomas, la disociación, o los síntomas de TLP. Estos resultados fueron comparables en la submuestra mujeres con TLP en cada condición, y la severidad del TLP no se relacionó con los resultados de tratamiento. Entre las mujeres con TLP que recibieron DBT-PTSD, la tasa de remisión del TEPT fue de 41,2%. No hubo evidencia de empeoramiento del TEPT, las autolesiones o la ideación suicida en la condición DBT-PTSD.

En segundo lugar, otra adaptación de la DBT (DBT Prolonged Exposure; Harned, 2013) introduce componentes de la terapia de Exposición Prolongada (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007) para tratar el TEPT comórbido, particularmente en personas diagnosticadas de TLP con conductas suicidas y parasuicidas. Los componentes principales del tratamiento del TEPT incluyen exposición en imaginación y en vivo. Las estrategias de la DBT también se incorporan en la terapia (p.ej. para tratar los problemas que ocurren durante o como resultado del tratamiento focalizado en el trauma). También se incluyen algunos procedimientos estructurados para abordar aspectos complejos de esta población específica (p.ej. memorias traumáticas múltiples y fragmentadas, vergüenza intensa, eventos traumáticos que no cumplen con la definición de trauma como el rechazo, la invalidación, la traición). El protocolo de tratamiento combinado de DBT y DBT PE dura un año y comienza con la DBT estándar focalizada en estabilizar las conductas que atentan contra la vida (p.ej. autolesiones) y otras conductas de alto riesgo. El protocolo DBT PE se integra en las sesiones de terapia individual cuando la persona cumple los criterios necesarios (ver Harned et al., 2012). Después de completar el protocolo DBT PE, el resto del año de tratamiento se aplica la DBT para tratar los objetivos de tratamiento restantes. Respecto a la investigación, la DBT + DBT PE se ha evaluado en un estudio piloto (n = 13) (Harned et al. 2012) y en un estudio controlado aleatorizado (n = 26) que comparó la DBT con y sin el protocolo DBT PE (Harned et al. 2014). Ambos estudios seleccionaron mujeres con TLP, PTSD y episodios recientes de autolesiones o conducta suicida (últimos 2-3 meses) y excluyeron a las personas con trastorno bipolar u otros trastornos psicóticos. Los resultados de estos dos estudios indicaron que el protocolo DBT PE fue factible en el 80-100 % de las personas que completaron el tratamiento. Las participantes comenzaron el protocolo DBT PE después de unas 20 semanas de DBT estándar. De estas participantes, el 73% completaron el tratamiento en

una media de 13 sesiones. El programa DBT + DBT PE fue muy aceptable por parte de los pacientes y los terapeutas en términos de expectativas y satisfacción y la mayoría de los pacientes (73,8 %) prefirieron el programa completo de DBT + DBT PE más que la DBT+PE por separado (Harned et al. 2013). A través de ambos estudios, las muestras tratadas con DBT + DBT PE mostraron mejorías altas y significativas en la severidad del TEPT, y tasas moderadas respecto a la remisión del TEPT (58,3-60,0 %). En el estudio controlado, las pacientes que completaron el protocolo DBT PE obtuvieron una tasa de remisión del TEPT del doble, respecto a los que recibieron la DBT estándar sola (80 % vs. 40 %). También obtuvieron menores tasas de intentos de suicidio (17 % vs. 40 %) y autolesión (67 % vs. 100 %). En ambos estudios las participantes que recibieron la condición DBT + DBT PE también obtuvieron altas mejorías después del tratamiento en disociación, ansiedad, culpa, vergüenza y funcionamiento social y global; en el estudio controlado, estas mejorías fueron mayores en el grupo recibió el protocolo de DBT + DBT PE. En este estudio, el 80% de las personas que completaron el tratamiento DBT + DBT PE, en comparación con el 0% de los que completaron el tratamiento con solo DBT, obtuvieron un cambio clínicamente significativo y llegaron a una nivel de funcionamiento normativo en términos de severidad global de la sintomatología después de la intervención.

Como conclusión de estos estudios, los resultados preliminares apuntan a que la intervención DBT PE podría ser una intervención adecuada para tratar la comorbilidad entre el TLP y el TEPT ya que obtiene mejorías en características de ambos trastornos. Sin embargo, los resultados sobre la DBT PTSD sugieren que esta intervención es más específica para disminuir el TEPT relacionado con el abuso en la infancia y que, por lo tanto, es posible que algunos aspectos adicionales fueran necesarios para tratar conjuntamente el TLP.

## 2.2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las adaptaciones de la DBT para el TCA conceptualizan el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa, desde el punto de vista del tratamiento como trastornos de desregulación emocional.

Con referencia al trastorno por atracón, Telch, Agras y Linehan (2000) examinaron en un estudio pre-post una adaptación de la DBT (DBT-Binge Eating Disorder; DBT-BED). Se trataba de 20 sesiones de terapia grupal de entrenamiento en habilidades y análisis conductual, aspecto central de la terapia individual en la DBT estándar. El objetivo principal fue la eliminación de atracones a través de la disminución de desregulación emocional, hipotetizada como aspecto central en el mantenimiento del trastorno por atracón en mujeres. Las dos primeras sesiones se dirigieron a explicar la lógica de los atracones como una estrategia de desregulación emocional, es decir, a través de los atracones las personas obtenían un alivio inmediato de su malestar, por lo que se proponía aprender estrategias de regulación emocional. Los módulos del entrenamiento en habilidades fueron mindfulness, regulación emocional y tolerancia al malestar. De 11 mujeres que entraron en el estudio, ninguna abandonó el tratamiento y completaron las medidas de evaluación. En el 82% de los casos se eliminaron por completo los atracones al final del tratamiento. A los tres meses de seguimiento, el 80% de las mujeres mantuvieron la abstinencia de los atracones y el 70% a los seis meses de seguimiento. Un año después, estos mismos autores realizaron un estudio controlado (Telch, Agras y Linehan, 2001) comparando la adaptación de la DBT-BED con una condición de lista de espera para mujeres con trastorno por atracón. La DBT consiguió mejorías superiores en atracones, imagen corporal, otras conductas alimentarias e ira. En esta misma línea, en un estudio controlado aleatorizado (Safer, Robinson y Jo, 2010) para poner a prueba la DBT-BED, hombres y mujeres (n=101) con trastorno por atracón se asignaron a dos condiciones: 1) DBT-BED

(n=50); 2) Tratamiento grupal activo de comparación (ACGT) (n=51). El grupo DBT-BED obtuvo una tasa menor de abandonos (4% vs. 33.3%). Los resultados después del tratamiento mostraron que la abstinencia de atracones y las reducciones de la frecuencia del atracón se redujeron más rápidamente en la condición DBT-BED, aunque estas diferencias no persistieron en el seguimiento.

Respecto al tratamiento para la bulimia nerviosa, Safer, Telch y Agras (2001) compararon una modificación de la DBT basada en la DBT-BED con un grupo de lista de espera. La adaptación consistió en 20 sesiones semanales de 50 minutos de terapia individual específicamente dirigidas a enseñar habilidades de regulación emocional para reducir la frecuencia de atracones y las purgas. La principal modificación fue que se combinaron componentes de la DBT individual y grupal (como en la DBT-BED). Sin embargo, en la DBT-BED la terapia se realizó en formato grupal y en este caso se realizó a nivel individual. Las personas tratadas con DBT mostraron una disminución significativa superior a la lista de espera en las purgas y atracones. Después del tratamiento, el 20% de los pacientes en lista de espera y el 36% de los pacientes DBT no cumplieron criterios para la bulimia.

En esta misma línea, se realizó otra adaptación de la DBT para bulimia nerviosa centrada no solo en las dificultades de regulación emocional, sino también en las señales apetitivas como factores contribuyentes del desarrollo y mantenimiento de los síntomas bulímicos (Hill, Craighead, y Safer, 2011). El programa de tratamiento se llama DBT focalizada en el apetito (DBT-Appearance-Focused) y pretende enseñar a los pacientes a: 1) desarrollar más consciencia de las emociones y las señales apetitivas (Craighead, 2006); 2) reemplazar los atracones y las purgas con habilidades de regulación emocional; y 3) utilizar señales internas de hambre y asociación para guiar su conducta alimentaria.

Los autores pusieron a prueba el programa en un estudio clínico controlado aleatorizado. Mujeres con episodios de atracón/purga al menos una vez a la semana se asignaron aleatoriamente a 12 semanas de DBT-AF (n=18) o 6 semanas de control lista de espera (n=14). A los seis meses, las participantes que recibieron el tratamiento DBT-AF informaron de significativamente menos síntomas de bulimia nerviosa que el grupo control. Después del tratamiento, el 26,9% de las 26 participantes que iniciaron el tratamiento (18 de las asignadas inicialmente y 8 de las de la lista de espera) fueron abstinentes a los atracones/purgas en el último mes, y el 61,5% no cumplieron criterios para bulimia o solo cumplieron algunos criterios (grupo subclínico). Estos resultados sugieren que la DBT-AF, con más investigación, podría ser prometedora como un tratamiento alternativo a la DBT estándar o a la Terapia Cognitivo Conductual para la bulimia nerviosa.

Como vemos, la mayoría de adaptaciones se han focalizado en tratar la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, excluyendo la anorexia nerviosa (especialmente el subtipo restrictivo). Respecto a la anorexia nerviosa, dos estudios piloto (Chen et al., 2015; Salbach-Andrae, Bohnekamp, Pfeiffer, y Lehmkul, 2008) hallaron evidencia preliminar de la eficacia de la DBT en disminuir severidad de los síntomas de la anorexia nerviosa. Sin embargo, se necesitan estudios más rigurosos.

Por otro lado, Lynch et al. (2013) desarrollaron una adaptación novedosa llamada DBT-Apertura Radical (Radically Open-DBT; RO-DBT) para pacientes ingresados con anorexia nerviosa. Esta terapia es un tratamiento transdiagnóstico que conceptualiza la anorexia nerviosa dentro de los trastornos caracterizados por el sobrecontrol.

Aunque utiliza los principios de la DBT estándar, las estrategias de la RO-DBT son diferentes. Por ejemplo, en la RO-DBT la soledad emocional representa el problema principal de los trastornos de sobrecontrol, y en la DBT el problema principal es la desregulación emocional. Las funciones y los modos de tratamiento son similares a la DBT estándar, sin embargo, el objetivo principal es disminuir el sobrecontrol conductual más que reducir el descontrol conductual como en la DBT estándar. Además, durante el tratamiento, los pacientes realizan otros tratamientos auxiliares basados en los principios de la RO-DBT como la práctica de mindfulness, grupos semanales de manejo de las comidas, arte terapia, espacios de reflexión y discusiones sobre la imagen corporal. Lynch et al. (2013) llevaron a cabo un estudio piloto para evaluar esta intervención con pacientes ingresados (n=47) diagnosticados de anorexia nerviosa restrictiva. La RO-DBT tuvo una duración de 21 semanas. El 70% de los participantes completaron el tratamiento mostrando un incremento sustancial del índice de masa corporal. El 35% de los que completaron el tratamiento obtuvieron una remisión total de la anorexia nerviosa y el 55% obtuvo una remisión parcial. Los participantes que completaron el tratamiento mostraron mejorías significativas en sintomatología del TCA, calidad de vida y malestar psicológico.

Como conclusión de estos estudios, la baja tasa de abandonos y las mejorías sintomáticas en estas poblaciones con trastornos graves sugieren que los componentes de la DBT podrían ser útiles para el tratamiento de pacientes con TCA. Sin embargo, las tasas de remisión indican que estos tratamientos necesitan mejorarse y refinarse.

## 2.3. ADOLESCENTES CON DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Respecto a la población adolescente, el grupo de Miller realizaron una adaptación para el tratamiento de adolescentes suicidas (DBT for Adolescents; DBT-A; Miller, Rathus, y Linehan, 2007; Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, y Leigh, 1997).

Las modificaciones principales de la DBT estándar incluyen: 1) reducir la duración de la terapia a 12 semanas; 2) disminuir el número de habilidades y simplificación del lenguaje de los materiales terapéuticos de entrenamiento en habilidades; 3) incluir a los padres u otros cuidadores en el entrenamiento en grupo para ayudarlos a entrenar al adolescente en el uso de habilidades y a mejorar sus propias habilidades cuando interactúan con los adolescentes, reduciendo así la disfunción familiar; 4) incluir a los miembros de la familia en algunas sesiones de terapia individual cuando los asuntos familiares son primordiales (García-Palacios y Navarro-Haro, 2016). Los pacientes recibían terapia individual dos veces a la semana. Las reuniones de supervisión entre el equipo de terapeutas y las consultas telefónicas se realizaron como en la DBT estándar.

Tres estudios han mostrado resultados prometedores de la DBT-A para adolescentes con conductas suicidas y síntomas de TLP tanto en régimen ambulatorio (Rathus y Miller, 2002; Menlum et al., 2014), como en pacientes ingresados en régimen de larga estancia (Katz, Cox, Gunasekara y Miller, 2004).

Rathus y Miller (2002) informaron de resultados de un estudio no controlado para poner a prueba la adaptación. Los adolescentes que en las seis semanas previas al tratamiento habían tenido un intento de suicidio fueron asignados a la DBT (n=29), los restantes adolescentes (n=82) fueron asignados a una condición de tratamiento habitual, que consistió en terapia individual psicodinámica dos veces a la semana y terapia familiar una vez a la semana. Después de un tratamiento de 12 semanas, los grupos no diferían en intentos de suicidio, sin embargo, el grupo DBT que tenían síntomas más severos y hospitalizaciones en el pre-tratamiento tuvieron menor porcentaje de abandonos y menos

días de ingreso psiquiátrico.

En un segundo estudio, 77 adolescentes con autolesiones frecuentes tratados en centros ambulatorios se asignaron a DBT-A o un tratamiento habitual optimizado. La DBT-A fue significativamente superior que el tratamiento habitual en reducir las autolesiones, la ideación suicida y los síntomas depresivos (Menlum et al., 2014).

Por otro lado, Katz y sus colaboradores (2004) asignaron a 62 adolescentes con conductas suicidas en régimen de larga estancia, a dos condiciones: DBT y TAU. La asignación se basó en la evaluación del tiempo de ingreso. La media de estancia en ambos grupos fue de 18 días. La DBT redujo significativamente los problemas de conducta en el centro durante el tratamiento (incluyendo autoagresiones y heteroagresiones). Las reducciones significativas en depresión y desesperanza sugieren que la DBT fue más eficaz que el grupo TAU en reducir los factores de vulnerabilidad al suicidio después de un año.

Por último, un grupo de investigación en Alemania (Fleischhaker et al., 2011) realizó una modificación de la versión DBT-A desarrollada por Rathus y Miller extendiendo el programa de 12 a 16-24 semanas. El tratamiento fue ambulatorio. Se llevó a cabo un estudio piloto con 12 adolescentes. El 83% de ellos cumplía 5 criterios o más del TLP. Desde el principio de la terapia hasta un año después, la media del número de criterios diagnósticos de TLP disminuyó significativamente, aunque el 75% de los pacientes continuaban en terapia. La sintomatología psiquiátrica general del adolescente disminuyó con tamaños del efecto entre moderados y altos. Durante el tratamiento, las conductas autolesivas no suicidas se redujeron significativamente. No se produjo ningún intento de suicidio durante el tratamiento, ni al año de seguimiento. Los resultados preliminares sugieren que las intervenciones fueron bien aceptadas por los pacientes y sus familias y que fueron asociadas con mejorías en múltiples dominios como la conductas suicidas y autolesivas.

A pesar del debate actual sobre diagnosticar trastornos de personalidad en la adolescencia, estos estudios sugieren la utilidad de la DBT para adolescentes con desregulación emocional grave. No obstante, es necesario realizar estudios más rigurosos para poner a prueba estas intervenciones. Además de los resultados específicos de la DBT para adolescentes con TLP,

una revisión puso de manifiesto que la DBT es una intervención prometedora para tratar jóvenes con diferentes problemáticas relacionadas con la desregulación emocional como la depresión, el trastorno bipolar, las conductas alimentarias desadaptativas, y las conductas impulsivas y agresivas (ver Groves, Backer, van den Bosch y Miller, 2011).

## 2.4. FAMILIARES DE PERSONAS CON DESREGULACIÓN EMOCIONAL

El modelo biosocial desarrollado por Marsha Linehan y el modelo transaccional desarrollado por Alan Fruzzetti defienden un rol fundamental del ambiente social y familiar en el desarrollo, mantenimiento y recaídas, y/o remisión de los problemas asociados con el TLP y la desregulación emocional crónica (Linehan, 1993a, Fruzzetti y Fruzzetti, 2003; Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005). Por tanto, se ha visto necesario desarrollar intervenciones para abordar el ambiente familiar de las personas con TLP.

Aunque se necesitan investigaciones más rigurosas, y tan solo se han llevado a cabo estudios con población estadounidense, la investigación sobre intervenciones familiares basadas en la Terapia Dialéctica Comportamental muestra resultados alentadores. Actualmente, existen dos tipos de adaptaciones principales: el programa Family Connections (FC®; Fruzzetti y Hoffman, 2004) y el entrenamiento grupal en habilidades de la DBT llamado Friends and Family (Linehan, 2015). Mientras que el primer programa es una intervención específica para mejorar la relación entre el familiar y la persona con TLP, el segundo se centra en estrategias para el propio familiar como individuo, y también para su relación con el entorno, incluida la persona diagnosticada de TLP.

En primer lugar, FC® es una adaptación que proporciona psicoeducación, entrenamiento en habilidades breve, y apoyo específico para familiares de personas con TLP. El modelo de intervención de Family Connections propone un entrenamiento grupal en estrategias para expresarse de una forma más adecuada, validar y disminuir la invalidación. Según este modelo, el hecho de

sentirse validado (sentir que sus respuestas tienen sentido y son comprensibles dentro de su contexto o situación vital actual), hace más fácil identificar emociones importantes y expresarlas de forma adecuada, lo que ayuda a regular las emociones, factor clave en el TLP (Fruzzetti et al., 2005). La adaptación de la DBT para familiares (ver Fruzzetti, Santisteban y Hoffman, 2007, para más detalle) utiliza componentes de la DBT estándar como el foco en mindfulness y regulación emocional e incluye otras habilidades específicas para familias. El tratamiento no tiene una duración determinada (mínimo 6 sesiones), y puede ofrecerse en grupo (suele ser el formato estándar) o en terapia individual. Las habilidades específicas para familias son principalmente: 1) El mindfulness relacional se centra en la conciencia de uno mismo y en la conciencia del familiar (pareja, hijo, etc.) con especial atención en disminuir los juicios, y transformar la ira en otra emoción primaria (p.ej. tristeza, miedo, decepción), ya que tanto los juicios como la ira son clave en los conflictos interpersonales. 2) Las habilidades de validación consisten en cómo entender a la otra persona, comunicar ese entendimiento de forma genuina, y reforzar la expresión emocional adecuada. El modelo de Fruzzetti enseña además, no solo cómo validar, sino qué aspectos validar, cuándo hacerlo, cómo construir motivación para validar y cómo recuperarse de la invalidación. 3) Las habilidades de manejo de los problemas tienen como objetivo enseñar cómo describir los problemas adecuadamente, cómo observar los factores que interfirieron en la relación y cómo generar soluciones para los problemas. 4) Las habilidades de acercamiento brindan a los familiares la oportunidad de transformar los conflictos en entendimiento y conexión. Las habilidades de acercamiento van dirigidas a construir aceptación radical.

Los estudios piloto que han evaluado el programa FC@ sugieren reducciones en el duelo y la sobrecarga emocional y un aumento del bienestar psicológico y la autoeficacia en los familiares tras recibir el programa FC@ (Hoffman et al., 2005; Hoffman, Fruzzetti, y Buteau, 2007).

En segundo lugar, el programa Friends and Family consiste en el componente grupal de entrenamiento en habilidades de la DBT para familiares de personas con trastornos de conducta (incluido el TLP) en una versión reducida (6 meses en vez de 1 año y de 1,5h de duración por sesión) e incluye los cuatro módulos de la DBT estándar: regulación emocional, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal y atención plena (mindfulness). Según Wilks et al., 2017, el entrenamiento en habilidades, podría ser una intervención adecuada para familiares y cuidadores de personas con TLP. Específicamente, podría ayudar a mejorar la habilidad de los

familiares de regular sus propias emociones y de controlar las situaciones de estrés interpersonal con el familiar con TLP o con desregulación emocional.

Los resultados de un estudio piloto pre-post que evaluó el programa Friends and Family para personas con trastornos conductuales (incluido el TLP) demuestran una mejoría en la desregulación emocional, la reactividad al estrés, y variables interpersonales de los familiares evaluadas tras seis meses de entrenamiento en habilidades (Wilks et al., 2017).

Las adaptaciones para familiares muestran resultados prometedores para trabajar en el ambiente del TLP, lo que podría ayudar, según las teorías más actuales, a disminuir también la gravedad del trastorno.

## 2.5. OTRAS ADAPTACIONES Y USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Existen otras adaptaciones de la DBT estándar para diferentes poblaciones y ámbitos de intervención. A continuación, se revisan brevemente las que cuentan con más evidencia empírica (ver Dimeff y Koerner, 2007 y Valentine et al., 2014 para otras adaptaciones).

En 2002, se desarrolló una adaptación para un trastorno muy común y actual como es el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Aunque el tratamiento primario para este trastorno es la medicación estimulante, las personas con este problema podrían beneficiarse de estrategias de afrontamiento a través de esta adaptación. Hesslinger y colaboradores (2002) desarrollaron en Alemania un programa de entrenamiento en

grupo de 13 sesiones para adultos con TDAH que consistía en una adaptación breve del entrenamiento en habilidades de la DBT. Además del componente psicoeducativo sobre el TDAH, el grupo incluye dos sesiones de práctica de atención plena, dos sobre conducta impulsiva y tolerancia al malestar, uno de regulación emocional y dos de análisis conductual. En un estudio no controlado, Hesslinger et al. (2002) seleccionaron pacientes (n=11) para recibir esta adaptación de la DBT y con cambios leves en la medicación durante el estudio. Después del tratamiento se encontraron disminuciones significativas en depresión y síntomas de TDAH y mejorías significativas en pruebas neuropsicológicas de atención selectiva.

Por otro lado, Lynch (2000) desarrolló una adaptación de la DBT estándar para personas mayores con depresión, enfatizando las habilidades que podrían ser especialmente relevantes para esta población: aceptación de situaciones de la vida que no se pueden cambiar (aceptación radical), incremento de la consciencia sin juzgar (mindfulness), control atencional (mindfulness), tolerancia del dolor (tolerancia al malestar), actuar de forma opuesta a los impulsos derivados de la depresión (acción opuesta), e incrementar la eficacia interpersonal. La diferencia principal con la DBT estándar tiene que ver con los objetivos de tratamiento: disminuir conductas relacionadas con la depresión y las estrategias de afrontamiento rígidas que podrían considerarse factores de vulnerabilidad para el mantenimiento y recurrencia de la depresión. Basándose en la perspectiva dialéctica de la DBT, esta terapia enseña a equilibrar diferentes polos de funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual, de forma que las respuestas extremas se disminuyen a favor de respuestas más flexibles y adaptativas. Lynch, Morse, Mendelson, y Robins (2003) evaluaron la adaptación en un estudio controlado aleatorizado. Para ello, asignaron a 24 adultos (crónicamente deprimidos, dependientes y con quejas médicas múltiples) de 60 años aproximadamente, a dos condiciones: 1) medicación antidepresiva y manejo clínico (MED) y 2) MED + 1 sesión semanal de entrenamiento en habilidades en grupo DBT (con una duración de 28 semanas en dos ciclos), y media hora semanal de consulta

telefónica con el terapeuta individual. Los resultados indicaron que los grupos de tratamiento no diferían significativamente en síntomas de depresión, aunque el 71% de los pacientes que recibieron MED+DBT, y solamente el 47% de los pacientes que recibieron MED, presentaron una remisión de los síntomas. A los seis meses de seguimiento, se produjeron más remisiones en el grupo MED+DBT (75%) que en el grupo MED (31%). A pesar de los resultados, este estudio tuvo varias limitaciones como el reducido tamaño de la muestra y el porcentaje mayor de mujeres que de hombres, lo que impide la completa generalización.

Otra línea de aplicación de la DBT son las poblaciones privadas de libertad. McCann, Ball e Ivanoff, (2000) adaptaron la DBT para población forense. La adaptación de la DBT incluyó componentes terapéuticos conductuales relacionados con el homicidio y la violencia interpersonal, el reforzamiento del registro sincero de conductas desadaptativas, la adquisición de habilidades con técnicas de juego de roles, e intervenciones dirigidas a tratar la insensibilidad emocional de las personas con conducta antisocial. Se realizó un estudio comparando la terapia individual habitual y la DBT en una muestra de presos hombres con un seguimiento a los 18 meses (Evershed et al., 2003). Los participantes que recibieron la condición DBT obtuvieron una mayor reducción de la gravedad de los episodios de violencia y de las emociones negativas, una menor predisposición y expresión de la ira y a la hostilidad.



Para finalizar, haremos una breve mención sobre las adaptaciones que se han realizado para diseminar la DBT a través de las nuevas tecnologías. La principal ventaja de utilizar nuevas tecnologías como los dispositivos móviles, el Internet y la Realidad Virtual es que la DBT, una intervención basada en la evidencia y transdiagnóstica, podría llegar a un alto porcentaje de poblaciones que no tienen posibilidad de acudir a terapia o costearse un tratamiento completo. El primer estudio puso a prueba una aplicación móvil llamada DBT coach que tenía como objetivo aumentar la generalización de la habilidad acción opuesta (una estrategia de regulación emocional) en pacientes ( $n=22$ ) con TLP y TUS (Rizvi, Dimeff, Strutch, Carroll y Linehan, 2011). Los resultados mostraron un decremento significativo de la intensidad emocional y los impulsos de consumir sustancias durante cada sesión de uso del móvil. Por otro lado, un estudio de caso, evaluó el uso de la Realidad Virtual para la práctica de las habilidades de mindfulness de DBT en una paciente con TLP y TUS (Navarro-Haro et al., 2016). Los impulsos de cometer suicidio, autolesión, dejar la terapia, consumir sustancias y las emociones negativas disminuyeron después de cada sesión de DBT mindfulness con realidad virtual. Finalmente, diferentes estudios no publicados se están llevando a cabo para evaluar el entrenamiento en habilidades de la DBT en

formato online con buenos resultados preliminares.

Por último, también existe una aplicación de la DBT para pacientes con TLP en régimen de ingreso (Bohus et al., 2004). El programa para ingresados se desarrolló en 1995 e incluye los siguientes componentes: terapia individual según la DBT estándar con más frecuencia (2 h/semana), terapia de entrenamiento en habilidades según la DBT estándar, grupo psicoeducativo sobre la teoría biosocial y otros aspectos del TLP (1 h/semana), reuniones de grupo con los compañeros de planta (2 h/semana), grupo de mindfulness basado en la DBT (1 h/semana), terapia individual para trabajar la imagen corporal (1.5 h/semana) y reuniones de supervisión de los terapeutas según DBT estándar (2 h/semana). Una de las tareas principales del equipo era aplicar intervenciones para las crisis y enseñar a los pacientes a utilizar habilidades de DBT durante el ingreso. El programa tiene una duración de 4 meses. Un estudio controlado, no aleatorizado, comparó la DBT para ingresados ( $n=31$ ) con una condición lista de espera ( $n=19$ ). Los resultados mostraron que la DBT mejoró significativamente más que el grupo lista de espera en depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal, ajuste social, psicopatología global y autolesiones (Bohus et al., 2004).

# CONCLUSIONES

La DBT se desarrolló inicialmente para personas con alto riesgo de suicidio y se ha demostrado su eficacia principalmente para el TLP, un tratamiento con alta comorbilidad con otros trastornos emocionales. Sin embargo, las diferentes aplicaciones expuestas en este informe apoyan la idea de esta terapia podría considerarse un tratamiento transdiagnóstico capaz de abordar un gran rango de condiciones psicopatológicas relacionadas con la desregulación emocional. Es importante también señalar que todavía se necesitan estudios más rigurosos y replicaciones para

que estas adaptaciones sean validadas, sin embargo, en general los resultados preliminares nos hacen pensar en la buena utilidad de las mismas.

Para terminar, en la Tabla 1 presentamos un resumen de las adaptaciones más importantes:

5 principales armas diagnósticas del profesional sanitario.

Autores	Población	Formato	Principales adaptaciones
Fruzzetti et al., 2007 (Family Connections)	Familiares de personas con desregulación emocional	No tiene una duración determinada (mínimo 6 sesiones), en grupo o individual	Habilidades específicas para familias basadas en la DBT: 1. Mindfulness relacional. 2. Habilidades para entender la invalidación y practicar la validación. 3. Habilidades de manejo de problemas. 4. Habilidades de acercamiento.
Harned et al., 2013 (DBT PE)	TLP y TEPT	13 sesiones aproximadamente. El protocolo DBT PE se integra en la terapia individual de DBT estándar cuando la persona cumple los criterios necesarios.	1. Se incluyen componentes de exposición en imaginación y en vivo de la Terapia de Exposición Prolongada para tratar el TEPT. 2. Las estrategias de la DBT también se incorporan en la terapia. 3. Se incluyen procedimientos estructurados para abordar aspectos complejos de la población específica.
Hesslinger, 2002	TDHA en adultos	13 sesiones de terapia grupal	1. Psicoeducación sobre el TDAH y el uso adecuado de la medicación. 2. Dos sesiones de práctica de atención plena, dos sobre conducta impulsiva y tolerancia al malestar, uno de regulación emocional y dos de análisis conductual.
Linehan y Dimeff, 1997 (DBT-S)	TLP y TUS	24 sesiones semanales de DBT estándar individual y grupal	1. Estrategias para construir una red social de amigos y familia para incrementar el refuerzo en vivo de nuevas conductas más adaptativas. 2. Estrategias para entrenar al paciente a aplicar las habilidades aprendidas en terapia al contexto natural en terapia individual. 3. Estrategias de apego para mejorar adherencia. 4. Farmacoterapia sustitutiva de la droga. 5. Cuatro sesiones de entrenamiento en habilidades centradas en la adicción.
Lynch et al., 2013 (RO-DBT)	Anorexia Nerviosa como trastorno de sobrecontrol	21 sesiones semanales de terapia individual y grupal (pacientes ingresados)	1. Objetivos terapéuticos para tratar el sobrecontrol. 2. En la terapia individual, se tratan las rupturas de la alianza terapéutica. 3. En la terapia grupal: en el módulo de mindfulness, la práctica está asociada a tratar problemas relacionados con el sobrecontrol. También se añade un módulo específico de 8 sesiones llamado <i>apertura radical</i> . 4. Se añaden tratamientos auxiliares basados en los principios de la RO-DBT.
Lynch, 2000	Mayores con depresión o con comorbilidad con trastornos de la personalidad	28 sesiones de terapia grupal	1. Foco en conductas relacionadas con la depresión y estrategias de afrontamiento rígidas 2. Énfasis en la aceptación radical, incremento de la consciencia sin juzgar y control atencional (mindfulness), tolerancia del dolor, actuar de forma opuesta a los impulsos derivados de la depresión, e incrementar la eficacia interpersonal.
Miller et al., 1997 (DBT-A)	Adolescentes con riesgo de suicidio	12 semanas de terapia individual y grupal	1. Reduce la duración de la terapia a 12 semanas 2. Incluye a la familia u otros cuidadores en el entrenamiento en habilidades en grupo. 3. Incluye a la familia en algunas sesiones de terapia individual. 4. Las sesiones de terapia individual son dos veces a la semana.
Telch, Agras y Linehan, 2000 (DBT-BED) Safer, Telch y Agras, 2001	Trastorno por atracón Bulimia Nerviosa	20 sesiones semanales de terapia grupal para Trastorno por Atracón e individual para Bulimia Nerviosa	1. Análisis conductual: explicar la lógica de los atracones como una estrategia de desregulación emocional. 2. Módulos del entrenamiento en habilidades: mindfulness, regulación emocional y tolerancia al malestar.

Tabla 1. Resumen de las adaptaciones de la DBT (modificada de García-Palacios y Navarro-Haro, 2016)

# BIBLIOGRAFÍA

- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., et al. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Kruger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221–233.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487.
- Craighead, L. W. (2006). The appetite awareness workbook. Oakland, CA: New Harbinger. Publications, Inc.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M., y Linehan, M. M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 457-468.
- Chen, E. Y., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., Bohus, M. et al. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa—A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 123-132.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., y Watsons, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal behaviour and mental health*, 13, 198-213.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press
- Fleischhaker, C., Sixt, B., Bruck, C., Schneider, C., Schulz, E., y Bohme, R. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3.
- Foa, E., Hembree, E., y Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
- Fruzzetti, A. E. y Boulanger, J. L. (2005). Family involvement in treatment. En J. G. Gunderson y P. D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (pp. 151-164). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fruzzetti, A.E., y Fruzzetti, A.R. (2003). Borderline personality disorder. En D.K. Snyder y M.A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235–260). New York: Guilford Press.

- Fruzzetti, A.E., Santisteban, D.A., y Hoffman, P.D. (2007). Dialectical Behavior Therapy with families. En L. A. Dimeff and K. Koerner, K. (Eds.), *Dialectical behavior in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 222-244). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C., y Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.
- García-Palacios, A., y Navarro-Haro, M. V. (2016). *Terapia dialéctica comportamental*. Madrid: Editorial Síntesis.
- García-Palacios, A., Navarro, M. V., Guillén, V., Marco, H., y Botella, C. (2010). Preliminary efficacy of dialectical behaviour therapy in people diagnosed with borderline personality disorder and bulimia nervosa. *Behavioral Psychology*, 1, 197-216.
- Groves, S., Backer, H. S., van, . B. W., y Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17, 65-75.
- Harned, M. S. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid borderline personality disorder. In D. McKay y E. Storch (Eds.), *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders*. New York: Springer Press.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., y Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., y Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., y Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behavior Research and Therapy* 55, 7-17.
- Harned, M. S., Rizvi, S. L., y Linehan, M. M. (2010). The impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1210-1217.
- Haynos, A. F., y Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 3, 183-202.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., y Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training programme. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177-184.
- Hill, D. M., Craighead, L. W., y Safer, D. L. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 249-261.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., y Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 3.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.

- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training Manual, Second Edition*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. y Dimeff, L. A. (1997). *Dialectical behavior therapy for substance abuse treatment manual*. Seattle, Washington: University of Washington.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., y Kivlanhan, D. R. (2002). Dialectical behavioral therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., y Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8, 279-292.
- Navarro-Haro, M. V., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K. et al., (2016). The Use of Virtual Reality to Facilitate Mindfulness Skills Training in Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Lych, T.R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 468-477.
- Lynch, T. R., Gray, K. L. H., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y. y O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., y Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11, 1.
- McCann, R.A., Ball, E.M. e Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic model. *Cognitive Behavioral Practice*, 7, 447-56.
- Mehlum, L., Tormoen, A., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L., Laberg, S., et al. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082-1091.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., y Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M., Wetzler, S., y Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 146-57.
- Ritschel, L. A., Miller, A. L. y Taylor, V. (2013). Dialectical behavior therapy for emotion dysregulation. En J. Ehrenreich-May y B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic Mechanisms and Treatment for Youth Psychopathology* (pp. 203-232). New York: Guilford Press.
- Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D., y Linehan, M. M. (2011). A Pilot Study of the DBT Coach: An Interactive Mobile Phone Application for Individuals With Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Behavior Therapy*, 42, 589-600.
- Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., y Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 4, 415-425.

- Safer, D. L., Lively, T. J., Telch, C. F., y Agras, W. S. (2001). Dialectical Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 58, 632-634.
- Safer, D. L., Robinson, A.H. y Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106-120.
- Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.
- Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, CD005652.
- Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G.M. y van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 2, 911-23.
- Van den Bosch, L., Koeterb, M., Stijnene, T., Verheulc, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Valentine, S.E., Bankoff, S.M., Poulin, R.M., Reidler, E.B. y Pantalone, D.W. (2014). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1-20.
- Verheul, R. (2001). Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Wilks, C.R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. Lungu, A., y Linehan, M. M. (2017). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 288-295.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R., Dubo, E. D., Sichel, A. E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.

## SOBRE EL AUTOR:

María Vicenta Navarro trabajó durante 4 años (2008-2012) en el grupo de investigación de Psicopatología, Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Emocionales (Universitat Jaume I, Castellón), colaborando en numerosos proyectos de investigación de ámbito nacional e internacional. Se doctoró en Psicología por la Universitat Jaume I en 2011. Su tesis doctoral consistió en un estudio controlado sobre la eficacia de la DBT para tratar la comorbilidad entre el TLP y los TCA. En 2012, fue seleccionada para realizar un postdoctorado con duración de dos años en el equipo de Behavioral Research & Therapy Clinics (BRTC, Seattle, Estados Unidos), dirigido por Marsha Linehan. Fue terapeuta en el equipo clínico de BRTC. También colaboró en diferentes investigaciones relacionadas con DBT, destacando un estudio para evaluar la eficacia de la DBT en adolescentes con riesgo de suicidio. La Dra. Navarro es autora de artículos y libros relacionados con el TLP y el uso de nuevas tecnologías para tratar la desregulación emocional. Ha participado en numerosas conferencias en el ámbito de los trastornos de la personalidad. Actualmente trabaja como psicoterapeuta, coordinadora de investigación en psicología y de la DBT en el Instituto Trastorno Límite (Hospital General de Catalunya) e imparte docencia sobre diferentes aspectos relacionados con la DBT.

**viu** | **Universidad**  
Internacional  
de Valencia

Síguenos en:



[www.viu.es](http://www.viu.es)