



# MANUAL TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL



ÍNDICE	PÁGINA
Introducción a la Terapia Dialéctico Conductual	<b>4</b>
¿Qué puede aportar el Zen?	<b>7</b>
¿Qué aporta la dialéctica?	<b>10</b>
Metas de la terapia	<b>14</b>
Comportamientos autodestructivos	<b>15</b>
Estrategias de afrontamiento y conducta autodestructiva	<b>18</b>

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad es uno de los retos más frustrantes en el campo de la salud mental. No solo hoy problemas de definición sino que, como afirman Widiger, Frances, Apitzer y Williams (1988), “no está claro aún si el trastorno límite de la personalidad describe un síndrome de personalidad, un trastorno afectivo, una solapación o patología afectiva y patología de personalidad, un nivel de psicopatología o una mezcla heterogénea.

## OBJETIVOS

- Conocer las Terapias Dialéctico Conductual.
- Saber identificar comportamientos autodestructivos.

## MAPA CONCEPTUAL



## Introducción a la Terapia Dialéctico Conductual

Los Trastornos de Personalidad se definen, según el DSM-V, como patrones de comportamiento y experiencia interna permanentes y rígidos, que se apartan de modo significativo de la conducta esperada, dada la cultura del sujeto de referencia. Se caracterizan por su inicio temprano, su estabilidad temporal y el malestar que generan al propio sujeto y a su entorno.

Dentro de ellos, el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se suelen presentar como un patrón permanente de inestabilidad emocional en las relaciones personales, los afectos y la autoimagen, así como una notable impulsividad y falta de control. Para Millon y otros autores sería una variante disfuncional y especialmente grave de otros patrones de conducta de carácter psicopatológico más leve (histriónico, dependiente, etc.).



La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD), diseñada y propuesta por Marsha M. Linehan, es un enfoque terapéutico relativamente reciente, dirigido al tratamiento del TLP y especialmente orientada al trabajo con los pacientes más graves, aquellos con altas tasas de conductas suicidas. Se presenta como novedosa, principalmente, por su carácter integrador, ofreciéndose como una mixtura entre la orientación psicológica conductual, la práctica zen y la filosofía dialéctica.

Podemos decir, sin embargo (y de entrada) que la propia Linehan y otros autores de su enfoque reconocen la utilización de técnicas de diverso origen teórico (teorías psicodinámicas, terapias centradas en el paciente, terapias cognitivas y tratamientos “estratégicos” propios de cierta psicología sistémica). Aunque el uso de principios y técnicas útiles de otros acercamientos no tiene por qué resultar necesariamente negativo, lo cierto es que tal generosidad de “acogimiento teórico- clínico” no deja de resultar peligrosa. Los ingredientes principales del compuesto, antes citados, vienen claramente definidos en la receta, por lo que su valor o eficacia no tendrían por qué verse mermados por el uso de aditivos.

Puesto que la novedad está en la mezcla, la cuestión será entonces determinar el posible alcance terapéutico, no tanto de los elementos fundamentales de la TCD por separado (aunque se analizarán) como del resultado de su composición. La terapia conductual, en concreto, ha mostrado su eficacia en otros trastornos y podría concedérsele respecto al TLP al menos el mismo valor terapéutico que a la TCD. Pero resultaría verdaderamente difícil establecer la eficacia terapéutica de los otros elementos por separado, al estar tan alejados, por su carácter, de los parámetros clínicos al uso. Yendo más allá, puesto que el enfoque conductual es en última instancia el que aporta la base técnica y procedimental, se trataría de inquirir más bien sobre la utilidad de añadirle el zen y la dialéctica.

En efecto, la TCD, como cualquier otra terapia, no deja de trabajar con la conducta de los pacientes que trata. Pero, a diferencia de lo que ocurre en otras orientaciones, ese trabajo no queda oculto entre una maraña de técnicas y conceptos teóricos (a pesar de la densidad que caracteriza, en ocasiones, la exposición de Linehan) sino que se pone en primer plano, se reconoce y se defiende. La terapia realiza un detenido análisis conductual de cara a determinar los comportamientos que entran en juego en el trastorno; el repertorio de respuestas de que dispone la persona; los refuerzos y castigos implicados; los posibles patrones de evitación, etc. Las estrategias que se ponen en práctica son, en gran parte, de estirpe conductista y, en todo caso, aunque se utilicen otras técnicas (solución de problemas, técnicas paradójicas, etc.) no dejan de tener, como no podría ser de otro modo, su correspondiente base de manejo de contingencias.

En este sentido, la eficacia terapéutica que parece mostrar la TCD (según algunas revisiones y con todas las reservas que se puedan hacer al respecto) podría deberse más bien a lo que tenga de conductual que a lo que tenga de dialéctico o de zen. Sobre todo si tenemos en cuenta que otros datos parecen mostrar al menos la misma eficacia de la Terapia de Conducta tradicional para el tratamiento del problema o, al menos, para la modificación de las conductas más dañinas (suicidas, autolesivas, etc.) que es también, en último caso, lo que persigue la TCD. Lo que se podría deducir de estos datos, en primera instancia, es que un adecuado Análisis Funcional y la aplicación de las correspondientes técnicas de modificación de conducta es lo que permite los cambios terapéuticos deseados.

A este respecto, puede verse el trabajo de Javier Virués Ortega como un magnífico ejemplo de caso único de TLP, a la vez que un verdadero “manual” de cómo aplicar un Análisis Funcional, con todas sus posibilidades y limitaciones (dadas las circunstancias reales de la actividad clínico-profesional de la psicología pública, tan diferentes a las que probablemente requiere una buena aplicación de la TCD, aunque sólo sea por su larga duración).

## ¿Qué puede aportar el Zen?

La práctica zen se suele definir como una radical aceptación de la vida, entendiendo ésta como un flujo continuo, un cambio permanente de las cosas, que mueren y renacen a cada instante. Intentar construir una esencia, buscar una regularidad más allá de las propias de ese flujo es para los seguidores de estas prácticas simplemente descabellado. La aceptación supone, pues, una comprensión no reflexiva, una adaptación al ritmo vital de las cosas sin tratar de detenerlo o alterarlo. Un intento de disolución personal en la voluntad del mundo, por usar términos de Schopenhauer. Se aspira a un conocimiento inmediato de las cosas, sin interferencias del pensamiento discursivo, una suerte de epojé que ha de surgir de la meditación y la contemplación (en realidad la misma cosa, pues meditar aquí, no es pensar, sino atender, “notar el flujo de la percepción”). De hecho, el término zen significa literalmente meditación y surgió como una reacción a la excesiva erudición e intelectualismo presentes en el budismo chino clásico.





El Zen se dibuja entonces como un nihilismo del discurso, al que se niega todo valor. Pero al modo como el nihilista puede negar o rechazar el mundo sólo porque está en él, el sabio zen sólo puede negar el valor de las “interrupciones” reflexivas en el decurso de la vida, precisamente porque ha reflexionado para rechazarlas. En el límite, nos encontramos con una huida de la civilización y una vuelta a la naturaleza, pues nada respondería mejor al anhelo zen que una existencia animal, sumergida en el flujo de la vida sin posibilidad de interrupción. Una vieja idea de los sofistas, especialmente de Antifón, ridiculizado por Aristófanes en “Las nubes”: la naturaleza como autenticidad, frente a la falsedad de la vida de la ciudad; la *Physis* como entidad con valor prescriptivo inalienable, a la que hay que seguir (o sumergirse en su flujo) frente al *nómos*, que sería pura convención, ley humana que “tirana de los hombres, fuerza muchas cosas contra la naturaleza”.

Esta distinción que tanto juego ha dado a lo largo de la historia se revela como un falso dualismo que se resuelve dialécticamente mediante: 1/ la sustitución de los términos dicotómicos Naturaleza/Cultura por los de Cultura subjetual o somática y Cultura objetual o extrasomática y 2/ la conjugación de dichos términos, de modo que “lo natural” y “lo cultural” pasan a ser nexos de unión recíprocos y necesarios. Así, al menos en el caso del hombre, la cultura subjetual (la de un organismo dotado de movimientos y ritmos “naturales”) se encuentra ya atravesada por pautas suprasubjetivas, extrasomáticas, que se mantienen a una escala distinta de la individual. La cultura objetiva (objetual) no niega ni reduce la anterior sino que la afirma como necesaria, pero intercalándose en ella y dando lugar a configuraciones que no pueden ser explicadas desde la conducta innata (aunque tampoco a la inversa, rechazando así todo tipo de reduccionismo).

Desde este punto de vista, el rechazo zen a toda interrupción del flujo vital en forma de reflexividad discursiva es un absurdo comparable al rechazo de todo edificio o toda vestimenta (por citar dos ejemplos de cultura objetiva extrasomática que no rechaza ningún monje budista y que no hubieran sido



posibles mediante el mero “fluir”). El lenguaje no es una manifestación de la cultura subjetiva, aunque la suponga (disposición espacial de los órganos fonadores, etc.) sino de la objetiva y toda práctica personal o social, incluso la que pretenda negarlo, está atravesada por él.

Dicho todo esto, sin embargo, se declara que puede existir un valor esencial en la aportación del zen a la terapia psicológica y que consistiría, precisamente, en lo que pueda aportar de distanciamiento en una cultura general (extraclínica) excesivamente hiperreflexiva (como característica del mundo actual) y en una cultura clínica (específica) que, más que ayudar al paciente a actuar eficazmente en el mundo de la vida, puede enredarle en sus problemas, al hacer hincapié en que provienen de una (su) errada reflexividad. En este sentido, la insistencia en el abandono de una excesiva elaboración reflexivo-lingüística y la vuelta a una relación con el mundo más intuitiva o directa, no cabe duda que puede resultar lenitiva para la mayor parte de personas con problemas de tipo psicológico.

Lo que se camine en esa dirección conllevará, por otra parte, una mayor aceptación por el paciente de sus problemas (sin la necesidad estricta de control de lo que se siente y piensa, característica de los trastornos de orden psicológico) lo que nos permite establecer un parentesco entre la terapia de Linehan y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes, más allá de su común ascendencia conductual.

Lo que se pone en duda es la necesidad o pertinencia de acudir al budismo chino zen para destacar este factor de distanciamiento o abandono del control y la reflexividad, cuando en la propia tradición psicológica occidental hay ejemplos tan potentes como puedan ser los de la logoterapia de Frankl o (en general) las técnicas paradójicas de las terapias existenciales (que la propia Linehan reconoce utilizar). Podría decirse que no hacía falta ir tan lejos para encontrar algo que estaba tan cerca, salvo, claro está, que ese viaje



respondiera a necesidades de un mercado muy sensible a las prácticas budistas del “mindfulness”; lo que, dicho sea de paso, sólo ingenuamente puede parecer que se aleja de la debida ética clínico-profesional, ya que las demandas del “mundo del paciente” forman parte del problema a tratar y es necesario, hasta cierto punto, adaptarse a ellas.

### **¿Qué aporta la dialéctica?**

La dialéctica se utiliza en la terapia con un doble sentido: por un lado, indica cierta visión del mundo o “filosofía”; por otro, hace referencia a la importancia que se concede al diálogo y la relación con el paciente.

El primer sentido remite a la tradición hegeliana, entendiendo la realidad como proceso de opuestos, fuerzas polares (tesis, antítesis) que llevan necesariamente a un cambio o síntesis. La tensión entre las fuerzas previas es lo que promueve el cambio, pero el nuevo estado no estará libre de nuevas contradicciones, por lo que la constante transformación de las cosas vuelve a presentarse de nuevo, aunque ahora sin los ropajes orientalistas.

La dialéctica como aparato teórico no es usada por Linehan únicamente a modo de marco general, de adscripción ad-hoc a las líneas maestras del materialismo dialéctico, sino que se propugna como modelo para explicar el TLP, desarrollando al efecto una Teoría Dialéctica de la personalidad límite. Básicamente, la teoría conjuga la incapacidad de estos sujetos para una adecuada regulación de sus emociones (que la autora interpreta como una predisposición biológica) con un ambiente que no acepta como válida su expresión, negándole la adecuada atención o descalificándola como socialmente inaceptable. La respuesta del entorno más cercano impide o dificulta la comprensión de las experiencias privadas, su rotulación, estilización e integración. En todo caso, aunque se hable aquí de predisposición biológica a la sobre activación emocional o de exceso de sensibilidad, no se trata de

características que tengan valor psicológico en sí mismas sino que son psicológicas precisamente porque se conjugan dialécticamente con el ambiente que las invalida (y que las convierte en problemáticas).



Aunque pueda darse un exceso previo o inicial de reactividad emocional (una línea base elevada, por decirlo así) es el contexto el que determina el valor psicológico o subjetivo de su expresión, siendo para Linehan ciertos entornos familiares los que contribuyen a invalidar las experiencias emocionales, de modo que éstas se construyen de modo inadecuado. La cuestión es que el problema se presenta como un “fallo dialéctico”, no interno, sino relacional o intersubjetivo.

En el segundo sentido citado, la dialéctica alude a la necesidad de establecer una relación terapéutica determinada, consistente en la generación de un contexto de validación personal, desde el que pueda reconstruirse en un sentido amplio el mundo privado del paciente. Linehan encarece la importancia de la validación (aceptación) frente a terapias que buscan a toda costa el cambio; defecto en el que pueden incurrir, por su propio carácter, las basadas exclusivamente en modelos conductuales. Pero la validación no es una mera



aceptación acrítica, que haga surgir por sí misma el verdadero self reprimido del paciente (a la manera humanista) sino una base para el cambio que pasa ineludiblemente por el acuerdo con el paciente (compromiso) sobre los objetivos a cumplir, lo que de nuevo deja ver (aceptación y compromiso) la afinidad con la ACT de Hayes.

No se trata, pues, de una suerte de tratamiento no-directivo, donde la persona despliegue su personalidad natural gracias al ambiente no punitivo de la consulta sino de una verdadera dirección terapéutica, guiada dialécticamente, en el doble sentido apuntado: 1/ de diálogo, posible por el establecimiento de una buena relación terapéutica y un ambiente de validación y 2/ de síntesis por oposición de contrarios, que afecta tanto al paciente, que arrastra sus “errores dialécticos” en la vivencia y expresión emocional, como al terapeuta, que ha de validar la expresión emocional del paciente a la par que promover su conveniente “afinación y pulido”.

La aportación de la dialéctica al tratamiento consistiría entonces en su función de equilibrio, a diferentes niveles:

En los propios procedimientos terapéuticos, contrarrestando cierta tendencia al cambio que pueda resultar de la aplicación inmediata de técnicas de análisis y modificación de conducta. En este sentido, la generación de un ambiente de validación supone construir un contexto que permita al paciente (y al terapeuta) la comprensión del valor de la conducta desadaptada (que lo tiene, aunque sea en forma de “ajuste dialéctico erróneo”), el desarrollo paulatino de nuevas conductas, una nueva integración de las experiencias privadas y la reconstrucción personal. Por decirlo así, en pacientes con graves problemas de regulación conductual, un excesivo o prematuro énfasis en el cambio puede resultar contraproducente. El problema resulta el excesivo coste temporal de la terapia (en principio, diseñada para un año pero renovable) que, como dijimos, no siempre casa bien con la realidad clínica profesional.

Para el paciente, al favorecer su regulación emocional, conductual y cognitiva, estableciendo contrapesos entre el análisis racional y la experiencia emocional más intuitiva o directa; entre sus capacidades actuales (que pueden permanecer ocultas) y las metas a conseguir; entre un cierto distanciamiento pasivo hacia sus circunstancias y un empuje decidido hacia su mejora. En definitiva, se trata (con otra rotulación) de un equilibrio entre la aceptación y el compromiso.

Para el terapeuta, que ha de adaptarse dialécticamente al problema del paciente, evitando una mera aplicación estandarizada de las técnicas y utilizando su posición asimétrica respecto del paciente en el doble sentido (dialéctico) de favorecer la comprensión del problema (que quizá el paciente no tenga) y de motivar y favorecer su superación (si es que el paciente no ve el camino para lograrlo). El clínico ha de conseguir un balance entre el apoyo al cliente tal como es y el empuje necesario para que sea de otro modo. La terapia supone, por último, una dialéctica de compromiso contractual para el clínico, que debe generar el contexto validador y los cambios necesarios a la par que establecer un límite temporal para el tratamiento. La TCD establece de principio unos compromisos que tanto terapeuta como paciente deben respetar.

En este sentido, el establecimiento de una adecuada relación terapéutica (aunque en toda terapia sea importante) resulta fundamental en la terapia de conducta dialéctica.

En resumen, la TCD se presenta como una sólida contribución al campo de la Terapia de Conducta, al que se adscribe de modo indudable y al que aporta el elemento dialéctico, que (aunque funcionando siempre en toda terapia) quizá no se hubiera analizado o estudiado convenientemente. En este sentido, la TCD repara el fallo al reparar en su funcionamiento. Otras posibles aportaciones, como las debidas al zen, sin dejar de ser relevantes para el enfoque conductual, quizá estarían ya incorporadas a la tradición clínica más



clásica, como la de la logoterapia. Su novedad sería más bien una cuestión de presentación o vestimenta.

De este modo, la terapia de conducta dialéctica trabaja con el armamento técnico-procedimental del enfoque conductista (que no es poco efectivo) pero matizándolo o complementándolo del modo ya referido, lo que parece resultar especialmente útil en el caso de la personalidad límite, tan propensa al vaivén emocional y a una dialéctica excesivamente extremada, de “rozamiento continuo”. Lo que cabe achacar a la TCD es su excesivo coste, de modo que su bondad terapéutica debería aquilatarse mediante su adaptación a tiempos y modos de aplicación diversos, como puedan ser, sin ir más lejos, los de la psicología clínica pública.

(Basado en “Terapia de Conducta Dialéctica de Linehan. Un análisis de su composición, López, C. (2006))

### **Metas de la terapia**

Las metas o la filosofía de la TCD toman como punto de partida una perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana, y por lo tanto del TLP. Así mismo, se considera un factor esencial la actitud dialéctica en la relación terapéutica. Presentan tres características básicas:

Interrelación de las partes que configuran la realidad como un todo. Lo que implica prestar atención a la interdependencia de las pautas de conducta definida como problema respecto a las circunstancias sociales, en relación a las cuales tiene una función (individuo y ambiente mutuamente coactivos). En este sentido el paciente debe aprender no sólo habilidades de autogestión, sino también a capacitarse para influir en su medio ambiente.

Realidad como un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis). Entiende el principio de cambio como un proceso de opuestos que dan lugar a una síntesis, que a su vez está abierta a sucesivas evoluciones. Los fracasos dialécticos en conseguir la síntesis dan lugar a patrones de pensamiento, conductas y emociones dicotómicas y extremas.

La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura. Lo que requiere ayudar al sujeto a estar cómodo con el cambio. Los terapeutas también deben estar pendientes del propio cambio durante el tratamiento.

### **Comportamientos autodestructivos**

La conducta autodestructiva (CA) es un fenómeno que en los últimos años ha llamado la atención de investigadores y profesionales de la salud por su incremento en población adolescente. En la literatura es posible encontrar una variedad de conceptos para referirse a dicha conducta, entre ellos, “self-harm”, “self-injurious” y “self-destructive behavior”, que a pesar de ser utilizados como sinónimos, representan diversas definiciones y manifestaciones de este comportamiento. De esta manera, algunos autores se refieren a la CA como el solo hecho de lesionarse a sí mismo sin intención suicida consciente (Sim, Adrián, Zeman, Cassano & Friedrich, 2009), otros añaden los intentos de suicidio (Mahadevan, Hawton & Casey, 2010) y algunos lo consideran un síndrome autodestructivo (Kocalevent et al., 2005). Esta disparidad de concepciones dificulta su delimitación, tornándose un constructo complejo de definir y de acotar y con múltiples dimensiones para considerar. A efectos de la presente investigación la CA será abordada como toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos directos e indirectos (Claes & Vandereycken, 2007; Walsh, 2006) y aspectos psicológicos (Fliege, Lee, Grimm, Fydrich & Klapp, 2009).



La CA directa se caracteriza porque el vínculo entre la conducta y la consecuencia física tiende a ser inmediato (golpes y heridas intencionados, cortes, quemaduras, entre otros), mientras que en la indirecta este vínculo está diferido (Claes & Vandereycken, 2007) y es acumulativo (consumo de drogas, alteración de la conducta alimentaria, conductas sexuales de riesgo, etc.). Las CA ligadas a aspectos psicológicos han sido menos estudiadas (Fliege et al., 2009), pero suelen incluirse el autocastigo y las emociones autodestructivas como sentir envidia, vergüenza y culpa, sentir remordimiento, culpar a otros y tener pensamientos autolesivos (Baumeister, 1997; Nock, Holmberg, Photos & Michel, 2007; Rüşh et al., 2007; White, Langer, Yariv & Welch, 2006). Pese a que la amplia variedad de concepciones sobre la CA dificulta la comparación entre estudios, hay consenso en que el dañarse a sí mismo se está haciendo más prevalente en los últimos años entre los adolescentes (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Madge et al., 2008). En un estudio comparativo a nivel internacional donde participaron 30.532 adolescentes entre 14 y 17 años de diversos países (Australia, Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, Países Bajos y

Noruega), se reportaron ratios de conducta autodestructiva que fluctuaban entre 2.7 % y 7.3 % (Ystgaard et al., 2009). Para ello se utilizó el Lifestyle and Coping Questionnaire que incluye dos preguntas sobre conducta autodestructiva en general. Por su parte, Ross y Heath (2002) encuestaron a 440 adolescentes en escuelas urbanas y encontraron una prevalencia de conducta autodestructiva directa del 21 %, la cual fue evaluada mediante un ítem exploratorio inserto en el inventario How I deal with stress? A aquellos que respondieron afirmativamente, se les realizó una entrevista semiestructurada para mayor profundización. Otros autores refieren que autolesionarse (conducta autodestructiva directa) alguna vez en la vida oscila entre el 21 y el 27 % (Mikolajczak, Petrides & Hurry, 2009; Plener, Libal, Keller, Fegert & Muehlenkamp, 2009; Stanford & Jones, 2009). Existe la creencia de que autolesionarse ocurre solo en poblaciones psiquiátricas, no obstante, también se produce en poblaciones comunitarias (Klonsky et al., 2003; Ross & Heath, 2002), convirtiéndose en un problema de salud pública entre los adolescentes y adultos jóvenes (Glen & Klonsky, 2010).

En relación con el género, existe evidencia de que autolesionarse es más común en mujeres que en hombres (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Ross & Heath, 2002; Stanford & Jones, 2009). En todos los países participantes de la investigación de Ystgaard et al. (2009) las chicas mostraron una mayor prevalencia de CA que los chicos. El trabajo de Madge et al. (2008), realizado con adolescentes a nivel internacional, revela que el 8.9 % de las mujeres y el 2.6 % de los hombres reportaron haberse dañado a sí mismos el año anterior y que el 13.5 % y el 4.3 %, respectivamente, se habían dañado alguna vez en la vida. Estos datos coinciden con los de Evans, Hawton y Rodham (2005) donde un 11.1 % de las chicas y un 3.2 % de los chicos reportó dañarse a sí mismos. Por el contrario, existen estudios que no han encontrado diferencias de género (Glen & Klonsky, 2010; Mikolajczak et al., 2009).



## **Estrategias de afrontamiento y conducta autodestructiva**

El afrontamiento se refiere a “los esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, para gestionar específicamente las demandas internas y/o externas que son concebidas como agotadoras o que exceden los recursos de la persona” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Moos (1993) concibe dos grandes dimensiones de afrontamiento: de aproximación y de evitación.

Las respuestas de aproximación tienden a “estar centradas en el problema y abarcan los esfuerzos cognitivos y conductuales por 4 dominar o resolver los estresores diarios” (p. 1). Por el contrario, el afrontamiento de tipo evitativo “tiende a estar centrado en la emoción, abarcando intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en el estresor y sus implicaciones, o bien tratar de manejar el afecto asociado a él” (p. 1). Un tema de interés es el que se refiere a la relación entre el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y la psicopatología, cuestión que adquiere especial relevancia en la adolescencia ya que las estrategias que se utilizan para afrontar las situaciones estresantes afectan significativamente el funcionamiento psicosocial del individuo y a su maduración, convirtiéndose en parte del sistema personal en el siguiente ciclo evolutivo (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001).

El uso de adecuadas estrategias durante esta fase del desarrollo predice consecuencias positivas en el futuro y en la vida adulta (Ireland, Boustead & Ireland, 2005; Seiffge-Krenke, 2000; Sung, Puskar & Sereika, 2006), ya que media la relación existente entre los factores estresantes y la salud física y psicológica (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). En los adolescentes el uso de estrategias de aproximación para responder a situaciones estresantes está asociado a mayor salud mental en comparación al uso de las estrategias de evitación (Compas et al., 2001; Griffith, Dubow & Ippolito, 2000; Sung et al., 2006). Los adolescentes que son capaces de buscar apoyo social, resolver sus

problemas y reestructurar cognitivamente los eventos de forma positiva tienen más probabilidades de gestionar exitosamente los desafíos de la adolescencia (Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995). Por el contrario, aquellos que utilizan estrategias no constructivas (evasión o respuestas negativas a nivel emocional o cognitivo, aceptación-resignación, descarga o ventilación emocional, pensamiento fantasioso y culparse o criticarse a sí mismo) tienen un mayor riesgo psicopatológico (Sawyer, Pfeiffer & Spence, 2009). Es en este sentido que algunos autores hablan de estrategias funcionales y disfuncionales (Seiffge-Krenke, 1995).

El afrontamiento funcional se refiere a los esfuerzos por manejar un problema mediante la búsqueda activa de apoyo, comprometerse con acciones concretas para resolver un problema o reflexionar acerca de las posibles soluciones; en otras palabras, consiste en utilizar estrategias de afrontamiento orientadas a la aproximación. Por otra parte, un estilo de afrontamiento disfuncional puede incluir esfuerzos por retirarse, como negar la existencia del estresor, evitar la búsqueda de soluciones o buscar la regulación emocional, es decir, un afrontamiento con tendencia a la evitación. 5 Las investigaciones señalan que existe relación entre tipo de afrontamiento y CA en población adolescente (Mikolajczak et al., 2009; Stanford & Jones, 2009). La CA está asociada a un elevado uso de estrategias de evitación (Andover, Pepper & Gibb, 2007; Evans et al., 2005; Marusic & Goodwin, 2006). Los adolescentes con CA son más propensos a utilizar estrategias enfocadas en la emoción, como beber alcohol, y a utilizar menos búsqueda de apoyo social; en cambio, los adolescentes sin CA o sin pensamientos de este tipo, reportan estrategias más enfocadas en el problema como tratar de aclarar las cosas y hablar con alguien (Andover et al., 2007; Evans et al., 2005).

De aquí que se considere que las estrategias de afrontamiento evitativas son variables predisponentes o factores precipitantes del comportamiento autodestructivo de los adolescentes (Evans et al., 2005; Myors, Johnson & Langdon, 2001). Muchos adolescentes que se dañan a sí mismos lo hacen

como un intento de regular sus emociones (Nock & Prinstein, 2005; Rodham, Hawton & Evans, 2004). Por lo tanto, las autolesiones pueden ser métodos disfuncionales de hacer frente a las emociones negativas (Mikolajczak et al., 2009), ante la dificultad de adoptar estrategias de afrontamiento adaptativas (Chapman, Gratz & Brown, 2006). Otros autores señalan que la conducta autolesiva sería una estrategia de afrontamiento desadaptativa en sí misma (McVey-Noble, Khemlani-Patel & Neziroglu, 2006) o intentos desesperados por disminuir o regular los sentimientos negativos exacerbados mediante estrategias de afrontamiento emocionales ineficaces como rumiar, autoculparse y sentirse impotentes (Mikolajczak et al., 2009).

Los estudios citados tienen por objetivo poner en relación el uso del afrontamiento de aproximación o de evitación con la CA. No obstante, no se tiene en cuenta que la mayoría de adolescentes no utilizan solo estrategias aproximativas o solo evitativas a la hora de lidiar con sus estresores, sino que utilizan ambos tipos simultáneamente. Dentro de este planteamiento, Herman-Stahl et al. (1995) y Steiner, Erickson, Hernandez y Pavelski (2002) efectúan combinaciones según el uso preferente de estrategias de aproximación o de evitación. Es lo que se conoce como tipologías de afrontamiento. Los autores crean cuatro tipologías de afrontamiento: evitación alta + aproximación baja; evitación alta + aproximación alta; evitación baja + aproximación baja y evitación baja + aproximación alta. 6 Son muy escasas las investigaciones que han analizado la asociación entre tipologías de afrontamiento y CA.

De esta última temática solo se ha encontrado un estudio realizado con jóvenes prisioneros (Kirchner, Forns & Mohino, 2008), donde se puso de relieve que la tipología de afrontamiento caracterizada por un uso descompensado de estrategias de evitación en relación con las de aproximación tenía la tasa más elevada de autolesiones durante el tiempo de reclusión. El propósito principal del presente estudio se centra en establecer, en adolescentes comunitarios españoles, la asociación entre CA y tipologías de afrontamiento, calculando la probabilidad (OR) de incurrir en dicha conducta. La hipótesis que se sostiene

es que en aquellos adolescentes que pertenezcan a la tipología de afrontamiento caracterizada por un uso proporcionalmente mayor de estrategias de evitación que de aproximación, se incrementará la probabilidad de reportar conductas autodestructivas en relación con los adolescentes que pertenezcan a la tipología caracterizada por un uso proporcionalmente mayor de estrategias de aproximación que de evitación. Para alcanzar este propósito, y adicionalmente como paso preliminar, se determinará la presencia de CA en un rango subclínico/clínico en adolescentes comunitarios según género.

### **Recuerda**

- Dentro de ellos, el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se suelen presentar como un patrón permanente de inestabilidad emocional en las relaciones personales, los afectos y la autoimagen, así como una notable impulsividad y falta de control. Para Millon y otros autores sería una variante disfuncional y especialmente grave de otros patrones de conducta de carácter psicopatológico más leve (histriónico, dependiente, etc.).
- La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD), diseñada y propuesta por Marsha M. Linehan, es un enfoque terapéutico relativamente reciente, dirigido al tratamiento del TLP y especialmente orientada al trabajo con los pacientes más graves, aquellos con altas tasas de conductas suicidas. Se presenta como novedosa, principalmente, por su carácter integrador, ofreciéndose como una mixtura entre la orientación psicológica conductual, la práctica zen y la filosofía dialéctica.
- La práctica zen se suele definir como una radical aceptación de la vida, entendiendo ésta como un flujo continuo, un cambio permanente de las cosas, que mueren y renacen a cada instante. Intentar construir una esencia, buscar una regularidad más allá de las propias de ese flujo es para los seguidores de estas prácticas simplemente descabellado.

- La dialéctica como aparato teórico no es usada por Linehan únicamente a modo de marco general, de adscripción ad-hoc a las líneas maestras del materialismo dialéctico, sino que se propugna como modelo para explicar el TLP, desarrollando al efecto una Teoría Dialéctica de la personalidad límite. Básicamente, la teoría conjuga la incapacidad de estos sujetos para una adecuada regulación de sus emociones (que la autora interpreta como una predisposición biológica) con un ambiente que no acepta como válida su expresión, negándole la adecuada atención o descalificándola como socialmente inaceptable.
- Las metas o la filosofía de la TCD toman como punto de partida una perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana, y por lo tanto del TLP.
- La conducta autodestructiva (CA) es un fenómeno que en los últimos años ha llamado la atención de investigadores y profesionales de la salud por su incremento en población adolescente. En la literatura es posible encontrar una variedad de conceptos para referirse a dicha conducta, entre ellos, “self-harm”, “self-injurious” y “self-destructive behavior”, que a pesar de ser utilizados como sinónimos, representan diversas definiciones y manifestaciones de este comportamiento. De esta manera, algunos autores se refieren a la CA como el solo hecho de lesionarse a sí mismo sin intención suicida consciente (Sim, Adrián, Zeman, Cassano & Friedrich, 2009), otros añaden los intentos de suicidio (Mahadevan, Hawton & Casey, 2010) y algunos lo consideran un síndrome autodestructivo (Kocalevent et al., 2005). Esta disparidad de concepciones dificulta su delimitación, tornándose un constructo complejo de definir y de acotar y con múltiples dimensiones para considerar.
- El afrontamiento se refiere a “los esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, para gestionar específicamente las demandas internas y/o externas que son concebidas como agotadoras o que exceden los recursos de la persona” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141).



Moos (1993) concibe dos grandes dimensiones de afrontamiento: de aproximación y de evitación.