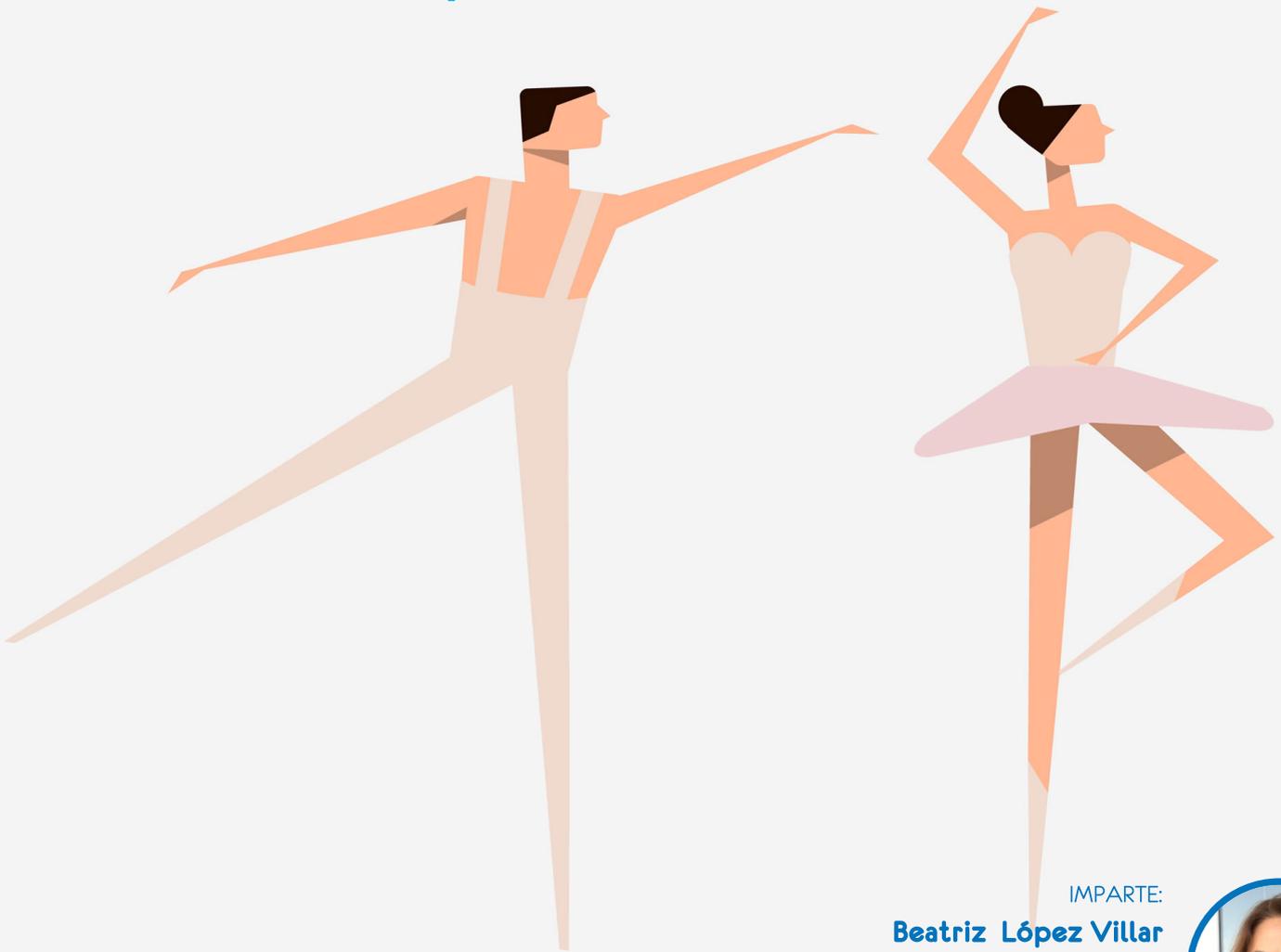


MANEJAR SITUACIONES DIFÍCILES EN CONSULTA

desde la Terapia Dialéctica Conductual (DBT)



IMPARTE:

Beatriz López Villar

Psicóloga clínica, especialista en el estudio y tratamiento de personas con trastornos de personalidad, en ejercicio desde hace más de 20 años. Es fundadora del Centro de Terapia Dialéctica Conductual TLP Tratamientos.



26 y 27 noviembre 2021
en Elche - Presencial

MANEJAR SITUACIONES DIFÍCILES EN CONSULTA

desde la Terapia Dialéctica Conductual (DBT)



PROGRAMA

1. Presentación.
2. Propuesta de la DBT como modelo de funcionamiento de equipos.
3. Encuadre general de la DBT: origen, desarrollo, aspectos básicos y ampliación RO.
4. Atención a los propios límites por parte del terapeuta.
5. Uso de metáforas en DBT para interiorizar y ayudar a establecer los límites.
6. Límites con pacientes suicidas y atención en crisis.
7. Coaching telefónico.
8. Análisis conductuales.
9. Principios básicos de la DBT para pacientes y terapeutas.
10. Contratos terapéuticos.
11. Balance entre Aceptación y Cambio.
12. Validación.
13. Manejo de contingencias.
14. Conductas que interfieren con la terapia.

HORARIO

Viernes 26 de noviembre.

16:00 a 17:50 Curso

Descanso

18:10 a 20:00 Curso

Sábado 27 de noviembre.

9:00 a 10:45 Curso

Descanso

11:15 a 13:00 Curso

Terapia Dialéctico- Conductual, TDC Dialectic Behavioral Therapie, DBT

Marsha M. Linehan. 1993: Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press

Marsha M. Linehan. 2015: Segunda edición. Entrenamiento en habilidades DBT para tratar trastorno límite de personalidad. Tres Olas Ediciones

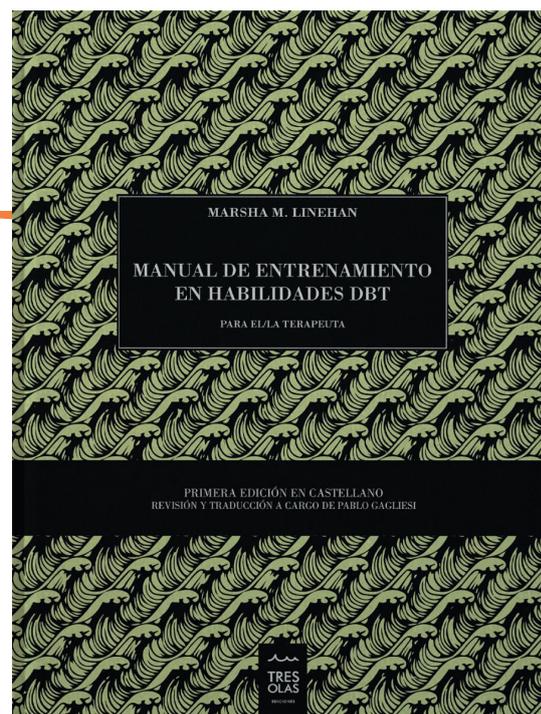
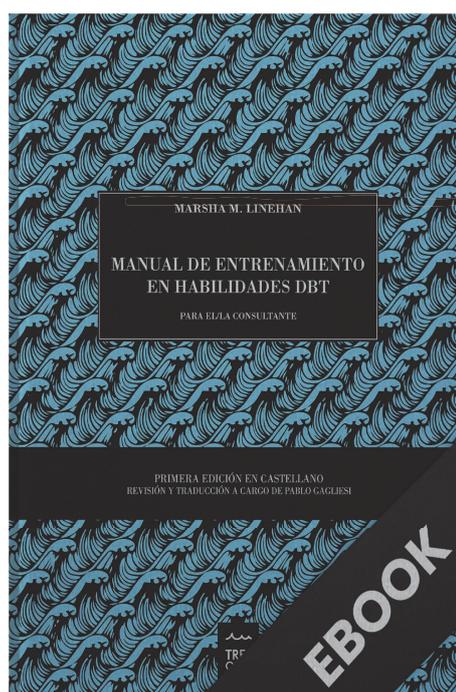
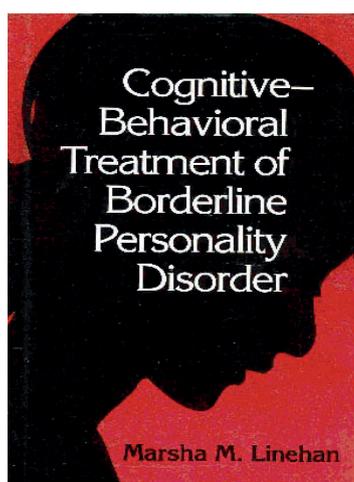
Jill H. Rathus & Alec L. Miller 2015: DBT Skills Manual for Adolescents

Juan Pablo Boggiano-Pablo Gagliesi 2018: Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional. Tres Olas ediciones

Michaela Swales PhD. & Christine Dunkley . DVD realizando un análisis completo de conducta y sus soluciones. MMIX British Isles DBT Training

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

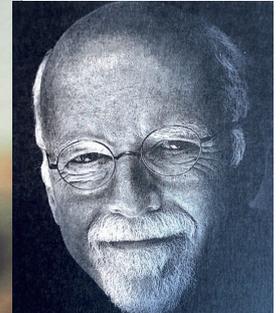
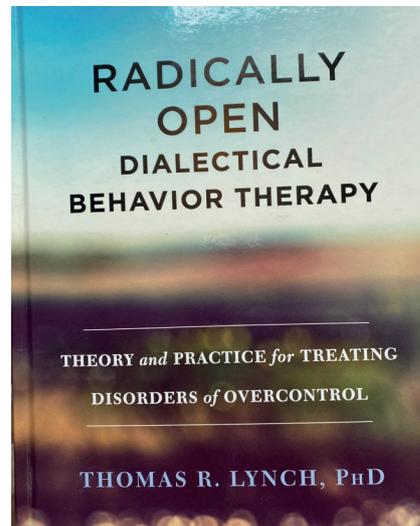
3



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

4

RO-DBT para comprender y tratar los trastornos de sobrecontrol



Orígenes de la DBT

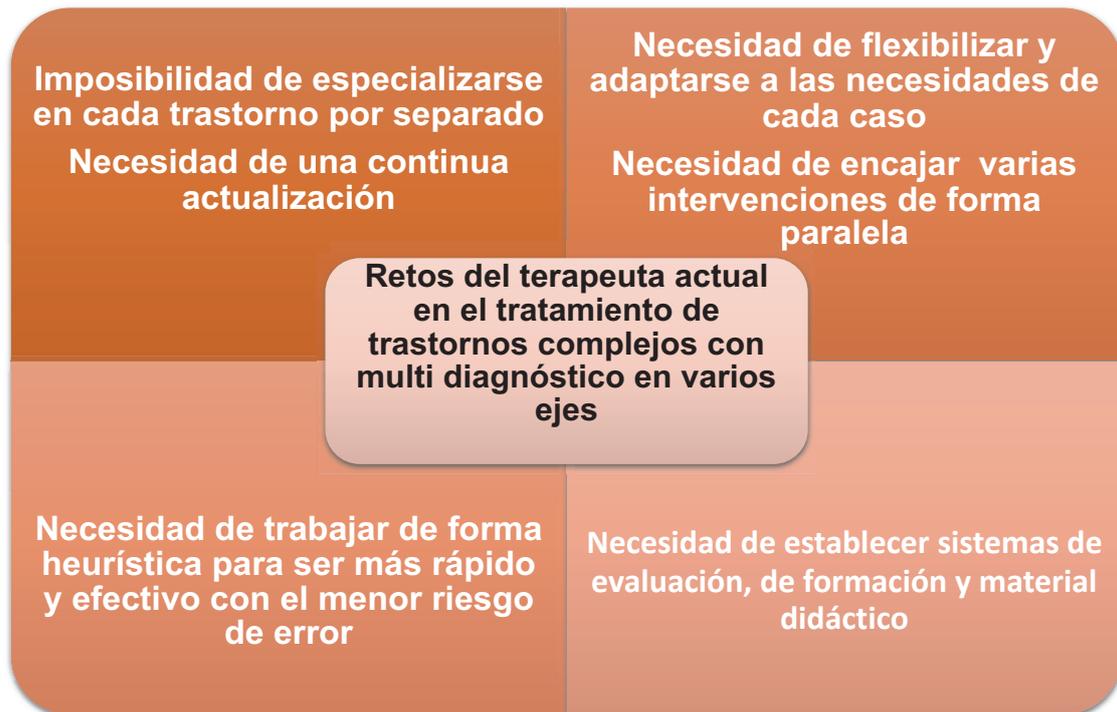
- M. Linehan gesta la DBT tratando mujeres con conductas suicidas crónicas
- Fue el primer tratamiento manualizado y estructurado específico para el TLP
- Fue el primer tratamiento sometido a estudios de eficacia empírica
- El carisma y audacia de M. Linehan supuso un desafío para la tradición psiquiátrica y psicológica dominante hasta entonces

Orígenes de la RO-DBT

Las personas con trastornos por SC emocional (Anorexia, trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, trastorno evitativo de la personalidad, trastornos del espectro autista, etc...) no responden bien a medio y largo plazo a los tratamientos diseñados para el infracontrol como la DBT estándar. personas con SC emocional, pueden “explotar” y tener conductas como ataques de ira, consumos o autolesiones, lo que lleva a los profesionales a diagnosticarlos de tlp y a tratarlos como infracontrolados. Thomas Lynch, psicólogo clínico de UK investigó y estudió intensivamente este grupo de pacientes. En 2018 publicó su manual de tratamiento: “Radically Open DBT” para perfiles SC basado en la DBT. La historia de aprendizaje de este perfil y el estilo de afrontamiento a nivel neurológico y comportamental es diferente y también requiere un abordaje terapéutico específico.

El programa DBT

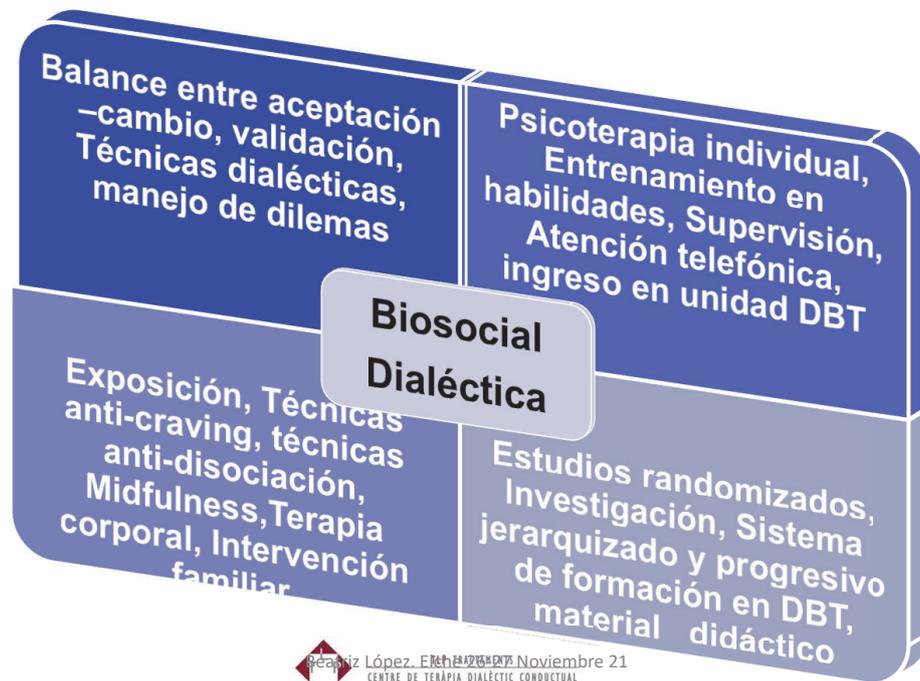
- Desarrollado a principios de los 90 por M.Linehan para pacientes suicidas y con TLP
- A partir del 2000 experimenta importante difusión y desarrollo
- Numerosos estudios demuestran su efectividad en la reducción de conductas autodestructivas, mejora de la regulación emocional y de la integración social del paciente
- Actualmente hay numerosas ampliaciones a colectivos y settings diversos



DBT como programa modular



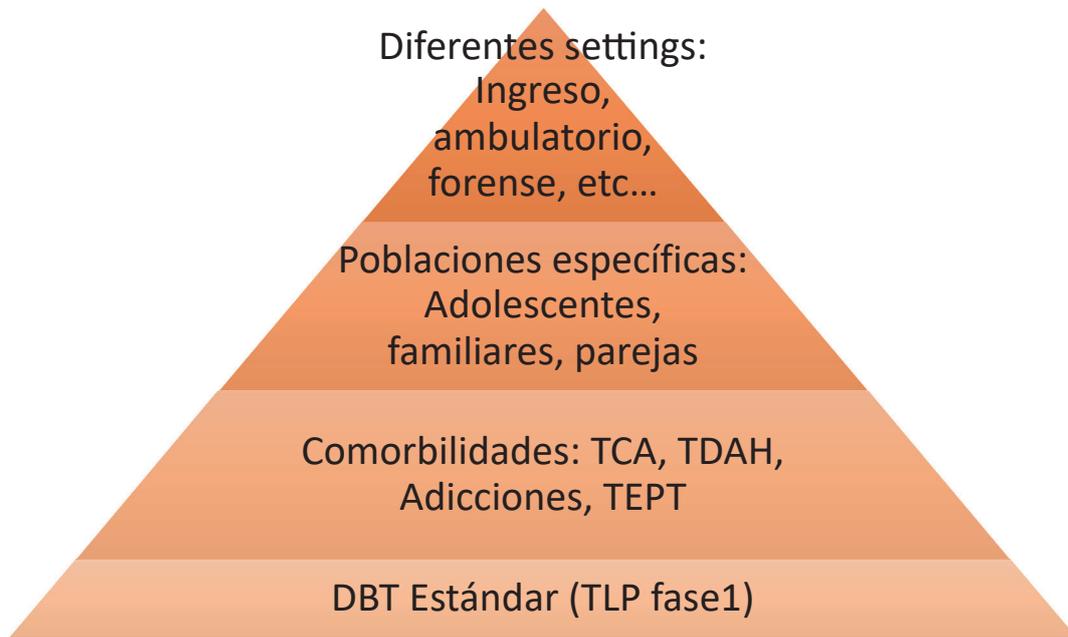
DBT como terapia modular



Ampliaciones de la DBT



Ampliaciones de la DBT



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

13

Terapias de tercera generación

Se basan en la ACEPTACION y la
ACTIVACIÓN

Se buscan los logros personales a
través de la clarificación de valores

Su perspectiva es contextualista

Se busca reorientar la vida del
paciente más que reducir síntomas

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

14

CARÁCTERÍSTICAS OPTIMAS

Centrada en el presente

Estructurada y específica

El terapeuta es activo

Foco en la relación terapéutica

Trabajar la desregulación emocional

Fomenta la auto observación

Fomenta la empatía y la validación

Equilibra aceptación y cambio

¿Porqué os puede interesar el modelo DBT?

Permite integrar profesionales muy
diversos en un modelo común

Facilita la horizontalidad y la
integración de roles

Facilita la formación continua
respetando los distintos niveles y roles

Es flexible para implementar a settings
mixtos

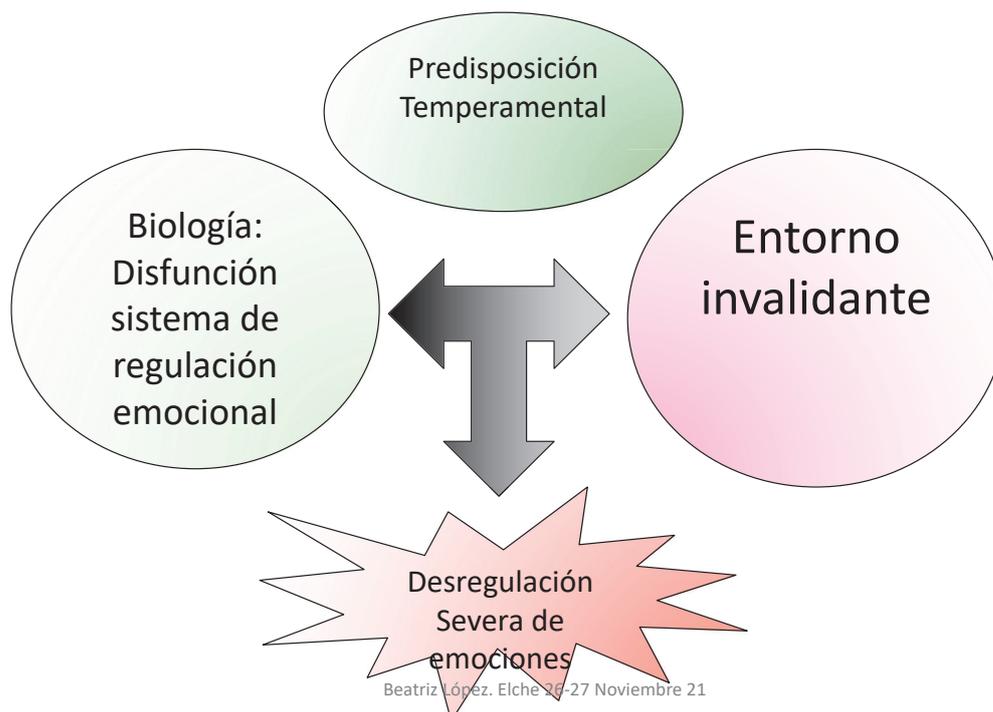
¿Que integra la DBT?

Lo conductual: Directividad, análisis conductual, refuerzos, extinción, shaping, habilidades, solución de problemas

Las técnicas Orientales: Mindfulness, Aceptación

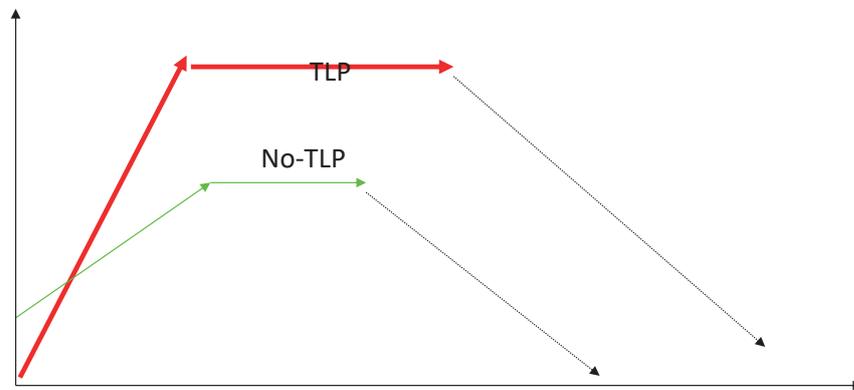
Visión dialéctica: Síntesis de opuestos(dilemas dialécticos), balance aceptación-cambio, validación, Aceptación, Relación terapéutica

Teoría Biosocial



Desregulación emocional

- Elevada sensibilidad, elevada intensidad y lento retorno a la línea base



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

19

Bases biológicas de la desregulación emocional

Hipersensibilidad de la amígdala

Insuficiente control de circuitos prefrontales

Hiperactivación fronto-límbica (ante estímulos de miedo)

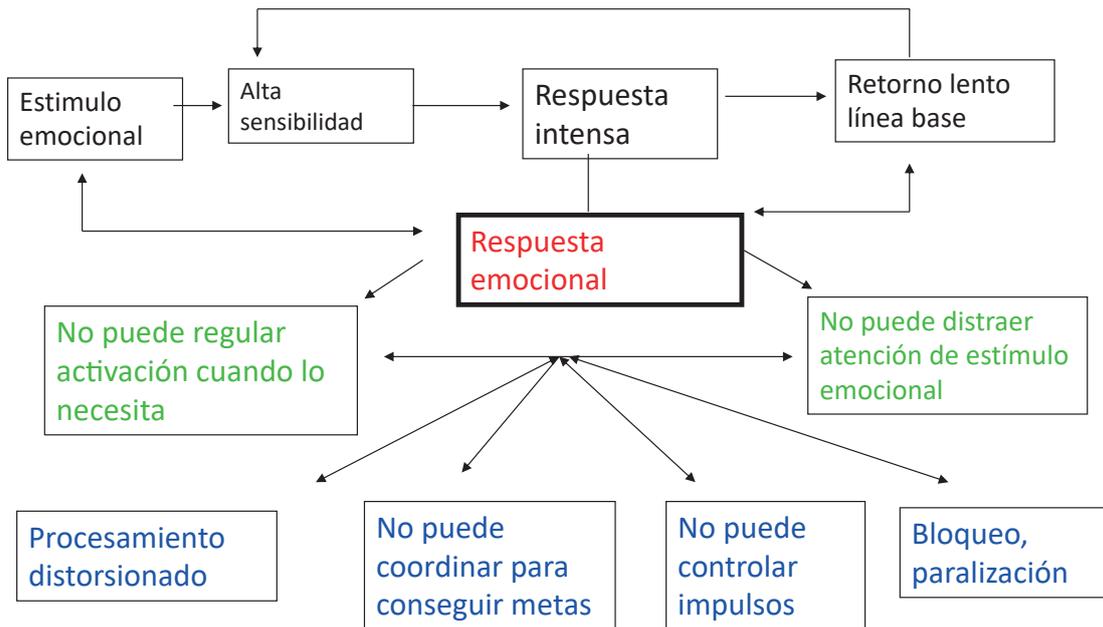
Hiperreactividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HAP)(Rinne et al.2002, lieb et al. 2004)

Papel de la comorbilidad (PTSD/MD): subtipos dentro del TLP

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

20

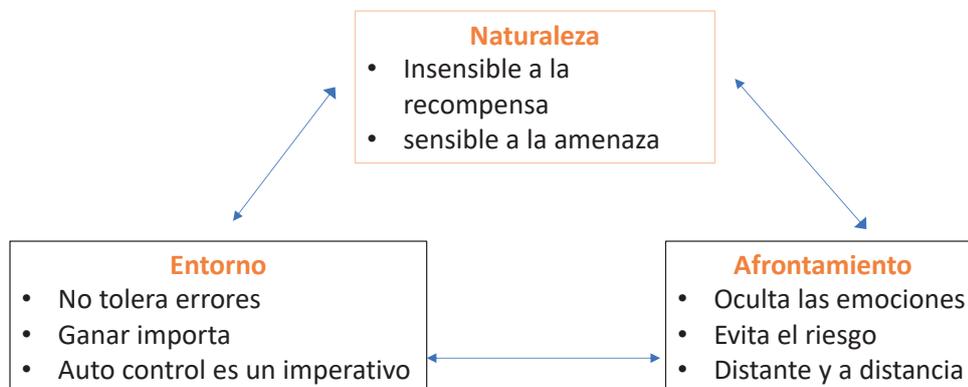
Desregulación emocional



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

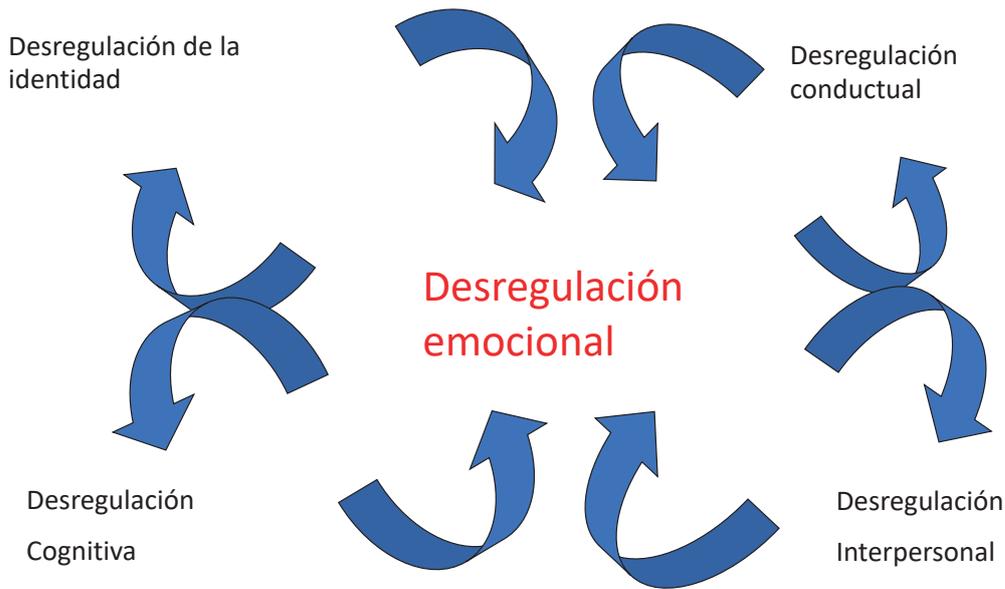
21

Teoría Biosocial de los trastornos de Sobrecontrol



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

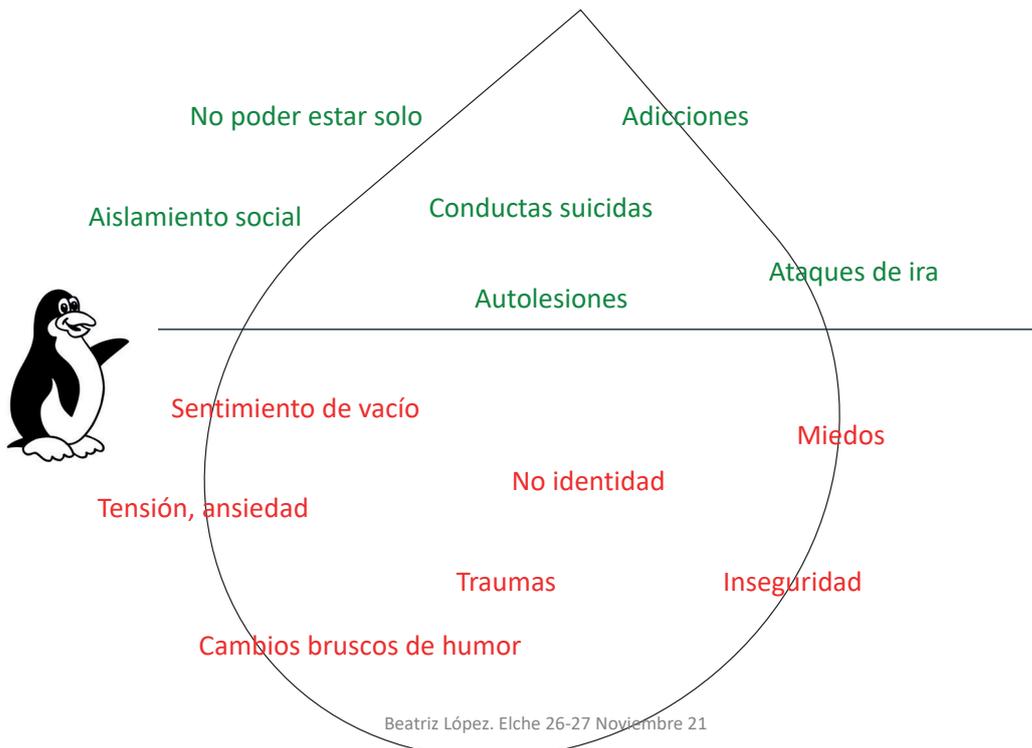
22



Sintomatología transversal

Desregulación de las emociones:	Elevada vulnerabilidad, alta reactividad, deficiente regulación de la ira, miedo, vergüenza, ansiedad. Déficit de emociones positivas.
Desregulación de la conducta	Conductas impulsivas potencialmente dañinas y de riesgo: autolesiones, intentos de suicidio, consumo de sustancias, relaciones sexuales de riesgo, faltar a clase, gastos de dinero, atracones /vómitos, agresividad
Desregulación de las relaciones interpersonales:	Relaciones inestables, conflictos, aislamiento social, patología familiar crónica, intentos de evitar el abandono, dificultades para ser asertivos y mantener el auto-respeto en las relaciones, dificultades para el acuerdo y el compromiso
Desregulación de la identidad	Baja autoconciencia, dificultades de focalización y atención, sentimiento de vacío relacionado con problemas de identidad (ser bueno o malo, enfermo o normal). Dificultades para establecer un hilo conductor entre pasado, presente y futuro, angustia de existir o "no sentido", actitud defensiva ante el adulto.

La punta del Iceberg



Modelo transdiagnóstico

Es dimensional y no categorial

Integra la ciencia biológica con la ciencia conductual

Supone una nueva forma de clasificar las patologías

Los tratamientos transdiagnósticos se fijan en los genotipos y fenotipos más que en el diagnóstico

Dialéctica del Auto Control

Infracontrolados

Desregulación emocional e impulsividad

- TP cluster B
- Bulimia, comer compulsivo
- Trastornos de conducta
- TDAH
- Trastorno bipolar
- Trastornos externalizantes

Sobrecontrolados

Inhibición emocional y aversión al riesgo

- TP cluster C (obsesivo compulsivo, evitativo)
- TP cluster A(paranoide, esquizoide)
- Anorexia
- Depresión crónica
- Trastornos de espectro autista
- Ansiedad resistente al tratamiento
- Trastornos internalizantes

Que problema central se pretende tratar

Desregulación Emocional

Secundaria a:

1. Bajo control inhibitorio
2. Baja tolerancia al estrés
3. Reactividad emocional aumentada

Soledad Emocional

Secundaria a:

1. Baja apertura
2. Déficits en señalización social

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

29

Estudios a gran escala de comorbilidad

Temperamento infracontrolado: Niños impulsivos, dramáticos y expresivos tienen más probabilidad de desarrollar trastornos externalizantes (problemas de conducta, TP cluster B...) see Eisenberg et al., 2000; Kendler, Prescott, Myers, & Neale, 2003; Krueger, 1999

Alta sensibilidad al refuerzo y bajo control inhibitorio

Temperamento sobrecontrolado: Niños con inhibición emocional, timidez, aversión al riesgo, ansiedad social etc...tienen más probabilidad de desarrollar trastornos internalizantes (depresión, ansiedad, TP cluster c) y volverse adultos socialmente aislados (see Caspi, 2000; Chapman & Goldberg, 2011; Eisenberg et al., 2000; Markin et al., 2005).

Baja sensibilidad al refuerzo, alta sensibilidad a la amenaza y medio- alto control inhibitorio

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

30

Aspectos Sociológicos

Los humanos hemos tenido que aprender a inhibir nuestros impulsos para poder cooperar en grupo y sobrevivir

Auto Control: es la habilidad para inhibir y aplazar recompensas, necesidades, impulsos y conductas en favor de objetivos a medio y largo plazo

Auto Control es valorado en muchas sociedades como garante de éxito y prosperidad y

No llama la atención !

La falta de control se relaciona con consumo de sustancias, criminalidad, violencia, malversación de dinero, obesidad etc... y

Sí llama la atención !

Ejemplo con trastornos de alimentación

Infracontrolados: Bulimia purgativa

- Baja persistencia, perseverancia, perfeccionismo, obsesividad
- Alta impulsividad, búsqueda de sensaciones y de novedad

Sobrecontrolados: anorexia nerviosa

- Alta persistencia, perfeccionismo, rigidez y obsesividad
- Baja búsqueda de sensaciones, novedad y riesgo
- Expresión emocional reducida

Qué es
“saludable” a
nivel
psicológico
(para
cualquiera)

1. **Receptividad y apertura** a nuevas experiencias y refutar el feedback negativo para aprender

2. **Control-Flexible** para adaptarse a las condiciones cambiantes del entorno

3. **Intimidad y conectividad** requerida para establecer vínculos estables y trabajar dentro de la tribu

Teoría
neuroregulatoria
al servicio del
tratamiento

Cinco estímulos emocionales relevantes con una única base neurológica:

Seguridad, novedad, recompensa, amenaza, verse sobrepasado

Sistema de “Seguridad social”: Sistema nervioso parasimpático y complejo ventro-vagal

El sistema neuro regulatorio es bidireccional (unidad cuerpo-mente)

Cuando un sistema esta “encendido” el otro “se apaga”



La predisposición biotemperamental importa

- Individuos sobrecontrolados llevan sus estados emocionales a las situaciones sociales que los condenan al aislamiento social

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

35

El
sobrecontrol

Es un problema de Soledad emocional

No necesariamente una
falta de contacto social

si no de Conectividad
social

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

36

El sobrecontrol es bastante pro-social

- Desea estar en lo correcto, superar las expectativas y desenvolverse bien: es esencial para el éxito y la supervivencia de nuestra especie.

- Valorar las reglas y la justicia es esencial para resistir a individuos poderosos pero poco éticos o presiones sociales.

- Hacer "lo correcto", la diligencia y la obligación social es esencial para que las sociedades prosperen.

- Se necesita voluntad para sacrificar el bienestar personal para garantizar que "se haga lo correcto" o que se cuide a los demás.

¿ Como se aprende el sobrecontrol ?

El entorno castiga:

- **Ser impreciso o cometer errores:** describir algo de forma vaga, no estar preparado, no tener una respuesta...
- **Iniciar conductas como:** hacer tonterías...comer chocolate fuera de hora, llamar la atención, bailar sin orden...
- **Demostraciones sentimentales:** Llorar con una película, quejarse...(se tacha de débil y egoísta..."la vida es dura" supérala...No dejes nunca ver tu debilidad...)
- **Solicitud de cariño** (p. Ej., Pedir un abrazo o comprensión; "el amor es falso y el romance es para tontos"; "la dependencia significa tu debilidad"; "la indiferencia es normal")

¿Como se aprende el sobrecontrol ?

El entorno refuerza:

- **Aparecer perfecto** (por ejemplo, planificar con anticipación, el orden y la estructura, ser correcto es más importante que agradar)
- **Seguir las reglas** (por ejemplo, los padres se jactan de que su hijo es obediente; siempre hace lo socialmente apropiado, sonríe incluso cuando se sienta miserable, siempre está preparado; siempre es cortés)
- **Tolerancia al dolor** (p. Ej., Elogiar por no llorar cuando se cae; “la vida no está destinada a ser divertida, sonríe y aguanta”)

Diferencia entre lo que aprende una persona
I C y S C

I C: “ Si deajo escalar mi señalización emocional, ocurrirán cosas buenas”

S C: “ Si inhibo mi señalización emocional, ocurrirán cosas buenas”

La señalización importa

Las emociones evolucionaron para comunicarse (Darwin, 1872/1965). La supervivencia de las especies dependía de la cooperación a través de las señales.

Nos ponemos ansiosos cuando interactuamos con una persona no expresiva y preferimos no afiliarnos con ella (por ejemplo, Gross, 2002; Butler & Gross., 2003; Barnsley, Hempel y Lynch, 2011).

- La expresión abierta de la emoción, incluso cuando la emoción es negativa, indica confiabilidad y aumenta la conexión social (Boone y Buck, 2003; Mauss et al., 2011; Feinberg, Willer y Keltner, 2011)

- Imagínate que te encuentras con esta persona.
- Cuanto tiempo crees que querrías pasar con ella en una escala del 0-10 ?

(Lynch, smoski et al)



Flexibilidad expresiva y afiliación social (Barnsley, Mizon, Hempel y Lynch)

Resultados:

- Los sujetos se afiliaban más a las imágenes que expresaban emociones de forma clara, fueran positivas o negativas y se afiliaban menos a las imágenes sin expresión emocional
- La frecuencia cardíaca de los sujetos aumentaba ante las imágenes sin expresión emocional y disminuía ante las imágenes con expresión emocional

Los Terapeutas DBT han de definir y atender sus propios límites

“Atiende tus límites” ¿Qué aporta para esto la DBT?



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

45

Elementos estructurales importantes

Se aconseja establecer **acuerdos y límites claros** entre el terapeuta y la paciente **antes** de iniciar el tratamiento (Compromiso de no suicidio, contrato terapéutico, jerarquía de objetivos...)

Acordar la duración del programa, los objetivos individuales, instrumentos(registro, análisis de conducta...)

Distinción de las fases de la terapia

Se recomienda observar las reglas y principios de la DBT para el terapeuta y el equipo

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

46

Uso de metáforas en DBT

Marsha Linehan insiste en las ventajas del uso de metáforas en el trabajo terapéutico: como medio de mostrar y romper la rigidez de pensamiento y conductas

- Ayuda a abrir una perspectiva para estrategias alternativas
- Suavizar la confrontación con emociones intensas
- Proporciona también al terapeuta orientación y le ayuda a ser claro y transparente

Tres ámbitos en los que utilizar metáforas

1- Terapeuta en “el balancín”: Ayuda para orientar y reflexionar sobre la propia conducta y posicionamiento en la terapia

Metáfora de escalar la montaña, Metáfora del baile, Metáfora del balancín, Metáfora de la lucha con espada, Metáfora de la bola de madera

2- La terapia como una prueba de valentía y esfuerzo: ayuda para aceptar lo injusto de su situación y la necesidad de hacer el camino del tratamiento.

Metáfora de tener que nadar, metáfora del humo en la habitación, metáfora de la cueva, metáfora de aprender a nadar, metáfora de hacer limonada de limones

3- Habilidades como el barro con el que terapeuta y paciente modelan. Ayudan a transmitir las habilidades

Metáfora del jardín y los dientes de león, metáfora del nuevo camino, metáfora de la ola, metáfora de la trampa, metáfora del juego de cartas

Ejemplos del uso de metáforas

“Me recuerdas a un albañil que dice que él no hace paredes”

“Si has naufragado y estás en medio del mar, antes de pretender llegar a la orilla, lo prioritario es poder flotar”

“Cuando iniciamos obras en casa para mejorar algo, antes de ver los resultados, todo está mucho más sucio y caótico”

Ambito: Suicidalidad

Distinción: Conducta suicida- Conducta autolesiva

Intento de suicidio

- Acción con clara intención de matarse

Conducta parasuicida

- Autolesiones o acciones en las que se juega con el riesgo a morir

Conductas de alto riesgo

- Conductas que conllevan un riesgo de sufrir daños pero sin la intención de matarse

Autolesiones

- Conductas de dañarse físicamente de forma no grave (con la intención de aliviar tensión, frenar estados disociativos, incluso a veces provocar estados de euforia)



La vida de la persona que se intenta suicidar es en esos momentos para ella insoportable; por lo que el impulso suicida tiene siempre “sentido” de forma subjetiva y ha de ser tomado en serio

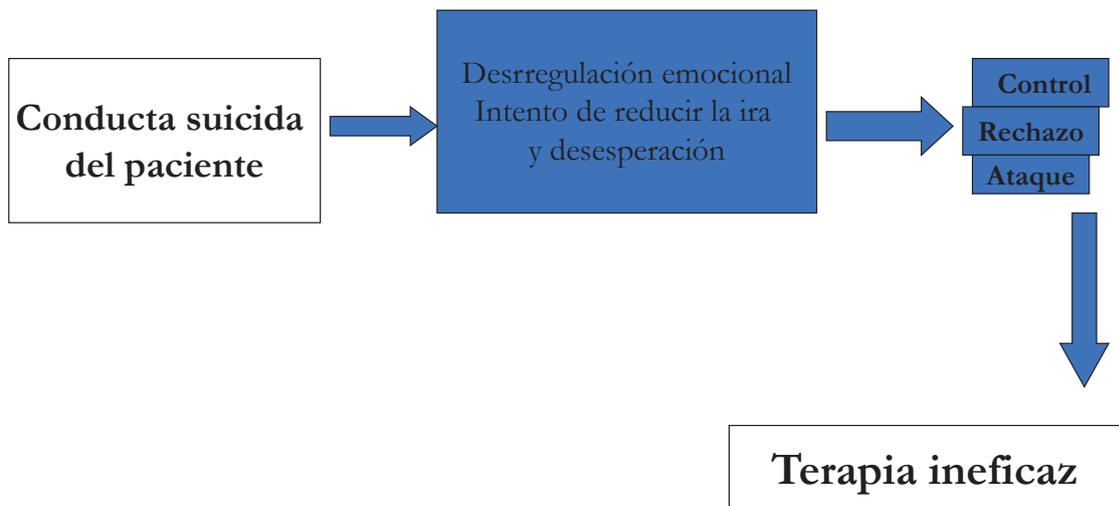
Metáfora del humo en la habitación :

- Se compara el estado de desesperación con un fuego humeante en un décimo piso.
- El impulso de abrir la Ventana (pensamientos de suicidio) y de saltar (impulso agudo de suicidio) parece lógico en esa situación para no ahogarse con el humo; pero la paciente ignora que al abrir la Ventana se avivará el fuego, el humo y el saltar por la Ventana no la salvará de nada.
- A través de la metáfora se intentará persuadir a la paciente de la necesidad de mantener la Ventana cerrada y dejar al bombero (terapeuta) que la rescate por la escalera. Lo cual solo será posible si no se aviva el fuego

suicidalidad

Los terapeutas que tienen miedo por sus consultantes van a trabajar de una forma demasiado cautelosa e insegura y refuerzan sin saberlo patrones de conducta disfuncionales al reaccionar ante comunicaciones de suicidio, dando más atención y cercanía condicionados por el miedo.

¿Qué ocurre con el terapeuta?



La DBT propone

Acuerdos claros

Entre terapeuta y
consultante

Antes de comenzar con
el tratamiento

Contrato antisuicidio

“Me comprometo a no realizar ninguna conducta suicida durante el tiempo que realice el programa DBT y a buscar la ayuda necesaria en situaciones de alto riesgo”

El no cumplimiento de este compromiso implicará la revisión del contrato terapéutico y de la continuidad de la terapia

Grados del 0-5 en la suicidalidad

0	Ninguno	No hay pensamientos	No ideación suicida
1	Apenas	Sólo alguna idea	Pensamientos no concretos, puntuales, sin emoción
2	Poco	Pensamientos y emociones	Pensamientos son más concretos y frecuentes, relacionados con deseos de morir
3	medio	Clara lucha	El deseo de morir y de vivir están igualados; pero las razones para vivir están presentes y tienen valor
4	mucho	Ayuda es necesaria	La balanza se decanta hacia el deseo de morir, pero aún rige el contrato y el autocontrol
5	extremo	Situación emergencia	Sin la contención externa no hay autocontrol, plan concreto, no presentes o sin fuerza las razones para vivir



Focalizar al inicio de la terapia

Realizar un análisis conductual del último intento de suicidio:

- Intervalo entre la decisión y la conducta suicida
- Ver si había o no planificación
- Rescatabilidad
- Rituales que se activaron
- Impacto cognitivo y emocional y consecuencias del intento

Contrato terapéutico DBT

La DBT incluye a parte de los objetivos individuales de cualquier terapia individual una serie de premisas y reglas ordenadas según su prioridad:

- El fomentar estrategias de prevención para las conductas (para)suicidas y autolesivas

Contrato terapéutico

Tipo de terapia: Programa ambulatorio DBT

Duración de la terapia: Un Año ampliable

Compromisos adquiridos por el paciente:

- Asistir a la terapia individual y de grupo una vez por semana (cuatro faltas seguidas sin justificación suponen la interrupción de la terapia hasta que finalice el tiempo del contrato)
- Trabajar y colaborar en la prevención de conductas suicidas, para suicidas y autolesivas
- Durante la psicoterapia no realizaré ningún intento de suicidio**
- Trabajar y colaborar para reducir conductas que interfieran con la terapia (no realizar tareas, faltar o llegar tarde a la terapia, falta de sinceridad, rechazo de ayuda, etc..)
- Bajo efecto de las drogas o alcohol no se realizará la sesión
- No establecer contacto con el terapeuta tras una conducta problema hasta que hayan pasado 24 horas
- Avisar con 24horas de antelación en caso de no poder asistir a la sesión individual (Las sesiones que no sean anuladas con tiempo habrán de ser abonadas)
- Realizar los deberes entre sesiones: registro, etc..

• **Compromisos adquiridos por el terapeuta:**

- Hacer todos los esfuerzos razonables para realizar una psicoterapia competente y efectiva.
- Actuar de forma ética y respetuosa atendiendo los derechos del paciente
- Plantear de forma abierta mis límites personales
- Mantener la confidencialidad excepto en: Riesgo de suicidio o sufrir daños.
- Realizar supervisión y pedir ayuda siempre que sea necesario

Estoy de acuerdo con todo lo anterior

Lugar y fecha:

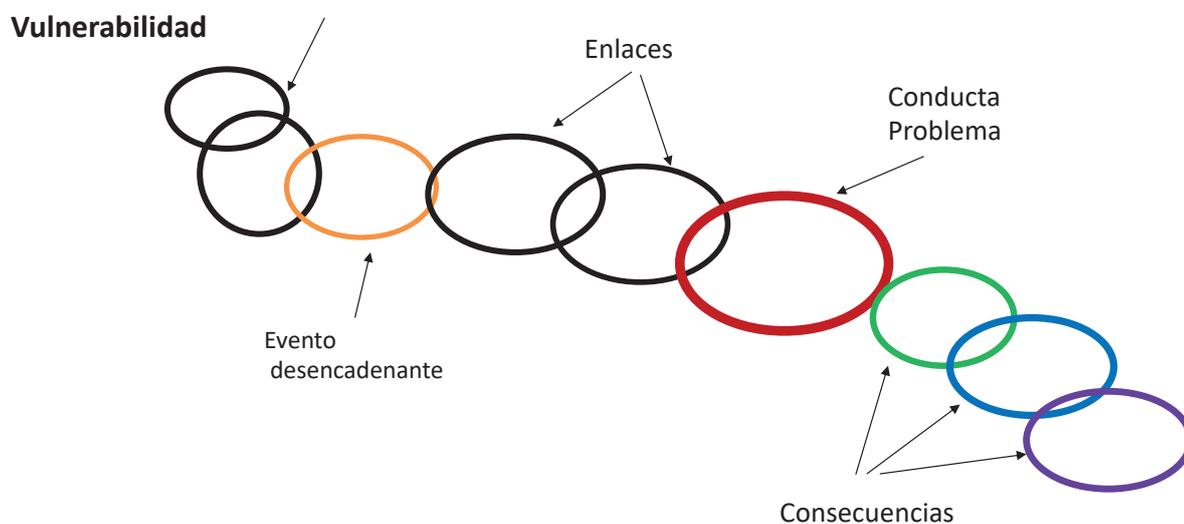
Terapeuta:

Paciente:

Términos Clave

- Registro semanal
- Análisis en cadena de una conducta problemática (AC)
- Análisis sobre la ausencia de una conducta deseable (ML)
- Contrato antisuicidio
- Conducta problema (CP)

Análisis en cadena



Análisis en cadena de una conducta problemática I

Fecha conducta problema:.....Fecha en que se
rellena:.....

1. Describir **Conducta problema** objeto de análisis(Qué hice exactamente, dónde, con quien, en qué intensidad, etc...)
2. Describir el evento **Disparador** (Qué precipitó toda la cadena ¿Qué hacías, pensabas, sentías justo antes de la CP?
3. Describir la **Vulnerabilidad** (todo aquello que me afectara negativamente ese día, que me hiciera más vulnerable a tener la CP: estrés, enfermedad, falta de sueño, consumos, otras CP)
4. Describir los **Eslabones de la cadena de eventos** (Todos los enlaces: acciones, sensaciones físicas, creencias, juicios, etc...)
5. Describir **Consecuencias de la C. problema**(positivas y negativas)(efectos a corto y medio plazo en uno mismo y en el entorno)

Análisis en cadena de una conducta problemática II

6. **Soluciones alternativas a la conducta problema** (habilidades de tolerancia al malestar)¿Qué podrías haber hecho diferente en algún punto de la cadena?
7. **Estrategias de prevención** (para la vulnerabilidad y para el evento disparador) ¿Qué puedes hacer para mantener tu vulnerabilidad lo más baja posible?
8. **Estrategias para reparar y corregir el daño causado a otros y a sí mismo** ¿Qué vas a hacer para reparar, quizá a nivel material, restaurar confianza etc...?

Posibles preguntas

- ✓ ¿Cuándo empezó la situación que termino en la conducta problema? Llamamos a aquello que sucede antes de ese punto temporal (Vulnerabilidades), y a lo que sucede después (Antecedentes).
- ✓ ¿Qué paso después? ¿Y después? Cada acción, emoción, pensamiento y respuesta de los otros.
- ✓ ¿Cuándo fue la primera vez que pensaste en hacer la conducta problema? (Es probable que en lo acontecido ahí, esté el evento desencadenante)
- ✓ ¿Si no hubiera pasado x hubieras realizado la conducta problema?
- ✓ ¿Pensaste en hacer alguna otra cosa? ¿Utilizar alguna habilidad? ¿Cuál fue el obstáculo para que no lo hicieras?
- ✓ ¿Qué cambio la conducta problema? ¿Qué hizo la conducta por ti?
- ✓ ¿Qué paso a mediano plazo? ¿Cómo se relaciona con tus metas?

Terapia Dialéctico Conductual Registro diario				Iniciales		ID#		¿Rellenado en la sesión? Si / No			Con qué frecuencia rellenas el registro?				Fecha de inicio			
		Ganas de		Emociones						Drogas		Acciones						
Día y fecha	Cons 0-5	Suicid 0-5	A-L 0-5	Dolor 0-5	Triste 0-5	Vergü 0-5	Ira 0-5	Miedo 0-5	#	#	Med Prescrita #	Med no prescrita #	A_L Si/No	Mentir #	Alegría 0-5	Habili 0-5	Refue	
Lu																		
Ma																		
Mi																		
Ju																		
Vi																		
Sa																		
Do																		
Conductas sin aparente importancia:									Habilidades			4= He intentado, pude aplicarlas						
Dejo "puertas abiertas "a:									0= No he pensado en aplicarlas			5= He intentado, pude aplicarlas, me ayudaron						
									1= He pensado, no las he aplicado, no quería			6= Las apliqué automáticamente, no ayudó						
									2= He pensado las he aplicado, quería			7= Las apliqué automáticamente, ayudó						
									3= He intentado no pude aplicarlas									
				Antes		Después		Sensaci de control		Antes		Después						
Ganas de dejar la terapia (0-5)								Emociones										
Ganas de hacerme daño (0-5)								Conductas										
Ganas de consumir (0-5)								Pensamientos										

*Tarde - noche
al colegio no le gustan los
cosas*

Iniciales		ID#	¿Rellenado en la sesión? SI / No		Con qué frecuencia rellenas el registro?			Fecha de Inicio											
C.B					Diario	2-3x	una	12-12-12											
Dia y fecha	Ganas de			Emociones				Drogas				Acciones							
	Cons 0-5	Suicid 0-5	A-L 0-5	Dolor 0-5	Triste 0-5	Vergü 0-5	Ira 0-5	Miedo 0-5	#	Ilícitas	#	Alcohol	Med Prescrita #	Med no prescrita #	A L SI/No	Intentar #	Alegría 0-5	Habill 0-5	Refue
Lu	0	0		5	4	1	0	5		NO		NO	Normal	NO	NO		5	1	
Ma	0	0		5	4	3	0	5		NO		NO	Normal	NO	NO		5	1	
Mi		0	2	3	2	0	0	5		NO		NO	Normal	NO	NO		5	3	
Ju	0	0	2	5	5	2	5	5		NO		NO	Abnormal	NO	NO		0	0	
Vi	0	0	1	5	5	2	5	5		NO		NO	Normal	NO	NO		3	2	
Sa	0	0		4	3	0	4	5		NO		NO	Normal	NO	NO		5	3	
Do	0	0		3	2	0	4	5		NO		NO	Normal	NO	NO		3	0	

Dejo "puertas abiertas" a (Como riesgo) de su vida sus propios...

*Habilidades
0= No he pensado en aplicarlas
1= He pensado, no las he aplicado, no quería
2= He pensado las he aplicado, quería
3= He intentado no pude aplicarlas*

*4= He intentado, pude aplicarlas
5= He intentado, pude aplicarlas, me ayudaron
6= Las apliqué automáticamente, no ayudó
7= Las apliqué automáticamente, ayudó*

*4= He intentado, pude aplicarlas
5= He intentado, pude aplicarlas, me ayudaron
6= Las apliqué automáticamente, no ayudó
7= Las apliqué automáticamente, ayudó*

Viene fin de curso como curso de se lo postea en el manual

	Antes	Después	Sensaci de control	Antes	Después
Ganas de dejar la terapia (0-5)			Emociones		
Ganas de hacerme daño (0-5)			Conductas		
Ganas de consumir (0-5)			Pensamientos		

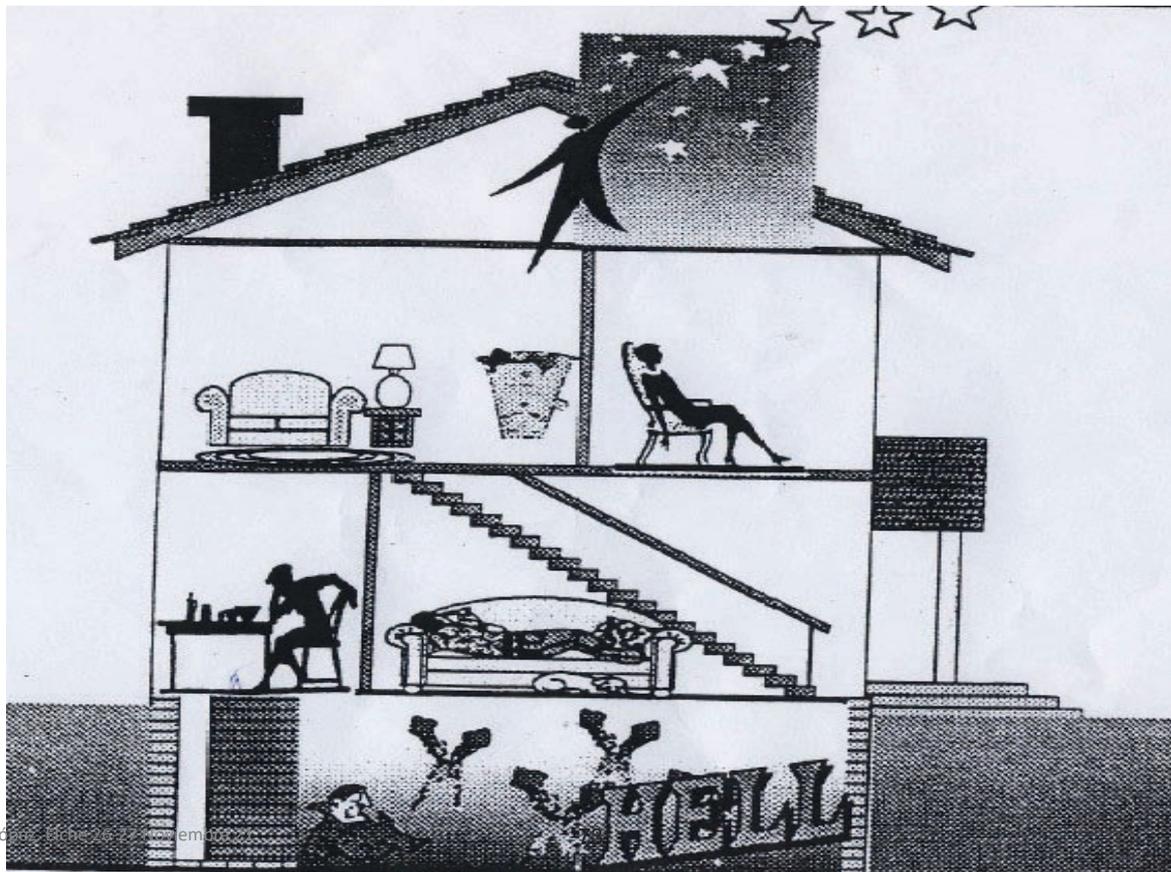
Análisis de los enlaces perdidos (Missing links)

1. ¿Sabías cual era exactamente la conducta deseada, lo que tenías que hacer ?
2. ¿Estabas dispuesta a realizar la conducta?
3. ¿Qué se interpuso para que no lo hicieras?
4. ¿Qué soluciones y nuevos compromisos puedes adoptar?

T: No estás pudiendo completar la Hoja de Registro. Quisiera que habláramos de eso.
 C: Nunca hago las cosas que me piden, soy una mala paciente.
 T: Me imagino que no hacer lo que acordamos te haga sentir que no cumples con mis expectativas. De todos modos tampoco lo que acabas de decir nos ayuda demasiado. Me gustaría que hagamos un Análisis de los Enlaces Perdidos (AEP). ¿Recuerdas? Sino, tengo acá unas hojas que podemos seguir para no perdernos y de paso te las puedes llevar.
 C: Mmmm
 T: ¿Sabes exactamente qué era lo que habías acordado hacer?
 C: ¿Tengo que llenar el registro?
 T: ¿Tienes alguna duda de cómo hacerlo? Podemos detenernos en revisarla nuevamente.
 C: No es eso...
 T: ¿Estabas dispuesta a hacerla? Me interesa saber si estamos los dos convencidos de su utilidad.
 C: Salí de acá totalmente convencida la última vez.
 T: Habíamos quedado de que la ibas a llenar antes de irte a dormir ¿Recordaste de que tenías que hacerlo?
 C: Anoche me acordé.
 T: ¿Y qué pasó entonces?
 C: Pensé que no lo había hecho en toda la semana y que igual te iba a decepcionar.
 T: Entonces tenemos dos problemas. Necesitamos que te acuerdes todas las noches y tenemos que encontrar la manera de que, aunque no lo hayas hecho una vez y te mueras de vergüenza, la completes a pesar de eso. ¿Podemos trabajar en esto unos minutos?

Fases y objetivos terapéuticos

Preparación	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar al tratamiento ✓ Acordar objetivos ✓ Motivar ✓ Clarificar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ C. Suicidas y Parasuicidas ➤ C. Interfieren con la terapia ➤ C. Interfieren con calidad de vida ➤ Aumentar habilidades ➤ (Skills Training) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trauma y estrés post-traumático ➤ Desregulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas comunes de la vida ➤ Metas personales



Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 2011

DBT- Atención telefónica en crisis

1. Definición de crisis:

Hay una probabilidad muy alta de que la persona no pueda manejar la situación sin hacerse daño a sí mismo o a otros o tener conductas temerarias

2. Preparación:

- ✓ ¿He aplicado las habilidades del “maletín de urgencias”?
- ✓ ¿Qué me diría mi terapeuta en esta situación?
- ✓ ¿Qué tipo de ayuda para manejar la crisis espero que mi terapeuta me de al teléfono?

Atención telefónica en crisis

3. Reglas para llamar:

- Horario de llamada:.....
- Por teléfono no habrá conversación terapéutica, sólo intervención en crisis (10-20min)
- Partimos de que el compromiso antisuicidio está en vigor
- El objetivo es que llames antes de cualquier conducta problema
- Después de una conducta problema no se contactará con el terapeuta hasta pasadas al menos 24 h
- No se gestionará una crisis por escrito

Premisas para equipos DBT

1. Las reglas de la DBT son tanto para los consultantes como para el equipo
2. Los consultantes con tlp intentan hacer lo mejor posible en su situación actual
3. Los consultantes tlp tienen que esforzarse más, trabajar más duro, estar más motivados para cambiar y eso es injusto
4. Los consultantes con tlp no han causado sus problemas y tienen la responsabilidad de resolverlos

Premisas para equipos DBT

5. Trata a los consultantes como tu querrías que tu hermana o tu mejor amiga fuera tratada

6. Cada conducta del consultante tiene un sentido y una lógica a nivel subjetivo

7. Los objetivos de la intervención hospitalaria han de tener como prioridad preparar al paciente para la terapia ambulatoria

Premisas para equipos DBT

8. Tenemos tanto que aprender del consultante como él de nosotros

9. Cada miembro del equipo comete errores y necesita supervisión

10. Cada sesión sobre un consultante es una sesión con él

11. Cada consultante es responsabilidad de todo el equipo

Principios Básicos de la DBT para los terapeutas

- La relación terapéutica es una relación real entre iguales
- Claridad, precisión y compasión son esenciales en DBT
- La relación entre el profesional y el usuario es una relación intensiva de trabajo en el tiempo
- Debido a la estructura jerárquica, el profesional tiene cierto poder sobre el paciente. Ese poder ha de ser practicado con buena voluntad y respeto
- Los principios conductuales son universales y afectan también al terapeuta. No sólo al paciente
- El terapeuta DBT y / o la terapia DBT pueden fallar
- Los terapeutas que llevan pacientes TLP necesitan soporte

Principios de la DBT para los consultantes

Los pacientes intentan hacer lo mejor posible en su situación actual

Los pacientes quieren mejorar

Cada conducta del paciente tiene un sentido y una lógica a nivel subjetivo

Los pacientes tienen que esforzarse más, trabajar más duro y estar más motivados para cambiar y eso es injusto

La vida de los pacientes TLP suicidas es realmente insoportable

Los pacientes no han causado sus problemas pero los tienen que resolver

Los pacientes han de aprender y aplicar nuevas conductas en todos los contextos relevantes (crisis y no-crisis)

Los pacientes no fracasan en la terapia

Principios DBT de “Mente sabia” para los padres

- Su hijo está haciendo lo mejor que puede en este momento.
- Los padres que aceptan esta verdad pueden impulsar al niño hacia un cambio en el futuro.
- Su hijo necesita mejorar, esforzarse más y estar más motivado para cambiar.
- Es más probable que eso sea el resultado de su hábil manejo de sus emociones y comportamiento extremos.
- Su hijo quiere hacer las cosas mejor.
- Los niños naturalmente buscan la aprobación de sus padres y son más felices cuando superan los desafíos.

Evitar la división en el equipo

Metáfora: “Hacha roma y dos trozos de madera”

Un equipo cohesionado y unido (madera en forma de bola) será difícilmente objeto de división y ruptura (hacha); mientras que un equipo con aristas y grietas podrá partirse por muy roma que esté “el hacha”



Limites personales

QUE son

- Control de la propia conducta
- Hacer lo que es conveniente para uno mismo
- El objetivo es el propio cambio
- Se deben intentar consensuar

QUE NO son

- No control de la conducta del otro
- No ir en contra del otro
- No supone un cambio en el otro
- No fracasan si no hay consenso o el otro no cumple

Poner límites con cariño

No querer controlar la conducta del otro

Se trata de cambiar la propia conducta

Definir de forma clara los propios límites personales

Pensar bien como ponerlos en práctica sin impulsividad ni improvisación

Clarificar al otro lo que se va a hacer

Ser consecuente

El terapeuta ha de atender a sus propios límites

Metáfora: Lucha con espada ¿ Dónde me “impacta” la conducta del paciente ?

Me deja bastante margen de acción:
Elevada flexibilidad



Me deja poco margen de acción
Menos flexibilidad. Activo límites



No me deja margen de acción
Límites claros



Manejo de los propios límites

Definir y atender los propios límites personales y transmitirlos al paciente de forma directa y abierta.

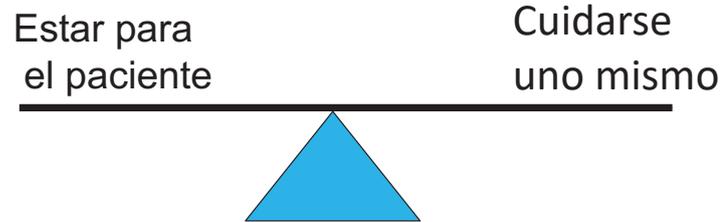
Los límites personales sirven al terapeuta o al equipo, no al paciente

Ayudar al paciente a gestionar / tolerar los límites

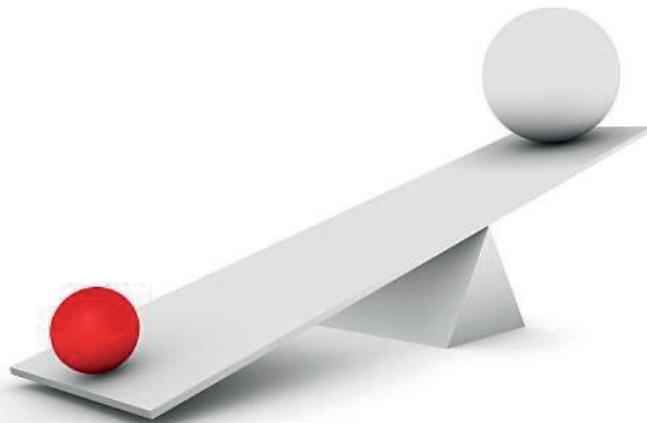
Buscar ayuda cuando las necesidades del paciente traspasen los límites

En caso extremo poder flexibilizar los límites

Un balance dialéctico importante



Evitar la
pasividad activa



Importante metáfora

“Los pacientes no han originado sus problemas pero tiene la responsabilidad de resolverlos.....”

.....Pues el mundo es injusto

Metáfora del guía de montaña

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21

89

Metáfora del guía de montaña

- Terapeuta como guía
- Terapia como ruta
- Paciente como montañero
- Sufrimiento del P como mochila
- Crisis agudas como condiciones meteorológicas
- Planificación de la terapia como plan de las etapas de la subida
- La confianza y el apoyo emocional es la cuerda que une a terapeuta y paciente
- Valoración de los progresos como medida del trozo subido

Beatriz López. Elche 26-27 Noviembre 21



90

Tipos de límites personales

- Físicos
- De trato y comunicación
- Privacidad
- Inherentes al trabajo terapéutico:
Dedicación, responsabilidades, atención fuera de las sesiones, tiempo, funciones, remuneración

Recomendaciones desde la DBT

Se aconseja:

- ✓ Establecer acuerdos y límites claros entre el terapeuta/cuidador y el paciente antes de iniciar el tratamiento
- ✓ Observar las reglas y principios de la DBT para el terapeuta y el equipo
- ✓ Consultar con el equipo de forma regular

No se aconseja:

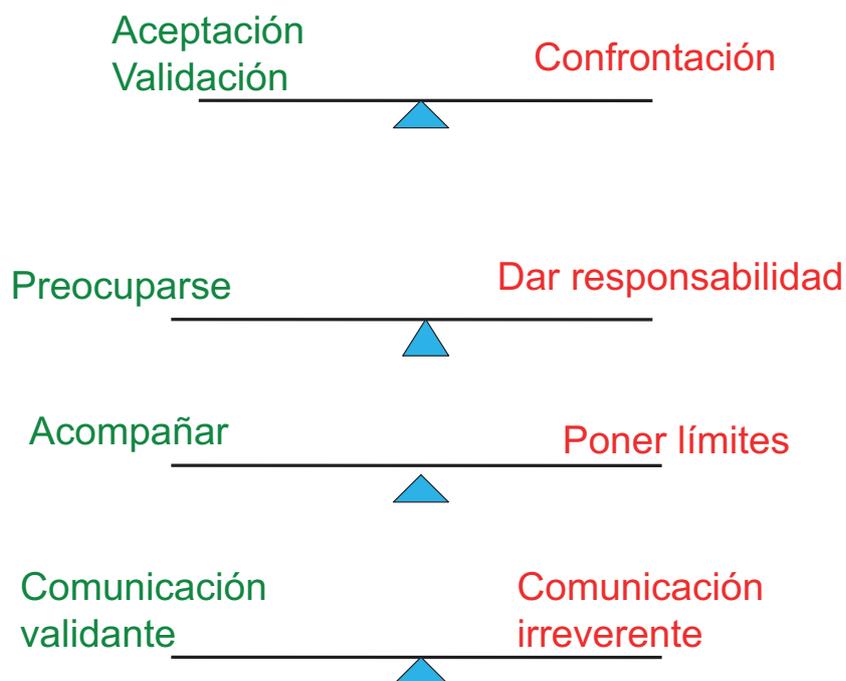
- ❖ Intervenir en nombre del paciente ante otros profesionales, familiares o entorno: “ No hacer por el paciente lo que es capaz de hacer él”
- ❖ Incluir a pacientes en cualquier red social del terapeuta
- ❖ Ofrecer contacto telefónico privado no sujeto a normas (contrato)
- ❖ Responder por whatsapp o mail a cuestiones terapéuticas y a situaciones e crisis
- ❖ Sobreproteger y paternalizar al paciente: “no considerar al paciente como débil”

Lo que no funciona

- Hacer de “Esponja” “ de bombero” “de silla de ruedas”
- Simplificar, ignorar, invalidar
- Actitud de “Todo o nada”
- Hacer lo de siempre
- Sobreproteger al paciente
- Entrar al trapo
- Controlar al paciente
- Luchar contra el paciente
- Amenazar, chantaje emocional
- Evitar al paciente

Lo que funciona

- Hacer de “espejo”
- Servir de “bastón”
- Ser flexible, negociar
- Poner Límites con cariño
- Validar
- Reforzar conductas adaptativas
- Extinguir conductas no adaptativas



Punto medio en la relación terapéutica

- Sobreproteger -Atender- desaparecer
- Reforzar -Educar- castigar
- Resignarse -Aceptar- cambiar a la fuerza
- Dar la razón -Validar - invalidar
- Consentir -Limitar - controlar
- Solucionarle - Entrenarle- exigirle
- Desconfiar -Confiar - negar
- Codependier - Distanciarse- rechazar
- Idealizar- Integrar lo + y - Devaluar

El síndrome “estar quemado”

Tener desreguladas las emociones (miedo, angustia, ira, ansiedad)

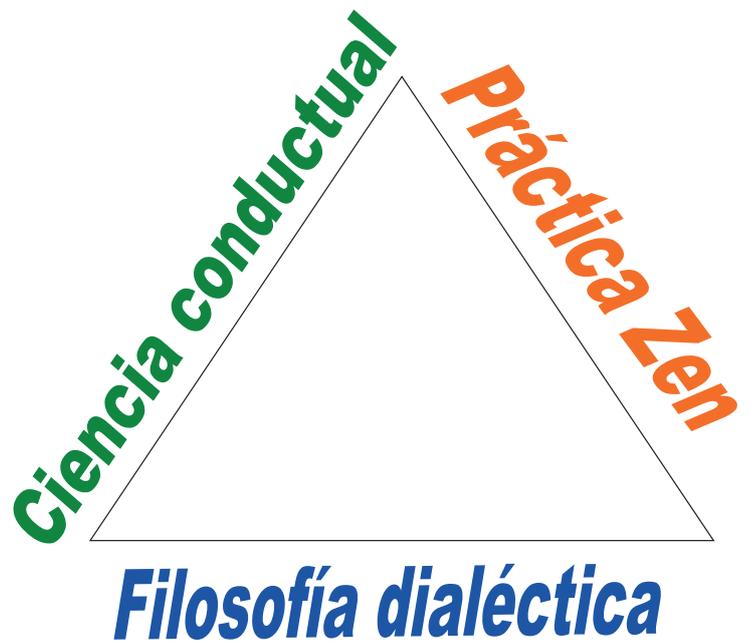
Tener desregulada su relación con el paciente(paternalismo, fragilización, abandono)

Tener desregulada su conducta (control, impulsividad, agresividad)

Tener desreguladas algunas funciones cognitivas(No escuchar, no recordar, bloquearse)

Bases teóricas de la DBT

- Fuente: BRTC Behavioural Research & Therapy Clinics



¿Qué aporta la DBT?

Acepta y valida la conducta tal y como se presenta en ese momento

➤ **Aceptación**

Aborda activamente las conductas que interfieren en la terapia

➤ **Cambio**

Cuida las conductas del terapeuta que interfieren en la terapia

Pone el énfasis en la relación terapéutica

➤ **Relación Terapéutica**

Parte de una visión dialéctica y utiliza estrategias dialécticas

➤ **Dialéctica**

DBT: Estrategias básicas

**Estrategias de
Cambio**

**Estrategias de
Aceptación**



Fuente: BRTC Behavioural Research & Therapy Clinics

Beatriz López, Elche 26-27 Noviembre 21
CENTRE DE TERÀPIA DIALÈCTIC CONDUCTUAL

99

99

Cambio & Aceptación

**Ciencia
Conductual**

- Cambio
- Solución de problemas
- Racionalidad
- Lógica
- Experimental

Práctica Zen

- Aceptación
- Validación
- Intuición
- Paradoja
- Experiencial

Estrategias básicas

Cambio

- Chearleading
- Solución de Problemas
- Intervenciones paradójicas
- Modelado
- Plan de refuerzos
- Manejo de contingencias

Aceptación

- Validación
- Mindfulness
- Dialéctica (dilemas) (sacar aparte)

ACEPTACIÓN

- DEL LATÍN “ACCIPERE” (tomar, coger algo como viene, quedarse con algo)
 - En el mindfulness se refiere a “dejar pasar”, aflojar, no aferrarse
 - Significa asumir algo como es, sin juzgarlo
 - Es un primer paso hacia el cambio

Aceptar

ES

- Ser consciente, saber, no ignorar, no tapar
- No juzgar automáticamente
- Ser capaz de ver el aspecto positivo
- Tener una actitud serena
- Creer en el movimiento continuo de las cosas
- No aferrarse a “lo bueno” “lo normal”

NO ES

- No es resignarse
- No es ser conformista o sumiso
- No es ver sólo lo positivo
- No es lo contrario de cambiar

Actitud de aceptación por parte del terapeuta

- Observar al paciente con la mente del principiante, sin prejuicios
- Describir antes de interpretar, no confundir nuestras emociones con la realidad
- No juzgar al paciente ni a nosotros
- Focalizar, estar atento a cada movimiento
- Ser efectivo y flexible, sin imponer
- Aceptar lo que acontece en la terapia

Validar-Invalidar

➤ **Hacer válido** algo (conducta, pensamiento, emoción)

➤ Sinónimos: Fortalecer, reforzar, confirmar, ratificar, corroborar, Explicar, verificar

➤ **Negar/rechazar** comunicación de experiencias privadas y causas atribuidas

➤ **Sobrevalorar** autocontrol de emociones negativas

➤ **Sobresimplificar**

facilidad para resolver problemas, alcanzar metas

➤ **Notolerar/castigar** expresión de emociones

➤ **Reforzar** intermitentemente la escalada emocional

Entorno Invalidante

**Repetidamente niega,
castiga o ignora
conductas/sentimientos
independientemente de
su validez actual**

Entorno Invalidante

- ¡Explorar si hay invalidación en el entorno!
- Un entorno invalidante es común tanto a perfiles de sobrecontrol como de infracontrol
- Entornos familiares invalidantes:
 - familia perfecta,
 - familia normal,
 - familia caótica

El ambiente invalidante

- **NIEGA/RECHAZA** indiscriminadamente la comunicación de las experiencias privadas, las emociones y las conductas autogeneradas; así como las causas atribuidas
- **SOBREVALORA** el autocontrol de las emociones negativas
- **SOBRE-SIMPLIFICA** la facilidad para resolver problemas y alcanzar metas
- **NO TOLERA/CASTIGA** la expresión de emociones
- **REFUERZA** intermitentemente la escalada emocional

Validación

Acción de hacer válido o dar sentido a algo (conducta, pensamiento, emoción)

Sinónimos: Comprender, Fortalecer, reforzar, confirmar, ratificar, corroborar, reconocer, justificar, verificar

Practicar la Validación

¿Cómo se valida?

- Haciendo el esfuerzo de ver la parte válida y dar sentido a algo que aparentemente no lo tiene.
- Entendiendo lo que el otro dice, hace o siente aunque nosotros no lo hiciéramos igual o no estemos de acuerdo.

¿Por qué hay que validar?

- Para que las personas vulnerables aprendan a “autovalidarse”: decirse a si mismas que lo que piensa, siente o hace tiene sentido en sus circunstancias.
- Para facilitar el cambio a través de la comprensión.

Practicar la validación

¿Cuándo hay que validar?

- Cuando sabemos que detrás de una forma de actuar hay sufrimiento.
- Cuando lo que nos sale siempre es reprochar y reñir a la persona.

Para validar es necesario

- Observar-Describir-Reflexionar sobre los motivos que llevan a la persona a actuar así.
- No juzgar lo que observamos
- Validar no es “dar la razón”
- Validar no es incompatible con “poner límites”

Frases invalidantes

“No se entiende que llores por eso”

“Si realmente estuvieras mal no saldrías por la noche”

“Lo haces para fastidiarnos”

“No te levantas de la cama porque no quieres”

“Si de verdad te importáramos, te comportarías de otra forma”

“Nosotros te lo damos todo, y tu nos pagas así...”

“Deberías estar contento y no enfadado”

“¿Solo porque te han nombrado a tu padre te pones así?”

“A ti lo que te pasa es que no te gusta esforzarte...”

¿Por qué es difícil validar?

Cultura de la voluntad: “Si quieres puedes”

Cultura del trabajo: “Si trabajas no tendrás problemas”

Cultura de “lo lógico y normal”: “Lo que no responde a la lógica común es malo e inapropiado”

Cultura de la razón: “Los factores emocionales no son importantes ni graves; sólo hay que controlarlos”

Cultura de la intolerancia: “Comprender es como ceder, ser permisivo, perder razón...”

Cultura de simplificar lo complejo: “sólo tienes que animarte...hacer caso....”

113

Niveles de validación

1- Escuchar de verdad: Sin interrumpir o prejuigar, manteniendo el contacto ocular y asintiendo con gestos.

2- Repetir lo que escuchas para que la persona vea que lo entiendes. Ej: “Según he entendido, quedasteis en que te telefonaría y no lo hizo”...

3- Ponerle nombre a pensamientos, sentimientos o conductas que el otro no expresa .Ej: “Por lo que dices parece que estás decepcionada”, “Se que lo que te voy a decir no te va a gustar”, “No te veo muy convencida, ¿cual es tu manera de verlo?”.

Niveles de validación

4- En base al presente (normalizar la situación). Ej: "Tal y como te habla tu pareja, yo también me enfadaría", "Claro que no quieres ver hoy a tu tutor, después de lo que sucedió ayer...", "Realmente es un rollo tener que repetir curso...", "Entiendo que te sientas mal y me llames, aunque ahora no puedo hablar", "Tienes ganas de estar bien y por eso quieres irte sola de vacaciones, claro", "Entiendo que quieres hacer bien las cosas ¿que te parecería empezar por algo más sencillo?"

4- En base al pasado Ej: "Entiendo que tengas miedo al colegio por tus experiencias pasadas", "autolesionarte te ha aliviado muchas veces, es lógico que lo hagas". "Con la medicación que tomas, claro que te cuesta mucho levantarte", "Tal y como te sentías tiene sentido que actúes así"

5- Tratándola como válida en sí misma. Sin buscar ninguna justificación, explicación. Hablando de forma natural como hablarías con un amigo, no adoptando el rol "profesional". Ej: "Qué valiente has sido", "Yo hubiera hecho igual".

Validante	No validante
Escuchar, atender, mirar a los ojos, asentir con la cabeza, mostrar interés	No poner atención, estar distraído, cambiar de tema, estar ansioso por acabar la conversación
Reflejar lo que la persona ha dicho, repetir lo que ha dicho o preguntar más detalles	No participar de forma activa. No dar evidencia de interés sobre lo que dice o siente el otro
Ofrecer ideas sobre lo que el otro quiere, siente o piensa con empatía, ayudando a clarificar y preguntando	Decir al otro lo que tendría que hacer, sentir o pensar
Contextualizar la conducta, emoción o pensamiento del otro, intentando entenderla según su historia y situación actual sin juzgarla	Hacer juicios negativos sobre la conducta o sentimientos del otro sin intentar entender si tiene un sentido en sus circunstancias actuales
Normalizar la conducta del otro: "Otro en tu situación sentiría lo mismo" o "Claro que quieres/sientes esto"	Patologizar, criticar, generalizar y catastrofizar: "Siempre haces lo mismo" "Nunca haces nada bien" "No cambias" "Mira como está tu madre por tu culpa"
Empatía y aceptación hacia la persona en su conjunto. No tratarla como frágil o incompetente sino como igual y competente	Mostrarse paternalista y tratar al otro como inferior, frágil o incompetente
Abrirse y mostrar la propia vulnerabilidad o la de otros sin quitar importancia a lo que dice. Poner ejemplos propios: "A mi a veces también me pasa" "Cuando yo tenía tu edad hice algo parecido" etc..	No responder, tomar una posición de poder sobre él (amenazar o buscar sus puntos débiles, sacar cosas del pasado)

Manejo de contingencias

Consiste en conseguir moldear determinadas conductas relevantes mediante la aplicación efectiva de consecuencias y refuerzos

Manejo de contingencias en DBT

Se utiliza cuando las conductas habilidosas han sido castigadas, no han sido enseñadas y reforzadas o las conductas problema han sido reforzadas por el entorno

En personas con alta reactividad emocional es especialmente difícil detectar y reforzar rápidamente las conductas adaptativas y no reforzar las conductas problema

En muchos casos las conductas de las personas con tlp son muy efectivas y les sirven para comunicar, tener apoyo, cercanía, distancia, castigar etc...

Manejo de contingencias en DBT

Crea un entorno y comportate tu de forma que sólo se refuercen las conductas adaptativas y se extingan o dificulten las desadaptativas

3 niveles en Manejo de contingencias

1- Conductas problema de la fase 1

2- Conceptualización del caso

3- Conductas en sesión o durante el coaching telefónico

Tipos de condicionamiento de la conducta

Reactivo:

Hay un desencadenante (no causa), que precede a la conducta

Operante o finalista:

La conducta va seguida de una consecuencia esperada (a veces de forma inconsciente)

Modificación de conducta

Refuerzo

Moldeamiento

Extinción

Castigo

Pasos previos

Elaborar lista de conductas a aumentar y conductas a disminuir

Establecer jerarquía de prioridades según la fase en que se encuentre el consultante

Realizar registros y análisis conductuales para identificar reforzadores de CP y de conductas habilidosas

Refuerzo

El mayor refuerzo de las conductas problema (CP) sobre el que el terapeuta tiene control es su propia conducta

El mayor reforzador social es la atención en todas sus formas

Tanto el entorno como el propio terapeuta tienden a aumentar la atención y calidez cuando el consultante realiza o amenaza con realizar una CP

Refuerzo

Refuerzo es toda consecuencia que aumenta la frecuencia de una conducta. R(+) o R(-) tiene que ver con añadir o quitar algo

Sólo realizando múltiples análisis en cadena de una conducta se puede determinar si una consecuencia (atención) refuerza, castiga o no tiene relación con la conducta

Importante no utilizar validación tras CP

Intentar reforzar conductas que aparecen en sesión o durante el coaching telefónico (discriminar emociones, pensamientos o impulsos del presente sin escapar, involucrarse activamente en solución de problemas, notar juicios...)

Refuerzo

- Atención especial a las conductas que se mantienen por refuerzo negativo (retirar una demanda o retirar “solución de problemas”, exposición a emociones)
- Muchas veces toman la forma de “barrera”: “no puedo” “no sirve” “me hace estar peor...” enfado, fragilizarse o amenaza suicida
- Otra forma es decir a todo que si para que el terapeuta deje de insistir...

Moldeamiento o shaping

Implica reforzar conductas de aproximación a la deseada.

Supone estar muy atento a todas las conductas adaptativas del consultante por simples que sean

Es congruente con el principio de la DBT : “El paciente lo hace lo mejor que puede en cada momento”

Es difícil si nos centramos en lo más problemático

Extinción y explosión conductual

Supone retirar todo refuerzo a una CP

Esto implica un aumento de la CP antes de disminuir (cuidado cuando se pone una conducta sucida en extinción)

M.Linehan da dos opciones:

1- Encontrar otra conducta alternativa (habilidades de tolerancia al malestar, regulación emocional y aceptación) para reforzar y

2- calmar al consultante (validar)

Castigo

- Importante distinguir extinción (se retira la consecuencia que refuerza la conducta) de castigo (se retiran condiciones positivas no relacionadas con la CP o se añade algo aversivo)
- El castigo puede disminuir la CP pero no enseña nueva conducta y daña la relación
- En DBT se recomienda cuando no se pueden controlar otros reforzadores y si la CP hace peligrar otras conductas

Castigo

- Se castiga la conducta y no a la persona
- Debe ser siempre lo más leve y lo más rápido posible
- En DBT pueden ser castigo:
 1. Desaprobar
 2. Confrontar y retirar calidez
 3. Corrección y sobrecorrección
 4. Vacaciones de terapia
 5. Finalizar la terapia

Desaprobar

Los consultantes con TLP son muy sensibles a cualquier conducta que suponga un retiro de calidez y atención

Expresiones de frustración y decepción son más efectivas que expresiones de enojo

La comunicación irreverente

Intentar siempre reforzar cualquier otra conducta adaptativa

Vacaciones de terapia

Ha de ser siempre el último recurso

Si todas las demás contingencias han fallado o la CP cruza los límites personales o terapéuticos

Pasos:

- 1- La conducta ha de estar bien clarificada de antemano
- Se ha de dar tiempo y ayuda para cambiarla
- Se han de estipular las condiciones para retomar la terapia
- Se ha de mantener contacto telefónico durante la pausa

contingencias en el manejo de caso

- A través del análisis conductual se descubre qué refuerza el entorno
- Si conviene hacer un cambio de contingencias en el entorno del paciente:
 - 1-Consulta al paciente
 - 2-Intervención en el ambiente

Consulta al paciente

- El terapeuta lo instruye para que sea él mismo el que pida un cambio en su entorno
- Se trata de no resolver por el paciente y no reforzar la “pasividad activa”
- Priorizar la ganancia a largo plazo y que el paciente aprenda a resolver por sí mismo

Intervención en el ambiente

En DBT se intenta evitar resolver e intervenir directamente en el ambiente

Sin embargo puede ser necesario si:

El consultante no tiene posibilidad de éxito, en caso de riesgo alto o si el beneficio a corto plazo es importante

En la sesión con familiares será el paciente quien exprese y pida los cambios (previo entrenamiento en habilidades de pedir y regular emociones)

Intervención en el ambiente

Crear grupos de entrenamiento en habilidades para los familiares:

Mejorar la comprensión del problema

Aprender a validar y a no juzgar antes de pedir cambios

Aprender a no reforzar CP y a reforzar conductas habilidosas

Aprender a tomar una distancia afectiva compasiva

Aprender a respetar y confiar

Principios DBT de “Mente sabia” para los padres

- Su hijo debe aprender nuevos comportamientos y asumir la responsabilidad de afrontar situaciones difíciles.
- Y lo hará, a medida que madure y usted trabaje hábilmente con ella.
- Los miembros de la familia deben tomar las cosas con buenas intenciones y no asumir lo peor.
- Las reacciones negativas son normales, pero no suelen ser útiles.
- No hay una verdad absoluta.
- Discutir sobre la verdad con su hijo es invalidante, generalmente inútil y, a menudo, intensifica el conflicto.

Conductas que interfieren con la terapia (CIP)

Por parte del paciente:

- Conductas que impiden asistir a la terapia
- Conductas que interfieren con otros pacientes
- Conductas que llevan al “Burn out” del T.
- Conductas que no respetan los límites del T.

Por parte del terapeuta:

- No poner límites y no informar sobre ellos
- No estructurar la sesión
- Faltas de respeto, incumplimiento

CIP: Niveles

C. que destruyen la terapia:

Intento de suicidio, agresividad física, incumplimiento grave de normas

C. que dañan la terapia:

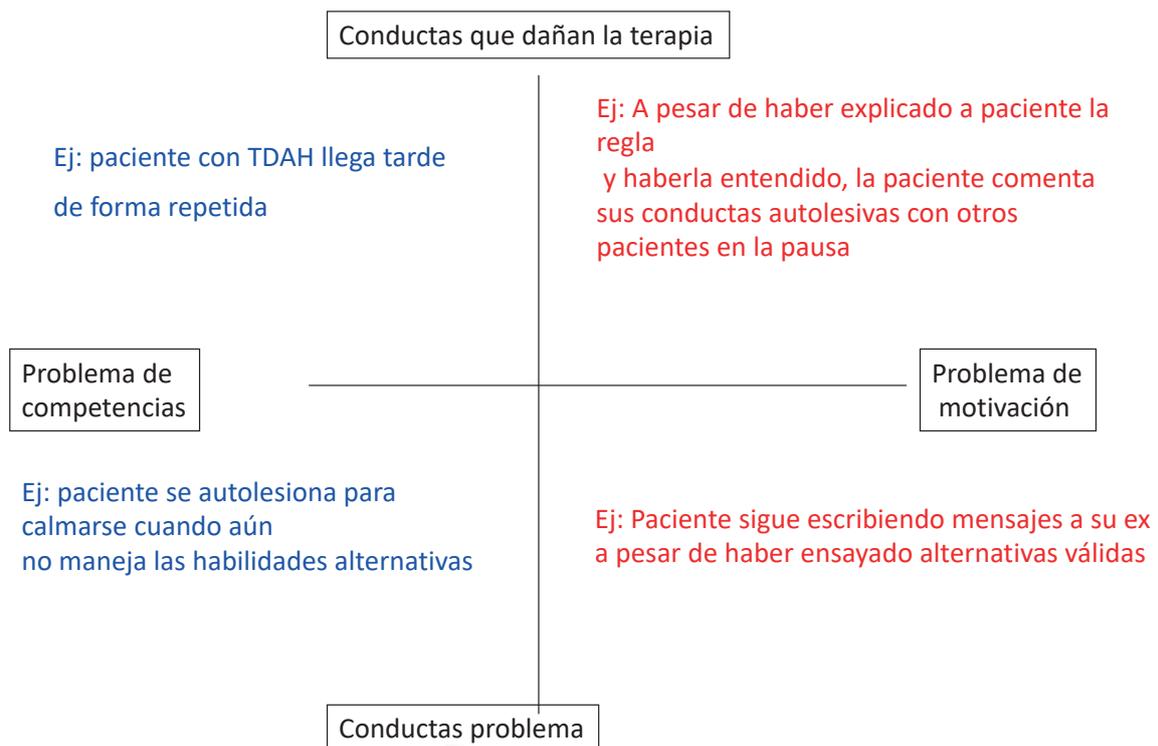
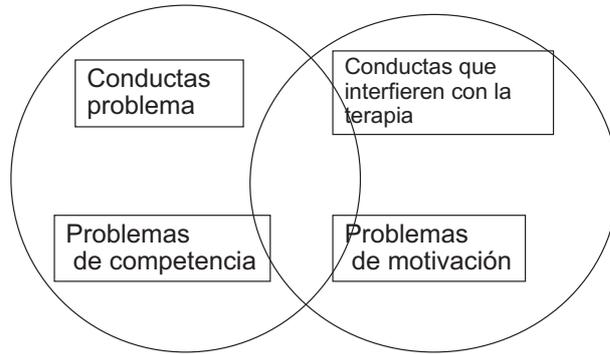
Retrasos repetidos, no hacer deberes, no ser sincero

C. que impiden el éxito de la terapia:

Problemas de aprendizaje, fumar porros entre sesiones, no tomar medicamento prescritos, etc..

En el ámbito hospitalario

- Agresividad física y verbal
- Agresividad contra objetos
- No respetar normas: fumar, comer, tenencia de drogas, uso de móvil, etc..
- Negarse a tomar medicamentos



Reglas y normas en entorno residencial. Equilibrio dialéctico

