

Terapia dialéctica conductual para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria

por Anita Federici, PhD, CPsych, FAED

Actualizado en marzo de 2024

Ha habido muchos avances con respecto a la TDC (siglas en español de ‘terapia dialéctica conductual’; en inglés *dialectical behaviour therapy* o DBT) y su aplicación a los trastornos de la conducta alimentaria desde que escribí este artículo por primera vez. Esta versión actualizada incluye desarrollos importantes e información sobre el motivo por el cual utilizamos la TDC, cómo la utilizamos y qué tipo de TDC aplicar.

¿Qué es la terapia dialéctica conductual?

La terapia dialéctica conductual (TDC, o DBT en inglés) fue desarrollada por Marsha Linehan en la década de 1990 para ayudar a las personas que enfrentan comportamientos suicidas y autolesivos recurrentes¹. El tratamiento surgió de su frustración ante la falta de opciones terapéuticas para este grupo de pacientes, por la mala reputación que tenían en los entornos psiquiátricos/médicos y por el deseo de crear una vía de atención novedosa. Lo que Linehan creó transformó el panorama de la atención psicológica para una población de pacientes antes considerada resistente a tratamientos. La base de la TDC es una visión dialéctica del mundo que busca una síntesis entre puntos de vista opuestos, en lugar de encontrar la respuesta “correcta”. La TDC es sofisticada y multimodal (es decir, incluye terapia individual, entrenamiento de habilidades, asesoramiento o *coaching* telefónico y consulta a terapeutas) y combina enfoques cognitivo-conductuales con prácticas meditativas y estrategias basadas en la aceptación para crear una modalidad terapéutica verdaderamente única.

En todo el mundo se observó el éxito de la TDC en el tratamiento de conductas suicidas y autolesivas, en la reducción de la necesidad de altos niveles de atención psiquiátrica y en la mejora de la calidad de vida. Durante los últimos 30 años o más, y gracias a grupos internacionales de investigadores, la TDC ha evolucionado hasta convertirse en una sólida opción de tratamiento para cualquier persona que enfrenta otros comportamientos impulsivos y problemáticos en los que la desregulación emocional desempeña un papel fundamental. Para una revisión de las investigaciones actuales sobre TDC, consulte la siguiente página (en inglés): [Core Evidence & Research - Behavioral Tech Institute \(behavioraltech.org\)](https://behavioraltech.org/evidence-research)

¿Qué es la desregulación emocional?

Nuestra capacidad para experimentar sentimientos, tolerar emociones dolorosas y comunicar nuestras necesidades desempeña un papel vital en nuestra salud mental y bienestar general. El término “desregulación emocional” se utiliza cuando las personas enfrentan desafíos constantes

para manejar sentimientos desagradables o cuando experimentan las emociones como algo tan abrumador que desencadenan ciertos comportamientos (p. ej., autolesiones, restricciones). Para algunas personas, las emociones se vuelven tan insoportables que las enfrentan intentando evitar o suprimir sus sentimientos (p. ej., podrían ser personas difíciles de interpretar). Otras personas descubren que sus emociones las impulsan a tener comportamientos impulsivos o autodestructivos (p. ej., la vergüenza las lleva a comer desenfrenadamente o la ansiedad las induce a restringir su comida).

¿Cómo se desarrolla la desregulación emocional en una persona?

En la TDC, se ha desarrollado e investigado la teoría biosocial para explicar qué causa y perpetúa las dificultades de regulación de las emociones.

Los investigadores consideran que algunas personas son naturalmente (o biológicamente) más sensibles a sus emociones desde el nacimiento (p. ej., pueden ser especialmente sensibles a las señales emocionales, experimentar emociones más intensas o tardar más en “regresar a su estado basal” una vez activadas). Pero la biología por sí sola no puede explicar el panorama completo. Lo que Linehan aprendió fue que las personas que eran más sensibles emocionalmente (biológicamente hipersensibles) también tenían más probabilidades de tener historias marcadas por una invalidación significativa. Los entornos de invalidación transmiten el mensaje de que los sentimientos, necesidades, pensamientos o comportamientos de una persona son incorrectos, inaceptables, malos o de alguna manera inapropiados. La invalidación puede ocurrir de manera intencional o involuntariamente, y a menudo sucede cuando una persona o sistema no comprende a la otra. Estos entornos hacen que la persona dude de sus sentimientos internos y reacciones “instintivas” y cuestione su sentido de sí misma en relación con el resto del mundo.

Como parte de la MED-DBT (véase más adelante), la teoría biosocial se ha adaptado para representar a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pues incluye las bases neurometabólicas que impulsan y mantienen los TCA y la invalidación generalizada que sufren las personas con TCA (por ejemplo, la cultura de las dietas).

¿Por qué utilizar la TDC para los trastornos de la conducta alimentaria?

1. La TDC se basa en un modelo de regulación de las emociones

Una de las características que distingue a la TDC es su enfoque en comprender y trabajar con las emociones. Abordar las emociones en el tratamiento de los TCA no era un componente central de los tratamientos estándar para los TCA (p. ej., la terapia cognitiva conductual o TCC, la terapia familiar o TF). Sin embargo, la investigación ha mostrado que el enfoque en la regulación emocional es una parte necesaria del tratamiento y la recuperación. Por ejemplo:

- Muchas personas con TCA informan que tienen dificultades para describir, tolerar y expresar sus emociones. Para muchas, las emociones se experimentan como algo amenazador, confuso y completamente abrumador. Otras personas afirman sentirse insensibles, vacías e incapaces de conectar con las emociones^{4,5}.
- Los clientes con TCA a menudo dicen que no tienen las habilidades para hacer frente a sus emociones de forma saludable y adaptativa durante el tratamiento o después del tratamiento intensivo^{6,7}.
- Sin habilidades adecuadas de regulación de las emociones, los síntomas de los TCA pueden convertirse en una forma de regular sentimientos y estados corporales abrumadores e incómodos (p. ej., malestar gastrointestinal), al menos temporalmente. Muchas personas han expresado que sus síntomas les ayudan a tolerar y controlar emociones intensas y dolorosas. Comer desenfrenadamente (atracones), hacer purgas y ayunos se consideran estrategias de afrontamiento, “escapes físicos”, “formas de distanciarse” o “alivio temporal” del dolor y el malestar emocional^{8,9}.
- Las emociones negativas son uno de los factores desencadenantes más comunes de los síntomas de TCA. Los estudios que han realizado seguimientos de los estados emocionales antes y después de episodios de atracones han demostrado que la depresión, la ira, la culpa, la soledad y la autoculpabilidad son significativamente mayores en los días en los que las personas presentan síntomas¹⁰.
- Sin tratamiento, la desregulación emocional puede aumentar la vulnerabilidad de la persona a recaer tras el tratamiento. Se ha observado en varios estudios que las personas tienen mayores probabilidades de mantener su recuperación de un trastorno alimentario cuando sienten que pueden identificar, aceptar y tolerar mejor las emociones^{6,7}.

2. La TDC hace énfasis en la motivación como objetivo central del tratamiento

Los TCA son conocidos por su naturaleza egosintónica (p. ej., tienen cualidades de las que una persona no quiere deshacerse) y pueden caracterizarse por la anosognosia, una afección neurológica en la que la persona no es consciente de la gravedad de su enfermedad. La motivación para cambiar aumenta y disminuye y la TDC emplea un conjunto de estrategias para trabajar con estas fluctuaciones a lo largo del tratamiento.

3. El motor de la TDC es construir una vida digna de ser vivida

Para muchos clientes, los tratamientos enfocados en los síntomas no han sido suficientes y, para algunos, han resultado traumáticos y coercitivos. La TDC equilibra la necesidad de seguridad y estabilidad médica con la búsqueda genuina de una vida que valga la pena recuperar. Para muchos, el objetivo de dejar de purgarse porque tienen un TCA no es suficiente. Según enseña mi colega Lucene Wisniewski, nuestros clientes necesitan un

“*POR QUÉ*” más amplio (p. ej., “Quiero viajar este verano y purgarme ocasiona una inestabilidad médica que me impedirá hacerlo, así que ese es el *POR QUÉ* necesito tratar este comportamiento”).

4. La TDC ayuda a las personas a aprender y perfeccionar habilidades para construir esa vida que vale la pena vivir

Es difícil, si no imposible, cambiar comportamientos sobreaprendidos que le han servido a una persona a enfrentar la vida sin aprender nuevas formas de estar en el mundo (y en el propio cuerpo). Nuestros clientes y sus familias a menudo nos dicen que necesitan ayuda para tolerar la ansiedad y la ira durante las comidas y fuera de ellas, o para manejar pensamientos y comportamientos suicidas y autolesivos mientras intentan disminuir los síntomas del TCA. En la TDC, los clientes reciben capacitación exhaustiva en 4 ámbitos:

Habilidades de atención plena: diseñadas para enseñar a las personas a centrar la atención en el momento presente sin juzgar. Muy a menudo, las personas con TCA tienen dificultades para permanecer en el “aquí y ahora”. Conectar con las emociones, con el cuerpo y con la comida son factores muy desencadenantes para las personas con TCA. La atención plena ayuda a las personas a entender sus patrones y comportamientos y les permite observar sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos ni actuar sobre ellos.

Eficacia interpersonal: Las personas con TCA suelen manifestar que tienen dificultades para hacer valer sus necesidades, decir no a los demás y anteponer sus objetivos y deseos a los de los demás. A menudo, esta actitud procede del miedo (p. ej., miedo a ser rechazado o a que los demás no lo quieran) o de la vergüenza (p. ej., la creencia de que las necesidades propias no son importantes). Mantener relaciones y negociar las necesidades con los demás es fundamental para nuestro bienestar. Las habilidades de eficacia interpersonal enseñan a las personas a comunicarse eficazmente con los demás y a aumentar la probabilidad de que se satisfagan sus necesidades.

Tolerancia a la angustia: Estas habilidades están diseñadas para ayudar a los clientes a superar una crisis sin empeorar las cosas. En este módulo, los clientes aprenden una serie de estrategias para afrontar el estrés y las crisis de forma que se minimicen los daños y se ajusten a los valores de vida de nuestros clientes. A menudo, estas son las primeras habilidades que las personas aprenden a utilizar para interrumpir los síntomas y adquirir confianza en que hay una forma diferente de afrontar situaciones difíciles.

Regulación de las emociones: A diferencia de las habilidades de tolerancia a la angustia, las habilidades de regulación emocional son las cosas cotidianas que enseñamos a hacer a los clientes para mejorar su calidad de vida y reducir su vulnerabilidad a la “mente emocional”. Las personas aprenderán a observar y describir su mundo emocional sin miedo, juicio ni odio hacia sí mismas. Estas habilidades enfatizan la naturaleza adaptativa de todas las emociones, enseñan a los clientes a resolver problemas, a cambiar sus emociones cuando es necesario y a cuestionar los mitos sobre las emociones.

¿CÓMO ES LA TDC para los trastornos de la conducta alimentaria?

En los últimos 20 años, los investigadores han estado estudiando cuándo y cómo usar la TDC para las personas con TCA. Hay diferentes formas en las que se ha adaptado la TDC a los TCA. Es importante saber que no todas son iguales y que presentan diferencias importantes. Cada forma está diseñada para diferentes manifestaciones de TCA o, en la TDC, “etapas” de la enfermedad.

Debra Safer y sus colegas desarrollaron el modelo Stanford¹¹ o el modelo DBT-BN/DBT-BED. Este enfoque basado en evidencias está diseñado para personas con bulimia o trastorno por atracón que NO tienen afecciones concurrentes importantes que requieren atención. En la TDC, estos modelos son adecuados para personas que se encuentran en la “Etapa 3”, donde la persona está más estable y no atraviesa una crisis. Este enfoque también se basa únicamente en las habilidades y se ofrece individualmente o en grupo. NO es una TDC integral y no está diseñado para personas que enfrentan problemas de suicidio/autolesiones u otras dificultades coexistentes.

En mi opinión y experiencia, la TDC radicalmente abierta (*Radically Open DBT*) podría ser otro enfoque para la etapa 3. NO está diseñada para personas con TCA que presentan inestabilidad médica o para quienes necesitan apoyo con la estabilidad alimentaria y de peso. Tampoco está diseñada para ayudar con la desregulación que se experimenta al enfrentar problemas de alimentación e imagen corporal. Además, no es un tratamiento para el trauma, que es lo que principalmente define el trabajo de la “Etapa 2” en la TDC.

MED-DBT¹² es un tratamiento para personas con un TCA que enfrentan dificultades en la “Etapa 1”, es decir, que están atrapadas en un caos emocional y conductual y en un sufrimiento que debe manejarse antes de abordar cualquier tipo de trabajo emocional o de trauma más profundo. Para nosotros, eso normalmente significa que las personas necesitan ayuda para mantenerse vivas, tanto en términos del TCA como en lo que respecta a la gestión del suicidio y las autolesiones, y requieren un enfoque mucho más dialéctico.

MED-DBT consta de cuatro componentes principales:

- Psicoterapia individual
- Terapia de grupo para el entrenamiento de habilidades
- Asesoramiento (*coaching*) telefónico sobre habilidades
- Equipo de consulta a terapeutas

A continuación se sugieren varias lecturas para obtener más información:

Anderson, L. K., Murray, S. B., Ramirez, A. L., Rockwell, R., Le Grange, D., & Kaye, W. H. (2015). The integration of family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: Philosophical and practical considerations. *Eating Disorders*, 23(4), 325-35. doi: 10.1080/10640266.2015.1042319

Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E.J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: An update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121. doi: 10.1080/10640266.2020.1723371

Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an intensive dialectical behavior therapy program for multidagnostic clients with eating disorders. *Journal of Counseling and Development, Special issue on prevention and treatment of eating disorders*, 90, 330-338.

Wisniewski, L., & Safer, D.L. (2021). DBT and Eating Disorders, In Linda A. Dimeff, Shireen L. Rizvi, Kelly Koerner, Elissa M. Ball, Brad Beach (eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings (2nd ed)*, Guilford Press.

Referencias

¹ Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

² Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

³ Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

⁴ Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.

⁵ Zonnevijlle-Bendek, M. J. S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 11, 38-42.

⁶ Federici, A., & Kaplan, A. S. (2007). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 26, 1-10.

⁷ Cockell, S. J., Zaitsoff, S. L., & Geller, J. (2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 527-534.

⁸ Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

⁹ Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

¹⁰ Stein, K. F., & Corte, C. M. (2003). Ecologic momentary assessment of eating disordered behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 349-360.

¹¹ Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical Behavior Therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167.

¹² Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an intensive dialectical behaviour therapy program for multidagnostic clients with eating disorders. *Journal of Counseling and Development, Special issue on prevention and treatment of eating disorders*. 90. 330-338

Translation of this *NEDIC Bulletin* was made possible by funding support from the BC Eating Disorders Research Excellence Cluster.



THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

BC Eating Disorders
Research Excellence Cluster