

http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL EN EL
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
Y DE LA PATOLOGÍA DUAL**

Mercedes Gibert Clols

Psicopatol. salud ment. 2015, 26, 81-88

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual en el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad y de la Patología Dual

MERCEDES GIBERT CLOLS*

RESUMEN

En este artículo, se introduce el modelo de hospitalización parcial de adolescentes de la Fundació Orienta (seguido en sus hospitales de día), así como las estrategias terapéuticas empleadas en patologías específicas. Se presenta la Terapia Dialéctico Conductual y se valora su idoneidad en el tratamiento de pacientes adolescentes con Trastorno Límite de Personalidad, así como con Patología Dual. Se describe finalmente la aplicación de dicha terapia en los hospitales de día de la Fundación. PALABRAS CLAVE: hospital de día, DBT, TLP, adolescencia, patología dual.

ABSTRACT

THE APPLICATION OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY TO THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND OF DUAL DISORDER. Fundació Orienta's adolescent partial hospitalization model (employed in the foundation's day hospitals) is introduced, as well as the program's therapeutic strategies for specific pathologies. Dialectical Behavioral Therapy is presented, and its suitability in the treatment of adolescent patients with Borderline Personality Disorder and with Dual Disorder is assessed. Finally, the application of the treatment in Fundació Orienta day hospitals is described. KEYWORDS: day hospital, DBT, BPD, adolescence, dual disorder.

RESUM

APLICACIÓ DE LA TERÀPIA DIALÈCTICA CONDUCTUAL EN EL TRACTAMENT DEL TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT I DE LA PATOLOGIA DUAL. En aquest article s'introdueix el model d'hospitalització parcial d'adolescents de la Fundació Orienta (seguit en els seus hospitals de dia), així com les estratègies terapèutiques utilitzades en patologies específiques. Es presenta la Teràpia Dialèctica Conductual i se'n valora la idoneïtat en el tractament de pacients adolescents amb Trastorn Límit de la Personalitat, així com de Patologia Dual. Es descriu finalment l'aplicació d'aquesta teràpia en els hospitals de dia de la Fundació. PARAULES CLAU: hospital de dia, DBT, TLP, adolescència, patologia dual.

Modelo de Hospitalización Parcial de Adolescentes de la Fundació Orienta

El modelo de hospitalización parcial de adolescentes de la Fundació Orienta contempla un tratamiento intensivo que combina la psicoterapia, la farmacología, la terapia ocupacional y la institucional. El servicio es ofrecido por un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos, educadores, docentes y trabajadores sociales, en horario diurno de 9 a 17 horas durante todo el año. Es un modelo de hospitalización

sectorizado e integrado en la comunidad. La atención a los pacientes se presta en el marco de la asistencia sanitaria universal, mediante la concertación del servicio en su ámbito territorial específico por parte del Servei Català de la Salut (CatSalut) de la Generalitat de Catalunya, actuando la Fundació Orienta como Entidad Proveedora.

Actualmente, la Fundació Orienta tiene en funcionamiento el Hospital de Día para Adolescentes de Gavà (con 36 plazas, ubicado en la comarca del Baix Llobregat) y el Hospital de Día para Adolescentes Miralta (con

*Médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio del Hospital de Día para Adolescentes de Gavà. Fundació Orienta. Correspondencia: mgibert@fundacioorienta.com

25 plazas, ubicado en la comarca del Barcelonès). En ambos hospitales se atienden adolescentes en situación de crisis debidas a: trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos, así como en situaciones que requieran un tratamiento intensivo. El ingreso también está indicado: (a) después de una hospitalización total, cuando se presenta una remisión parcial de la sintomatología; (b) en los casos de difícil abordaje, cuando la atención ambulatoria se muestra insuficiente; y (c) en casos complejos que requieran una observación con el fin de llevar a cabo un diagnóstico diferencial. El ingreso en hospitalización parcial permite mantener los vínculos familiares, escolares y sociales de los pacientes adolescentes. Éstos son derivados desde los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil, así como desde las unidades de hospitalización total que corresponden por sector. El tiempo medio de ingreso en hospitalización parcial es de 130 días.

A partir de visitas de valoración, el equipo de profesionales del hospital de día elabora un Plan Terapéutico Individual para cada paciente. Este Plan combina los recursos terapéuticos necesarios en cada caso (sesiones de terapia individual y familiar, asistencia a talleres terapéuticos, medicación, etc.), y define la modalidad de asistencia al hospital de día. Por otra parte, el hospital de día dispone del Aula Hospitalaria, que permite que aquellos pacientes que lo precisen puedan proseguir con sus estudios, durante el tiempo de ingreso.

Estrategias terapéuticas empleadas en patologías específicas

A partir de la experiencia clínica obtenida en el funcionamiento de los hospitales de día de la Fundació Orienta (experiencia que se inició en el año 1998, con la puesta en marcha del Hospital de Día para Adolescentes de Gavà), se ha podido constatar la conveniencia de emplear estrategias terapéuticas específicas en el tratamiento de determinadas patologías. Así, se han venido definiendo diferentes Programas Terapéuticos Específicos: Programa de atención a Trastornos de Conducta Alimentaria, Programa de atención a Trastornos del Espectro Autista, Programa de atención a Trastornos de Conducta, Programa DBT de atención al Trastorno Límite de la Personalidad y Programa de atención a Primeros Episodios Psicóticos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) incluye, en los criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad, la existencia de un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, y que se manifiesta por cinco (o más) de una serie de hechos, que enumera. Más allá de la dificultad que puede conllevar el establecer un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en el caso de adolescentes, algunos pacientes presentan, antes de la edad adulta, una clínica que va asociada con lo que podemos denominar *tendencia límite*. Los adolescentes con *tendencia límite* plantean un reto terapéutico importante, pues su tratamiento se encuentra con grandes dificultades. Estas dificultades hacen referencia a una baja adherencia terapéutica, a riesgos vitales importantes, etc. En el modelo de hospitalización parcial de la Fundació Orienta, para hacer frente a este reto, estamos aplicando la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT) de Marsha Linehan (1993a), en su versión DBT-A adaptada para adolescentes (Miller, Rathus y Linehan, 2007).

Terapia Dialéctico Conductual

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) se empezó a desarrollar como un tratamiento para mujeres con conducta parasuicida crónica, publicándose en el año 1987 una primera descripción de la misma (Linehan, 1987). Posteriormente, ya fue descrita en detalle como un tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad, en sendos manuales publicados en 1993 (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b). Una cuestión fundamental en la terapia DBT es el modo en cómo combina la aceptación con el cambio.

Linehan había encontrado dificultades en la aplicación de una terapia orientada exclusivamente al cambio, lo que la llevó a combinar los esfuerzos enfocados en el cambio del paciente, con esfuerzos dirigidos a comunicar la aceptación del paciente tal y como es. Las dificultades que los pacientes TLP presentan generalmente en la tolerancia del malestar, así como en la aceptación de sí mismos y de los demás, condujo al desarrollo de habilidades orientadas a la aceptación, junto con habilidades orientadas al cambio. Las estrategias DBT orientadas al cambio se basan en procedimientos

terapéuticos cognitivo-conductuales estándar. Las estrategias orientadas a la aceptación tienen su base en los principios Zen (Robins, 2002). Una visión dialéctica de conjunto es la que permite integrar y equilibrar los dos tipos de estrategias.

Robins y Chapman (2004) presentan una muy buena descripción de los elementos centrales de la DBT, que incluyen: (a) una teoría biosocial del TLP; (b) un marco conceptual de etapas del tratamiento; (c) una clara priorización de los objetivos terapéuticos en cada etapa del tratamiento; (d) una delimitación de las funciones que debe tener el tratamiento; (e) diferentes modos terapéuticos que cumplen dichas funciones; y (f) diversos conjuntos de estrategias dialécticas, de aceptación y de cambio. Siguiendo su exposición, a continuación presentamos una breve descripción de cada uno de esos elementos.

Teoría biosocial

Linehan propone una teoría del desarrollo y mantenimiento de conductas TLP que incluye influencias tanto biológicas como socioambientales (Linehan, 1993a). En el aspecto biológico, el TLP puede implicar una disfunción del sistema de regulación de las emociones, debido a factores genéticos, a sucesos ocurridos durante el desarrollo fetal, o a traumas vividos en los primeros años de vida. El aspecto socioambiental consiste básicamente en un entorno altamente invalidante, en el que el comportamiento del paciente, o la comunicación de sus ideas o de sus sentimientos, son seguidos de respuestas que le indican que no son válidos, o que son equivocados o inadecuados. Las dificultades emocionales de base biológica y la respuesta invalidante del entorno van interactuando con el paso del tiempo, con lo que la desregulación emocional se hace cada vez más importante, a la vez que el individuo desarrolla patrones de auto-invalidación, dificultades en la identificación de las emociones, y patrones extremos de expresión y de regulación de las emociones.

Etapas del tratamiento

Una de las dificultades que encuentran los terapeutas que tratan personas con TLP es el gran número de situaciones en las que éstas tienen problemas. La terapia DBT aborda esta dificultad planteando el tratamiento como una secuencia de etapas determinadas por el nivel de disfuncionalidad del paciente, y estableciendo una clara jerarquía en la priorización de los objetivos terapéuticos dentro de cada etapa.

En la *etapa 1* del tratamiento encontramos personas que manifiestan un descontrol conductual grave (intentos de suicidio, autolesiones, trastorno grave de la alimentación, abuso de sustancias, etc.). El objetivo de la etapa 1 es el desarrollo de un mayor control de la conducta y la interrupción de dichos comportamientos. La *etapa 2* del tratamiento tiene como objetivo el incremento de experiencias emocionales adecuadas. Los objetivos de la *etapa 3* tienen que ver con una mejora en la autoestima y en las relaciones del paciente. Finalmente, en la *etapa 4* se fomenta un mayor sentido de conectividad social, de bienestar, o de libertad.

Objetivos terapéuticos

La terapia DBT clasifica los objetivos terapéuticos de una manera jerárquica (Dimeff y Linehan, 2008): (1) disminuir los comportamientos que suponen un peligro vital inminente; (2) disminuir los comportamientos que interfieren con la terapia; (3) disminuir los comportamientos que tienen consecuencias que degradan la calidad de vida del paciente; y (4) incrementar las habilidades de comportamiento.

En una sesión determinada, el terapeuta perseguirá varios de estos objetivos, pero pondrá el mayor énfasis en el problema de conducta de orden superior manifestado por el paciente en la semana anterior.

Modos y funciones de tratamiento

La terapia DBT propone que el tratamiento de pacientes TLP necesita abordar cuatro funciones: (a) ayudar al paciente a desarrollar nuevas habilidades; (b) abordar los obstáculos motivacionales que el paciente encuentra en el uso de esas nuevas habilidades; (c) ayudar al paciente a generalizar en la vida de cada día el uso de las habilidades que va aprendiendo; y (d) potenciar la capacidad y la motivación del propio terapeuta. En la terapia DBT estándar, esas cuatro funciones se llevan a cabo mediante cuatro modos de tratamiento: grupo de formación de habilidades, psicoterapia individual, soporte telefónico entre sesiones cuando éste es necesario, y sesión de supervisión del equipo terapéutico. Las habilidades se enseñan mediante cuatro módulos: *mindfulness*, tolerancia al malestar, regulación emocional, y efectividad interpersonal.

Estrategias terapéuticas

Hay cuatro grupos primarios de estrategias terapéuticas, incluyendo cada uno de ellos estrategias orientadas

a la aceptación y estrategias orientadas al cambio. Las estrategias centrales de la DBT son la de validación (aceptación), y la de resolución de problemas (cambio). Las estrategias dialécticas pretenden hacer patentes posiciones extremas que tienden a acabar provocando la posición opuesta; se pretende con ellas favorecer una visión más amplia que permita aceptar las contradicciones de la realidad. Las estrategias de comunicación combinan el denominado estilo recíproco (aceptación) con un estilo irreverente (cambio). Finalmente, las estrategias de gestión de casos incluyen la intervención en el entorno del paciente (aceptación), así como el soporte al paciente en su interacción con el entorno (cambio).

La terapia DBT está reconocida como un tratamiento efectivo para el Trastorno Límite de la Personalidad por la *American Psychiatric Association* (Hawkins, 2009). Es importante indicar que se están desarrollando y aplicando adaptaciones de la DBT para patologías diferentes del Trastorno Límite de la Personalidad. Así, Robins y Chapman (2004) presentan en su artículo diferentes adaptaciones, para (a) mujeres con TLP y abuso de sustancias, (b) pacientes con trastornos de la alimentación, (c) pacientes de edad avanzada con depresión, y (d) adultos con TDAH. Nelson-Gray et al. (2006) presentan un programa modificado de formación de habilidades DBT para adolescentes con trastorno oposicional desafiante. Van Dijk viene aplicando la formación en habilidades DBT en el tratamiento del trastorno bipolar (Van Dijk y Zindel, 2009), y ha realizado un estudio piloto en Canadá (Van Dijk, Jeffrey y Katz, 2013) con resultados prometedores en cuanto a la reducción de los síntomas depresivos y a la mejora del control afectivo en pacientes con ese trastorno.

Terapia Dialéctico Conductual para Adolescentes, DBT-A

La terapia DBT ha sido adaptada de manera formal para el tratamiento de adolescentes suicidas y con situaciones multiproblemáticas, de manera que el tratamiento sea más adecuado tanto en los aspectos de desarrollo como en los culturales (Miller et al., 2007). Es común referirse a la versión modificada de la DBT para el tratamiento de adolescentes como DBT-A. Se debe destacar la importancia de la adolescencia como etapa de desarrollo y, por lo tanto, sujeta a cambios.

Las modificaciones introducidas incluyen: (a) el acortamiento de la primera fase del tratamiento; (b) la

inclusión de los padres en la formación de habilidades; (c) la inclusión de los padres y de otros miembros de la familia en las sesiones de terapia individual, según sea necesario; (d) la reducción del número de habilidades a enseñar; (e) la simplificación de los materiales para atender mejor las necesidades de los adolescentes y de sus familias; y (f) el desarrollo de un nuevo módulo de habilidades, denominado “Caminando por el camino del medio”.

Miller et al. (2002) han tratado de obtener métodos detallados para sintetizar de una manera más amplia la DBT con los principios y objetivos de la terapia familiar. Al trabajar con la familia y los adolescentes juntos, la familia es reconocida como un socio, más que como un objetivo, en el propio tratamiento (Hawkins, 2009).

La DBT-A está siendo aplicada extensamente en el tratamiento de los adolescentes con tendencia límite, y se están llevando a cabo muchos estudios para comparar sus resultados con los obtenidos con otras terapias convencionales. Es muy interesante el estudio realizado por Fleishhaker et al. (2011), en el Departamento de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes de la Universidad de Freiburg, a partir de una adaptación de la DBT-A a la población de habla germana.

La DBT-A en adolescentes con Trastorno Dual

La atención a los jóvenes con trastorno dual (con trastornos concurrentes) representa un desafío. Los síntomas suelen ser más graves que en los individuos con un solo trastorno, y los adolescentes con trastornos concurrentes tienden a tener múltiples problemas psicosociales y familiares que complican aún más su atención (Hawkins, 2009).

La DBT está reconocida como una práctica basada en la evidencia para el tratamiento de los trastornos concurrentes entre los adultos jóvenes por parte de la NREPP (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices*), que presenta una serie de constataciones: (a) aumento de la adherencia al tratamiento; (b) reducción del comportamiento suicida; (c) reducción en hospitalizaciones psiquiátricas; (d) disminución del uso de sustancias, de la ira y de problemas de conducta grave; y (e) reducción de dificultades interpersonales.

En su interesante artículo sobre tratamiento de adolescentes con trastorno dual, referido anteriormente, Hawkins (2009) indica que “el enfoque de la DBT en

cuanto a la validación emocional y la aceptación, junto con la formación de habilidades, hace que ésta sea una opción de tratamiento atractiva para los adolescentes con trastornos concurrentes”. Asimismo, Trupin et al. (2002) consideran que “las numerosas adaptaciones exitosas de la DBT a diversos ámbitos de tratamiento y a diversas poblaciones demuestran que puede ser una intervención eficaz para los jóvenes con perfiles diagnósticos complicados y graves”.

En cuanto a adaptaciones específicas de la DBT en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, podemos indicar: el abuso de sustancias en la jerarquía de objetivos DBT, el enfoque dialéctico de la abstinencia en la DBT y la “mente clara” DBT.

El abuso de sustancias en la jerarquía de objetivos DBT

Para las personas dependientes de sustancias, el abuso es el objetivo DBT de más alto nivel dentro de la categoría de comportamientos que interfieren con la calidad de vida. Los objetivos específicos incluyen (Dimeff y Linehan, 2008): (a) la disminución de las sustancias de abuso, incluyendo tanto las drogas ilícitas como los medicamentos; (b) aliviar el malestar físico asociado con la abstinencia y/o con la retirada; (c) la disminución de impulsos, deseos y tentaciones de abusar; (d) evitar las oportunidades y las señales de abuso; (e) la reducción de los comportamientos que conducen al abuso de drogas; y (f) el aumento del refuerzo comunitario de los comportamientos saludables.

El enfoque dialéctico de la abstinencia en la DBT

El enfoque dialéctico de la abstinencia en la DBT combina: (a) la insistencia “incansable” en la abstinencia total; y (b), el dar respuestas de resolución de problemas en las recaídas, que estén exentas de prejuicios, y que incluyan técnicas para reducir los peligros de sobredosis, de infección, y de otras consecuencias adversas. En DBT, el terapeuta comunica la expectativa de la abstinencia en la primera sesión, pidiendo al paciente que se comprometa a dejar de consumir drogas inmediatamente (con un periodo de abstinencia que el paciente sienta que puede asumir). Por otra parte, el paciente aprende la habilidad conductual de anticipar las posibles señales de riesgo en el futuro inmediato, y de forma proactiva puede preparar respuestas frente a las situaciones de alto riesgo.

La “mente clara” DBT

Durante el proceso de búsqueda de la abstinencia dialéctica, el paciente pasa de la “mente adicta” (pensamientos, creencias, acciones y emociones bajo el control de las drogas) a una “mente limpia” (sin consumo de drogas, pero sintiéndose inmune a los problemas futuros, lo que puede preparar el escenario para recaídas). La alternancia entre la mente adicta y la mente limpia conduce a la aparición de un tercer estado, de “mente clara”, en el que el paciente goza de abstinencia sin dejar de ser plenamente consciente de la cercanía y de las tendencias de la mente adicta.

Programa DBT del Hospital de Día para Adolescentes de Gavà

Dentro del modelo de hospitalización parcial de la Fundació Orienta, expuesto más arriba, y en la línea de definir estrategias terapéuticas para el tratamiento de patologías específicas, el Hospital de Día para Adolescentes de Gavà está aplicando un programa de terapia DBT para pacientes adolescentes con tendencia límite, y con patología dual. El Programa DBT incluye:

Grupo de formación de habilidades DBT generales. Es un grupo abierto, de ocho a diez pacientes, con sesiones semanales de dos horas de duración. Se trabajan los cuatro módulos contemplados en la DBT estándar, con contenidos adaptados a la edad de los pacientes. En cuanto al orden de los módulos, debido al hecho de que las habilidades básicas de conciencia (*mindfulness*) están repartidas a través de cada uno de los otros tres módulos, éste es el primero que se presenta. Siguiendo el criterio de Linehan (2008), se sigue el siguiente orden: habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar. De esta manera, las habilidades se van haciendo cada vez más abstractas, y además se da un descenso del grado de validación del dolor emocional del paciente. Además, se incluye también el módulo “Caminando por el camino del medio”, específico de la DBT-A; este módulo hace énfasis en la idea de que hay más de una manera de ver una situación o de resolver un problema, mediante el equilibrio entre la aceptación y el cambio. La formación de las habilidades contempladas para este grupo se completa en un periodo de seis meses.

Grupo de formación de habilidades DBT específicas para el Trastorno por Uso de Sustancias (pacientes con patología

dual). Las sesiones son semanales, con una duración de noventa minutos. En este grupo se trabajan los módulos de *mindfulness* y de tolerancia al malestar (de la DBT estándar), así como un módulo específico de habilidades específicas para el trastorno por uso de sustancias. A este grupo asisten pacientes TLP con patología dual, así como otros pacientes ingresados en el hospital por patologías diferentes, que también presentan trastorno por uso de sustancias.

Grupo de formación de habilidades DBT para padres. Las sesiones se realizan cada tres semanas, y tienen una duración de noventa minutos. Se trabajan los mismos módulos que en el grupo de formación de habilidades DBT generales. El objetivo es que los padres también realicen el aprendizaje de unas habilidades que les permitirán afrontar las dificultades que encuentran en la relación con sus hijos, utilizando mejor sus recursos.

Terapia individual DBT. Sesiones semanales de una hora de duración. En el Programa DBT, la terapia individual es el elemento clave. Las habilidades aprendidas en formación van siendo utilizadas para que el paciente pueda realizar los cambios que precisa en su proceso terapéutico. El trabajo terapéutico llevado a cabo en estas sesiones es el que lleva al paciente a su mejoría clínica. En DBT-A, la familia es un “socio colaborador”, en lugar de un mero objetivo terapéutico; por ello, y en función de las necesidades de cada paciente, los padres pueden participar en algunas sesiones de terapia individual, tener sesiones de seguimiento, etc.

Tratamiento farmacológico. Visitas con el paciente y con su familia, para evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico, y en su caso, para realizar el seguimiento del mismo.

Asistencia de los pacientes al Aula Hospitalaria. Permite que aquellos pacientes que lo precisen puedan proseguir con sus estudios, durante el tiempo de ingreso en el hospital. En el Aula Hospitalaria, el docente se coordina con los centros escolares de los pacientes a través de los EAP (equipos de asesoramiento y orientación pedagógica); por otra parte, realiza el trabajo curricular específico adaptado a las necesidades de cada paciente.

Seguimiento social de las familias. El trabajador social lleva a cabo un trabajo de coordinación con los servicios sociales de la zona, así como de orientación laboral de los pacientes.

Soporte telefónico a los pacientes y a sus familias. Los pacientes y sus familias pueden llamar al equipo terapéutico en el horario de atención del hospital de día (de 9

a 17 horas), para obtener asesoramiento y realizar consultas relacionadas con el tratamiento. Este soporte, en el caso de los pacientes, permite por ejemplo que éstos puedan realizar una mejor generalización de las habilidades aprendidas.

Reunión semanal de supervisión del equipo terapéutico DBT. Con una duración de noventa minutos, donde se valora la evolución clínica de cada paciente.

A la finalización del Programa DBT se realiza una evaluación clínica de cada paciente. La evaluación la realiza el terapeuta referente, de manera consensuada con el equipo terapéutico, y atendiendo a criterios de mejoría clínica, como son: estabilidad emocional, disminución o ausencia de hospitalizaciones totales, ausencia de intentos de suicidio, disminución o ausencia de conductas autolesivas y, en general, disminución de la severidad sintomática. Según esta valoración, los pacientes son derivados, en caso de mejoría clínica, a su Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de referencia; en caso contrario, realizan un nuevo periodo en el Programa.

Los pacientes entran en el Programa DBT derivados desde Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil, que diagnostican filiado al paciente como TLP, o bien como tendencia límite. En estos centros ya se ha efectuado una valoración clínica inicial. Cuando un paciente es derivado al Programa DBT, en el hospital de día se lleva a cabo una valoración del paciente, realizando una historia clínica detallada y, especialmente, una exploración psicopatológica actual que valora el estado del paciente en general, y que permite detectar situaciones de peligro vital inminente que conllevarían la indicación de hospitalización total (riesgo de suicidio inminente, pérdidas de peso que comporten un riesgo físico, etc.), siendo esto un criterio de no admisión al Programa.

Para nuestro equipo es muy importante la alianza terapéutica con el paciente, para desarrollar un buen vínculo y facilitar su colaboración e implicación en el tratamiento. Una vez valorado, se comentan con el paciente y con la familia cuestiones relativas al plan de trabajo, a las sesiones, al grupo de habilidades y al grupo de padres. A partir de aquí, el paciente y su familia firman la aceptación de la normativa interna, y se comprometen con el plan de trabajo. En el caso de que un paciente que esté en el Programa DBT presente una desestabilización de su psicopatología que requiera un ingreso en hospitalización total, este ingreso se hará en los centros de la red de referencia, volviendo al Programa una vez

es dado de alta, si la valoración así lo indica.

Es importante indicar que, dentro de la formación de habilidades DBT, se hace mucho énfasis en las habilidades relativas a *mindfulness* y a la tolerancia al malestar; el enfoque y los materiales utilizados están adaptados de manera especial a la etapa de la adolescencia. Por otra parte, dentro de las habilidades específicas para el trastorno por uso de sustancias, también se pone una especial atención en: (a) favorecer la anticipación de los riesgos potenciales de consumo a los que se puede enfrentar el paciente, y la preparación proactiva de respuestas adecuadas frente a esos riesgos; y (b) fomentar la “mente clara” en el paciente, que le permite disfrutar la abstinencia como un logro, a la vez que se mantiene alerta, sabiendo que no está inmune.

Conclusión

Se ha presentado en este artículo el modelo de hospitalización parcial de la Fundació Orienta, seguido en sus dos hospitales de día para adolescentes (Gavà y Miralta), que permite diseñar un plan terapéutico individual adaptado a las necesidades de cada paciente, manteniendo sus vínculos familiares, escolares y sociales. Se ha introducido después el concepto de estrategia terapéutica adaptada a una determinada patología específica, viendo su concreción en una serie de programas terapéuticos llevados a cabo en los hospitales. Dentro de estos programas terapéuticos encontramos el Programa DBT para el tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite y de la Patología Dual, aplicado en el hospital de Gavà.

A continuación se ha hecho una sucinta presentación de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) de Marsha Linehan, así como de su versión adaptada para adolescentes (DBT-A). Se ha hablado de la situación de los pacientes adolescentes con trastorno dual, que normalmente presentan unos síntomas más graves que los individuos con un solo trastorno, y que tienden a tener múltiples problemas psicosociales y familiares que complican aún más su atención. Se ha valorado la idoneidad de la DBT-A como tratamiento para esos adolescentes, presentando algunas adaptaciones de la DBT propuestas para este caso específico.

Finalmente, se ha presentado el Programa DBT para pacientes adolescentes con Tendencia Límite, y con Patología Dual, aplicado en el Hospital de Día para Adolescentes de Gavà, con todos los elementos que lo componen.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

DIMEFF, L. A. Y LINEHAN, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4 (2), 39-47.

FLEISHHAKER, C., BÖHME, R., SIXT, B., BRÜCK, C., SCHREIDER, C. Y SCHULZ, E. (2011). Dialectical behavior 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.

FLEISHHAKER, C., SIXT, B. Y SHULZ, E. (2011). *DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche*, Berlin, Springer-Verlag.

HAWKINS, E. H. (2009). A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology*, 60, 197-227.

LINEHAN, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.

LINEHAN, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford.

LINEHAN, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, New York, Guilford.

MILLER, A. L., GLINSKI, J., WOODBERRY, K. A., MITCHELL, A. G. Y INDIK, J. (2002). Family therapy and therapy with adolescents. Part I: proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 568-584.

MILLER, A. L., RATHUS, J. H. Y LINEHAN, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, Guilford.

NELSON-GRAY, R., KEANE, S.P., HURST, R. M., MITCHELL, J. T., WARBURTON, J. B., CHOK, J. T. Y COBB, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1811-1820.

ROBINS, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 50-57.

ROBINS, C. J. Y CHAPMAN, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.

TRUPIN, E. W., STEWART, D. G., BEACH, B. Y BOESKY, L. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.

VAN DIJK, S. Y ZINDEL, V. S. (2009). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for Bipolar Disorder*,

Oakland, New Harbinger.

VAN DIJK, S., JEFFREY, J. Y KATZ, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 386-393.