

TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPIES FOR THE TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS

MANUELA NAVARRO-LEIS ^a Y MARCOS LÓPEZ HERNÁNDEZ-ARDIETA ^a

^a Psicólogo Clínico. Centro de Atención Integral a Drogodependientes CAID Este, de la Comunidad de Madrid. molly6588@gmail.com

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Navarro-Leis, M. y López-Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad [Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders]. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

Resumen

Se han propuesto muchos tratamientos psicológicos para el abordaje de los trastornos de personalidad, realizándose gran variedad de estudios para comprobar la eficacia de los mismos. Y aunque hasta la fecha no se ha podido demostrar empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como *eficaz*, si se ha demostrado que los tratamientos cognitivo conductuales y conductuales resultan *probablemente eficaces* para el tratamiento de estos trastornos, en concreto y de forma más específica para el Trastorno Límite de Personalidad. El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión a nivel teórico y empírico de los tres modelos de tratamiento considerados actualmente de mayor eficacia: *Terapia Dialéctica Conductual*, *Terapia de Aceptación y Compromiso* y *Psicoterapia Analítico Funcional*, incluidas dentro de las llamadas Terapias de conducta de tercera generación.

Palabras Clave: trastornos de personalidad; trastorno Límite de Personalidad; terapia cognitivo conductual, terapia dialéctica conductual; terapia de aceptación y compromiso;

psicoterapia analítico funcional; terapias de conducta de tercera generación.

Abstract

Many treatments have been proposed for addressing psychological personality disorders, performing a variety of studies to test the effectiveness thereof. Until now, there isn't a treatment empirically established as effective, but it is shown that cognitive behavioral and behavioral treatments are probably effective for treating these disorders, more specifically for the borderline personality disorder. The aim of this paper is to provide a theoretical and empirical review of the three treatment models currently considered more effective: Dialectical Behavior Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Functional Analytic Psychotherapy, included within the third wave of behavior therapies.

Keywords: personality disorder; borderline personality disorder; cognitive behavioral therapy; dialectical behavioral therapy; acceptance and commitment therapy; functional analytic psychotherapy; third wave of behavior therapies.

Recibido: 15/11/2012

Aceptado: 21/12/2012

Introducción

Los Trastornos de personalidad (a los que nos referiremos en este artículo como TP) han cobrado gran importancia en los últimos años dada su cada vez mayor incidencia entre la población. Según Roca y Bernardo (1998) la prevalencia global de todos estos trastornos se encuentra entre un 10 y un 13%.

El TP se define como: *un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV, [APA], 1994-1995).

Se caracteriza por la inestabilidad emocional y las dificultades en las relaciones con uno mismo y con los demás, siendo habituales las conductas desadaptativas.

El tratamiento de estos trastornos presenta una importante dificultad a la hora de determinar la eficacia o no de los mismos, debido a que los estudios existentes son poco numerosos, con muestras escasas y heterogéneas y, en algunos casos, no cumplen las necesarias condiciones de diseño y de control. De entre todos estos estudios realizados, y aunque hoy en día no se podría hablar de Tratamientos psicológicos (bien establecidos) para los TP como eficaces para todos los trastornos en conjunto, si se podría hablar de *tratamientos probablemente eficaces* para un TP en concreto como es el Trastorno Límite de Personalidad. Se trata de tratamientos de orientación cognitivo-conductual y conductual, sobre los cuales va a centrarse este artículo, a saber, *la Terapia Cognitivo Conductual Dialéctica*, *la Terapia de Aceptación y Compromiso* y *la Psicoterapia Analítico Funcional*, encuadradas dentro de las terapias de conducta de tercera generación (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004). Se hará una breve introducción a aspectos conceptuales básicos de estas terapias, para pasar posteriormente a describir cada una de ellas y sus aportaciones empíricas.

Terapias de tercera generación

Para el conductismo, la clave para la comprensión del comportamiento se sitúa en el objetivo o finalidad (funcionalidad) que la conducta objeto de estudio cumple en la interacción del sujeto como un todo con el entorno. El análisis de dichas relaciones del sujeto consigo mismo y con el contexto es propiamente el análisis funcional, que fundamenta los objetivos y las estrategias de cualquier intervención propiamente conductual. Por tanto, la aproximación funcional a la psicopatología sugiere que las intervenciones eficaces deben alterar la función de las conductas desadaptativas y las presentaciones sintomáticas (ver Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996).

En las últimas dos décadas se han producido desarrollos y avances en el análisis funcional y en las estrategias terapéuticas, que han permitido abordar problemáticas en las que la eficacia terapéutica fue tradicionalmente más limitada. La Terapia Dialéctica Conductual (Linehan 1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) y la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) representan tres de sus más claros exponentes. Debido a una cuestión de aparición cronológica, estas terapias conductuales han sido denominadas de tercera generación, aunque en la actualidad se encuentra muy difundido el término de Terapias Contextuales. De esta manera, se ha ampliado el repertorio terapéutico mediante estrategias novedosas que vienen a configurar las tres terapias que se exponen a continuación.

Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

Sin lugar a dudas el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos empíricos de eficacia clínica en trastornos de personalidad es la terapia Dialéctica Conductual (Aramburu, 1996; Linehan 1993). Dicho tratamiento de orientación cognitivo conductual está dedicado específicamente al trastorno límite de personalidad (TLP), descrito en el DSM- IV-TR como «un patrón general de ines-

tabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos».

La TDC ha sido el primer tratamiento terapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados con esta población (Linehan, Armstrong, Suárez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993) y que ha demostrado su eficacia en la reducción de los ingresos hospitalarios y en prisión, los intentos autolíticos y el consumo de sustancias. Igualmente se mostró eficaz en relación con el malestar psicológico, disminuyendo los sentimientos de desesperanza, la ansiedad, y las ideas autolíticas.

Marco Teórico

La TDC está basada en *la teoría dialéctica* y en *la teoría biosocial*.

La dialéctica como terapia conductual define una naturaleza de la realidad con tres características principales:

- a) *Entiende la realidad como una totalidad*, es decir, no sirve analizar las partes de forma independiente, sino que deben relacionarse con un todo.
- b) *La realidad no es algo estático sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí y de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes*. Este principio se refleja en el TLP en cuanto que el individuo está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis.
- c) *La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio*, de manera que continuamente se está llevando a cabo una transición entre el individuo y el ambiente. Referido a la práctica clínica este principio hace referencia a que la terapia no se centra tanto en mantener el ambiente estable sino en ayudar al cliente a estar cómodo con el cambio.

Según esta teoría, el TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico, ya que transgrede los principios señalados, a saber: los pacientes

límites no suelen sentirse como parte de un todo ya que no son capaces de integrarse en los diferentes sistemas de su vida cotidiana (grupo familiar, amigos, pareja, relaciones laborales), fallando así el principio de totalidad. Por otro lado los TLP son individuos que mantienen posiciones rígidas y contradictorias en cuanto a sus cogniciones, sus emociones y sus relaciones interpersonales, no siendo capaces de integrarlas, es decir, no admitiendo la posibilidad de cambio (fallando así el principio de polaridad y cambio de la teoría dialéctica).

Teoría biosocial. *El principio fundamental sostiene que el principal trastorno en el TLP es la desregulación de las emociones, que es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, el contexto ambiental y la transacción entre ambos factores durante el desarrollo*. Esta desregulación está producida por una *alta vulnerabilidad emocional* (el sujeto cuenta con un sistema de respuesta emocional hipersensitivo y muy intenso que dificulta además el regreso a la línea base emocional) y por el *uso de estrategias de modulación de las emociones* inadecuadas y poco adaptativas. La circunstancia ambiental fundamental a la que Linehan atribuye la desregulación de las emociones es al *ambiente invalidante* que el sujeto sufre durante su desarrollo y que no valora adecuadamente las expresiones emocionales del niño vulnerable. Señala como características fundamentales de dicho ambiente la tendencia a responder de forma inapropiada o disonante a lo que serían las experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, creencias y sensaciones) del niño y, en particular, a ser insensible ante la experiencia privada no compartida por el grupo.

Según este modelo un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones porque no es capaz de enseñar al niño a identificar, poner nombre y modular su malestar, ni a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de su realidad. Así, la conducta impulsiva y los intentos autolíticos puede ser entendidos como muy poco adaptativos, pero muy eficaces a corto plazo como estrategia de regulación de las emociones (alivio de la ansiedad y otras emociones negativas tras su realización).

En resumen, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales.

Tratamiento

La TDC está basada en la enseñanza de habilidades psicosociales y en la validación de las capacidades del paciente, combinando el aprendizaje y entrenamiento de las mismas en la modalidad grupal y la psicoterapia individual. Para Linehan (2003) la terapia grupal supone la herramienta de formación de habilidades, mientras que el objetivo de la terapia individual es ayudar al paciente a usar las nuevas estrategias que está aprendiendo en las diferentes situaciones de la vida cotidiana en que las pueda necesitar, incluidos los momentos de crisis (en los que esta terapia contempla la posibilidad de establecer contacto telefónico con el terapeuta). También se encarga de trabajar el análisis de los problemas motivacionales que interfieren en la sustitución de las conductas desadaptativas por las habilidades conductuales aprendidas en las sesiones grupales y, aunque resulta fundamental y necesaria en el tratamiento del TLP, pone importantes expectativas en la formación de habilidades a través de la terapia grupal, consiguiéndose los resultados más óptimos cuando se combinan ambas opciones.

Con el término «habilidades» Linehan hace referencia a la *capacidad de saber usar los medios adecuados, así como de responder a las situaciones adaptativamente y con efectividad*.

En este sentido el tratamiento en la TDC se encuentra orientado:

- A) Al abordaje de conductas que puedan suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas o intentos de suicidio).
- B) A enseñar y entrenar al paciente a poner en práctica conductas más adaptativas, reduciendo al mismo tiempo otras conductas que interfieren en el éxito de la terapia (no asistencia a las citas, abandono) para conseguir como obje-

tivo final la validación de las propias experiencias personales.

*Linehan pone el énfasis en la **aceptación** y en la **validación** de las experiencias del propio paciente, para a partir de aquí conseguir el **cam-bio**. Por ello el entorno terapéutico debe suponer un entorno validante, en el que los terapeutas comuniquen al paciente que sus creencias, expectativas y respuestas emocionales son comprensibles y tienen sentido en el contexto en el que hasta ahora se ha desarrollado su vida. Una conducta frecuente en los TLP que ejemplificaría este punto sería la conducta suicida o autolítica. El terapeuta puede plantearse que ésta es una idea irracional que hay que cambiar. Pero si consideramos que las vidas de estos pacientes suele ser un caos y que, en general, la mayor parte de sus experiencias vitales son disfuncionales (provocándoles un alto grado de malestar emocional), entenderemos que la idea de querer poner fin a su vida o autolesionarse no sea tan irracional, ya que tal como se están desarrollando sus vidas en el momento presente sólo son fuente de importante sufrimiento.*

Por ello, establecer una relación terapéutica sólida es muy importante, ya que la mayor parte de las veces el terapeuta es el único reforzador de conductas adaptativas, actuando como freno de los intentos autolíticos.

El tratamiento en TDC incluye cuatro módulos de formación de «habilidades»:

- 1) *Habilidades básicas de conciencia (mindfulness skills)*, incluyen dos o tres sesiones, aunque se revisan y amplían al inicio de cada uno de los otros módulos.
- 2) Habilidades de efectividad interpersonal (aproximadamente 8 semanas de duración).
- 3) Habilidades de regulación de las emociones (aproximadamente 8 semanas de duración).
- 4) Habilidades de tolerancia al malestar (aproximadamente 8 semanas de duración).

Existe una modalidad de la TDC en la que la duración de los módulos podría durar el do-

ble, es decir 16 semanas. Linehan ve en ello ventajas e inconvenientes, y deja abierta la posibilidad de alargar más o menos los módulos dependiendo de la coordinación con el terapeuta individual de cada paciente.

En general, la duración total de la terapia oscila entre seis meses para los pacientes menos graves y un año para los casos más complejos y, en general, los pacientes suelen pasar dos veces por cada módulo cuando se trata del programa de módulos de 8 semanas de duración.

En cuanto el orden que deben seguir los módulos, Linehan suele utilizar el que se ha expuesto, aunque acepta la posibilidad de cambio en los mismos cuando se plantea un fin determinado. En cada sesión se entrega material escrito con el que el paciente tiene que trabajar.

- 1) *Las habilidades básicas de conciencia* suponen una parte fundamental de la terapia. Se basan en prácticas orientales ancestrales adaptadas a la psicología de la conducta actual (mindfulness). Linehan distingue seis *Habilidades Básicas de Conciencia basadas en la teoría del mindfulness*: tres Habilidades «Qué» (Observar, Describir y Participar) y tres Habilidades «Cómo» (no enjuiciar, centrarse en una sola cosa en tiempo presente y ser efectivo). El objetivo de las *Habilidades Qué* es entrenar al paciente a desarrollar un estilo de vida en el que participe de sus experiencias con *conciencia*, versus el estilo de comportamiento habitual de los TLP, caracterizado por las conductas impulsivas. Para ello se ejercita al paciente en la *observación* de su entorno, emociones y conductas, sin intentar hacer desaparecer las sensaciones que le producen. El paciente aprende a experimentar el momento tal como es, sin intentar cambiarlo. Las habilidades «Cómo» hacen referencia a la forma de llevar a cabo las habilidades «Qué».
2. *Las Habilidades de Efectividad Interpersonal* serían comparables con el entrenamiento en asertividad y resolución de problemas interpersonales. Los sujetos

con TLP poseen, en general, buenas habilidades interpersonales. El problema se plantea cuando intentan aplicarlas a situaciones específicas. Esto se explica por la aparición de respuestas emocionales incontrolables que inhiben la aplicación de las habilidades que ya posee la persona. Estas habilidades dependen de la mejoría simultánea del resto de las habilidades de los otros módulos.

3. Los TLP presentan emociones muy intensas y variables. Desde la TDC las dificultades que presenta el individuo para regular las emociones dolorosas es una de las causas más importantes de los problemas conductuales que padecen. La respuesta conductual desadaptativa a las mismas supone un intento de mitigar el dolor.
4. Para la TDC es importante que el paciente aprenda a aceptar y manejar el malestar. Este grupo de habilidades se encuentra muy vinculado al progreso en las habilidades básicas de conciencia, ya que tiene mucho que ver con la capacidad de aceptar las situaciones tal y como aparezcan en el momento presente sin juzgarlas, sin intentar cambiarlas, observando los pensamientos o acciones sin intentar controlarlos o detenerlos. El entrenamiento en estas habilidades va principalmente dirigido a ofrecer una herramienta de supervivencia ante las crisis y a aceptar la realidad tal y como es. Linehan describe cuatro grupos de estrategias de supervivencia ante la crisis: distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y los contras.

Para mayor información sobre el desarrollo de estos módulos se remite al lector al manual de tratamiento de TLP de Linehan (2003), cuya referencia se incluye en la bibliografía.

Resumen

La TDC propone un modelo de tratamiento que incluye la intervención individual con el paciente y los grupos terapéuticos de habilida-

des. Según este modelo, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza las conductas disfuncionales. El fin del tratamiento sería en primer lugar abordar las conductas que pueden suponer un riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas) y entrenarlo en el manejo de conductas más adaptativas en la interacción con su entorno, mitigando paralelamente otras conductas que pueden interferir negativamente en el éxito de la terapia para conseguir finalmente la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. El formato grupal del programa de tratamiento pasa por varias fases que abordan en el inicio las conductas más disfuncionales (intentos autolíticos o heteroagresividad), posteriormente las conductas que interfieren en la terapia, la validación de los conflictos emocionales, la capacidad para regular las emociones, el mantenimiento de unas relaciones interpersonales satisfactorias, la resolución de conflictos de la vida diaria y el entrenamiento de la capacidad para disfrutar de las experiencias personales.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

A partir del análisis funcional del comportamiento y los avances mencionados en torno al análisis funcional del lenguaje y la cognición, se ha propuesto el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) como dimensión funcional que permitiría explicar el origen y mantenimiento de un amplio número de problemas psicológicos formalmente diferenciados (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). El TEE ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal. Esto no significa que el malestar cause problemas psicológicos, antes bien, serán los intentos de deshacerse de ese malestar los que puedan generar

do problemas. Al tratarse de una clase funcional u operante, ésta puede mostrarse con distintas topografías o formas conductuales diferentes. Así, distintas maneras problemáticas de comportarse (incluyendo, por ejemplo, el abuso y la dependencia de sustancias o las autolesiones) pueden cumplir la misma función: de evitación experiencial. De hecho, se ha evidenciado que la evitación experiencial está relacionada con distintos trastornos psicológicos, tal cual están categorizados en la nosología psiquiátrica al uso (ver Boulanger, Hayes y Pistorello, 2010, para una revisión a este respecto). La evitación experiencial jugaría un papel relevante en los trastornos de personalidad en la medida en que los comportamientos definitorios de dicho espectro (estilo de funcionamiento interpersonal, conductas autolíticas, intentos de suicidio, consumo de sustancias, etc.) cumplan la función de escape o evitación de eventos privados (rabia, tristeza, recuerdos desagradables, ganas de consumir droga, ansiedad...). Por tanto, si los comportamientos problemáticos, tengan la forma que tengan, cumplen la función de manejar o regular circunstancias adversas o las respuestas privadas que generan dichas circunstancias, entonces dichos comportamientos cumplen la función de evitación experiencial. Ejemplos prototípicos serían las de un sujeto que bebe para no pensar, se hace cortes en el antebrazo para disminuir la ansiedad o intenta suicidarse para no sufrir. Se conjugan, pues, contingencias de reforzamiento negativo (reducción del malestar a corto plazo) y positivo (seguimiento de la regla de evitación). De esta forma, la autolesión ha sido entendida como una conducta con una función de regulación emocional (Gratz, 2003; Linehan, 1993), una conceptualización que cuenta con apoyo empírico (Briere y Gil, 1998; Brown, Comtois y Linehan, 2002).

ACT está específicamente diseñada para alterar ese patrón evitador. De acuerdo a su perspectiva funcional, no está orientada a un cambio del contenido psicológico (el cambio de los eventos privados) y a la utilización para tal fin de estrategias de control, sino que su objetivo es un cambio del contexto en el que dichos contenidos psicológicos se dan, de modo que se altere la función de esos eventos privados

(su función discriminativa de conductas de evitación problemáticas). El resultado será una mayor flexibilidad conductual (véase Hayes, Strosahl et al., 2004, Wilson y Luciano, 2002), puesto que el sujeto no estará condicionado a actuar siempre para evitar y escapar de sus eventos privados desagradables (con el correspondiente costo para su vida personal), sino que podrá actuar en dirección a sus valores personales, aún cuando eso suponga experimentar más malestar a corto plazo. Se entien- de por valores a aquellos reforzadores cons- truidos verbalmente que son libremente elegidos (Hayes et al., 1999; Wilson y Dufrene, 2008). Con «libremente» no significa funcio- nalmente independiente del contexto, por su- puesto. «Libre» en el sentido del que habló Skinner: libre de control aversivo (Skinner, 1948, 1971). Los valores son, por tanto, actos elegidos que sitúan al sujeto en una dirección personal.

El objetivo básico de ACT, pues, consiste en el desarrollo de la aceptación psicológica, es decir, el estar dispuesto a entrar en contacto con la estimulación aversiva, siempre y cuando hacerlo esté en relación con actuar en una di- rección valiosa para la persona (Hayes, Stro- sahl y Wilson, 1999; Luciano et al., 2010; Lu- ciano, Rodríguez, y Gutiérrez, 2004; Wilson y Luciano, 2002). De esta manera, se enseña al sujeto a lidiar con sus circunstancias perso- nales y a relacionarse de manera diferente con el malestar inevitable (por ejemplo, el generado por el fallecimiento de un ser querido o la pér- dida de un trabajo importante). Para ello, ACT propicia aprender que los pensamientos, sen- saciones, recuerdos, son eso y no objetos o ba- rreras físicas, fomentando una toma de pers- pectiva o distancia con respecto a ellos.

ACT tiene dos objetivos: se trabaja en clari- ficar valores (componente principal sobre el que pivota el resto) y se añaden métodos diri- gidos a generar distanciamiento de los eventos privados. Dichas estrategias consisten princi- palmente en la utilización de ejemplos, metá- foras y ejercicios experienciales en sesión, que se han mostrado eficaces para esos objetivos por medio de investigación experimental bási- ca, y que permiten al sujeto adquirir las habili- dades necesarias para conducir su vida. Un

ejemplo que permite al sujeto entrar en con- tacto con el hecho de que el malestar a corto plazo puede estar al servicio de aspectos valio- sos a largo plazo, es la «metáfora de la herida» (Luciano, 2001). De esta manera el terapeuta podría señalar algo como lo que sigue:

«Terapeuta: Si uno se hace una herida, tiene la opción de limpiársela, frotando con una esponja con agua y jabón. ¿Dirías que el proceso es agradable?»

Cliente: Duele.

Terapeuta: Efectivamente. ¿Pero al día si- guiente cómo está la herida?»

Cliente: Limpia.

Terapeuta: Sí, desinfectada y mejor. Es un gran paso para que se cure. Sin embargo, hay otra alternativa, que sería taparse la herida sin tocarla. ¿Dirías que al no tocártela, duele?»

Cliente: menos.

Terapeuta: ¡Claro! ¿Y al día siguiente cómo estará?»

Cliente: Infeccionada,... mal

Terapeuta: Bien, con la terapia que vamos a iniciar ocurre algo similar. Si queremos avanzar no convendrá tapar la herida...»

Por cuestiones de espacio, se remite al lec- tor interesado a los manuales de ACT en inglés y castellano, más de 30 en circulación (ver Ha- yes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002, para una descripción pormenorizada de estos pro- cedimientos).

Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

La FAP supone la aplicación de los princi- pios operantes de moldeamiento de la conduc- ta a través de las contingencias de reforza- miento, siguiendo la conceptualización de Skinner de conducta verbal (Skinner, 1957), aplicándolo a la relación terapéutica. La FAP enfatiza las funciones evocadoras, discrimina- tivas y reforzantes del terapeuta, de modo que éste pueda manejar las contingencias relevan- tes a la problemática del sujeto en la propia re- lación terapéutica. Está, por tanto, específica-

mente indicada para aquellos sujetos con dificultades en las relaciones interpersonales (aspecto característico de los trastornos de la personalidad, independientemente del subtipo). A las conductas relevantes que surgen en sesión las denomina conductas clínicamente relevantes (CCR), estableciendo tres tipos (Kohlenberg y Tsai, 1991):

CCR1: serán aquellas conductas equivalentes funcionalmente a las conductas interpersonales problemáticas que muestra el paciente fuera de sesión. Por ejemplo, supongamos un paciente con agresividad verbal con los profesores de la universidad, con los padres y con incidentes frecuentes con la policía. Si el análisis funcional muestra que la condición estimular que discrimina esas conductas problemáticas son «las figuras de autoridad», estas conductas podrían ser evocadas igualmente ante la figura del terapeuta (si es considerado por el paciente como figura de autoridad). Por tanto, en sesión se mostrarían conductas clínicamente significativas con el terapeuta que serían una muestra de las dificultades que muestra el paciente en su vida cotidiana.

CCR2: son las conductas que indican una mejoría relevante del sujeto en sesión. Siguiendo el ejemplo anterior, una disminución de la agresividad verbal del sujeto en sesión.

CCR3: son las interpretaciones del cliente sobre su propio comportamiento. En el ejemplo expuesto, con qué relaciona el sujeto esa agresividad verbal.

Los terapeutas deben aplicar cinco reglas básicas (Kohlenberg y Tsai, 1991): (1) detectar las conductas clínicamente relevantes que ocurren durante la sesión de tratamiento; (2) evocar las CCR1, es decir, construir un ambiente terapéutico que haga posible la aparición de conductas problemáticas y permita desarrollar mejorías en la conducta del cliente; (3) reforzar positivamente de manera natural las CCR2; (4) detectar qué propiedades de su propia conducta son reforzantes para el cliente; y (5) generar CCR3 adecuadas, es decir, propiciar que el cliente desarrolle habilidades para analizar desde una perspectiva funcional la relación entre sus conductas y otros factores.

Evidencia empírica de las terapias de tercera generación en los trastornos de la personalidad

Se procede a mostrar la evidencia empírica de las tres terapias psicológicas mencionadas. Se muestran de forma unificada pues no faltan los estudios que utilizan intervenciones de las tres terapias de tercera generación principales (DBT, ACT y FAP), al compartir objetivos y presupuestos.

La consistencia empírica de las terapias de tercera generación radica en la evidencia disponible sobre la fortaleza de sus principios básicos (los principios del condicionamiento operante, incluyendo los últimos desarrollos sobre el análisis funcional del lenguaje) y la utilidad de las estrategias de intervención para el abordaje de conductas variadas, independientemente del diagnóstico formal que englobe dichos comportamientos (Baruch et al., 2010; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Kohlenberg y Tsai, 1991; Wilson y Luciano, 2002). Al igual que con el resto de intervenciones terapéuticas, existe poca evidencia empírica concreta con respecto a los trastornos de personalidad, al ser un espectro difuso y confuso. A este aspecto hay que añadir el poco interés que, de forma tradicional, ha tenido la terapia de conducta en diagnósticos formales tipo DSM, centrándose en la descripción funcional de los comportamientos a modificar sin necesidad de establecer una categoría nosológica, innecesaria desde una epistemología conductista. Ambos aspectos han disminuido la proliferación desde esta perspectiva de estudios empíricos sobre categorías diagnósticas. Sin embargo la comunidad científica, tal cual está actualmente constituida, exige la realización de estudios empíricos con poblaciones diagnosticadas según la nosología psiquiátrica al uso, para que los tratamientos sean considerados eficaces. Este último aspecto ha forzado a la terapia de conducta a realizar estudios con clientes bajo una etiqueta diagnóstica psiquiátrica. Con respecto a los trastornos de la personalidad, de forma coherente con las bases teóricas del conductismo, predominan los estudios de caso único. Shearin y Linehan (1992) informan de cuatro casos clínicos tratados con TDC, refi-

riendo una mejora notable, principalmente en lo relativo a la disminución de comportamientos problemáticos (intentos de suicidio y autolisis). Simpson et al. (1998) realizan un estudio de 12 casos clínicos hospitalizados que mejoran las conductas propias del trastorno mediante TDC. La originalidad de este último estudio, radica en que la TDC se aplica de forma individual y en grupo, mientras que en el resto de los estudios dirigidos por Linehan sólo se aplica la terapia individual.

También existe un estudio de caso en trastorno de personalidad esquizotípico en el que fue aplicado con éxito un protocolo de ACT y FAP (Olivencia y Cangas, 2005); un abordaje exitoso mediante FAP de un sujeto diagnosticado de trastorno histriónico y narcisista (Callaghan, Summers y Weidman, 2003); y en un trastorno de personalidad no especificado mediante TDC y FAP (Wagner, 2005). Asimismo, existe evidencia de la aplicación con éxito de FAP en pacientes con trastorno de personalidad límite (Kohlenberg y Tsai, 2000) y en pacientes con otros trastornos de la personalidad (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991).

Con respecto a estudios controlados, en DBT existen actualmente 4 estudios diferentes considerados como ensayos clínicos aleatorizados que demuestran su eficacia. En tres de ellos se afirma que este modelo muestra mejores resultados que el tratamiento psiquiátrico tradicional: Linehan, Armstrong, Suárez, Almond y Heard (1991) en lo referente a la modificación de las conductas problemáticas (autolíticas), como la mejora de los síntomas propios del TLP; Linehan, Heard y Armstrong (1993) realizan un estudio similar, obteniendo resultados equivalentes; y Koerner y Linehan (2000) establecen un diseño de comparación entre grupos.

En un cuarto estudio, Shearin y Linehan (1994) comparan la eficacia del tratamiento entre dos condiciones (ACT, 44 sujetos; TDC + ACT, 19 sujetos), mostrando mayor eficacia la combinación de ambas.

En ACT existe un estudio controlado. En él, Gratz y Gunderson (2006) asignaron de forma aleatoria a 22 pacientes con diagnósti-

co de trastorno límite de la personalidad e importantes conductas autolesivas, a dos condiciones de tratamiento durante 14 semanas. Una condición de tratamiento (n = 10) consistió en el tratamiento usual que estaban recibiendo (TU), formado por un heterogéneo repertorio de intervenciones en función de las necesidades asistenciales de cada cliente (ingresos hospitalarios en el último año, medicación psiquiátrica supervisada por citas regulares con un psiquiatra, grupo de DBT y/o grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos). La otra condición de tratamiento consistió en un grupo de ACT semanal durante 14 semanas, que se añadió al TU que estaban realizando. Los resultados indican que el grupo ACT + TU tuvo efectos positivos en las autolesiones, la desregulación emocional, la evitación experiencial, síntomas específicos de TLP, así como síntomas de ansiedad y depresión. Por tanto, los participantes del grupo ACT + TU tuvieron al post-tratamiento cambios estadísticamente significativos en todas las medidas y alcanzó la mayoría de la muestra (un 83%) un nivel de funcionamiento normalizado. Los autores refieren que la aceptación emocional y las conductas orientadas a valores personales han sido los elementos clave en las mejorías registradas. Concluyen que se trata de un estudio preliminar que muestra la posible utilidad de estos procedimientos terapéuticos para el abordaje de TLP con importantes conductas parasuicidas, alentando a la realización futura de estudios controlados con seguimientos a largo plazo de los resultados obtenidos.

Discusión

Como habrá podido observarse, las terapias de tercera generación son compatibles entre sí, compartiendo objetivos y, en algunos casos, siendo aplicadas y evaluadas de forma conjunta. De hecho, la FAP genera las condiciones necesarias (el diseño de una relación terapeuta-paciente efectiva) para una aplicación más eficaz de ACT.

Por otro lado, la TDC incorpora procedimientos de intervención novedosos, que no

son aplicados de forma sistemática desde otros modelos como, por ejemplo, la utilización simultánea del formato individual y grupal, o la posibilidad del contacto telefónico con el terapeuta en situaciones de crisis.

Estas terapias mantienen un compromiso con la evaluación y la mejora en los resultados terapéuticos en un trastorno de la complejidad de los trastornos de personalidad. Además de la evidencia empírica que se acumula con respecto a la eficacia terapéutica en poblaciones concretas, desde este modelo se continúa realizando investigación básica destinada al perfeccionamiento de las técnicas y las estrategias de intervención. Es de prever un incremento en los próximos años de estudios que confirmen y mejoren la eficiencia de estas intervenciones, a la par que se van desarrollando las estrategias terapéuticas.

Referencias

- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona, España: Masson.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad [*Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*]. *Psicología conductual*, 4(1), 123-140.
- Baruch, D., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C.,... y Holman, G. I. (2010). Lines of evidence in support of FAP. En M. Tsai y R. Kohlenberg (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 21-37). New York: Springer.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C. y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. En A. Kring, y D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-134). New York: Guilford.
- Briere, J. y Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A. y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: a single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- Cuevas, C. y López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad [*Effective psychological interventions for the treatment of borderline personality disorder*]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- García-Palacios, A. (2004). El Tratamiento del Trastorno Límite de la personalidad por medio de la Terapia Dialéctica Conductual [*Treatment of Borderline Personality Disorder through Dialectical Behavior Therapy*]. En V. Caballo (Eds.), *Manual de trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y Tratamiento* (pp. 483-512). Madrid, España: Síntesis.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Gratz, K. L. y Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D.,...y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoid-

- dance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J. y Parker, C.R. (1996). Diagnosis of personality disorder: a radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1169-1176.
- Koerner, K. y Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-167.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 500-505.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite [Manual for treating borderline personality disorder]*. Barcelona, España: Paidós.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Luciano, M. C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Libro de casos [Acceptance and Commitment Therapy]*. Valencia, España: Promolibro.
- Luciano, C., Molina, F., Gutierrez-Martinez, O., Barnes-Holmes, D., Valdivia-Salas, S., Cabello, F.,...y Wilson, K. G. (2010). The impact of acceptance-based versus avoidance-based protocols on discomfort. *Behavior Modification*, 34, 94-119.
- Luciano, C., Rodriguez, M. y Gutierrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Olivencia J. J., Cangas, A. J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso [*Psychological treatment of schizotypal personality disorder. A case study*]. *Psicothema*, 17(3), 419-424.
- Shearin, E. N. y Linehan, M. M. (1992). Patients-therapist rating and relationships to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 23, 730-741.
- Shearin, E. N. y Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.
- Simpson, E. B., Pitorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S.,...y Steven, M. (1998). Use of dialectical behavior therapy in a partial program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 49(5), 669-663.
- Skinner, B. F. (1948). *Walden two*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Wilson, K. y Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores [Acceptance and commitment therapy. A values-oriented behavioural therapy]*. Madrid, España: Pirámide.