



DBT de una sola mirada

FUNDAMENTOS

META: construir una vida que valga la pena vivir

DBT integra ciencia conductual, aceptación, mindfulness y dialéctica. La conducta problema se comprende por su **función y contexto**; se valida la experiencia y, al mismo tiempo, se construyen respuestas más eficaces.

Teoría biosocial

Vulnerabilidad biológica

Alta sensibilidad, reactividad intensa y retorno lento a la línea base.

Ambiente invalidante

Desatiende, trivializa, castiga o responde de forma extrema a experiencias privadas; también puede exigir control sin enseñar habilidades.

Transacción sostenida

Persona y ambiente se influyen mutuamente. El resultado puede ser desregulación emocional generalizada y estrategias eficaces a corto plazo, pero costosas a largo plazo.

Tres principios dialécticos

1. Totalidad e interrelación. La conducta solo se entiende dentro de un sistema y una historia.

2. Polaridades y síntesis. La realidad contiene fuerzas opuestas; el trabajo clínico flexibiliza el pensamiento de "o esto/o aquello".

3. Cambio continuo. Persona y ambiente están en transacción; la estabilidad también es un proceso.

Capacidades que se construyen

Conciencia plena - observar, describir y participar.

Tolerancia al malestar - sobrevivir crisis sin empeorarlas.

Regulación emocional - comprender y modular respuestas.

Efectividad interpersonal - objetivos, relación y autorespeto.

Autogestión - aplicar, reforzar y generalizar conductas.

Núcleo dialéctico

ACEPTACIÓN - validación, mindfulness y tolerancia.

CAMBIO - análisis conductual, habilidades y contingencias.

La síntesis no es un punto medio automático: busca una respuesta más completa, funcional y contextual.

Cinco caminos ante un problema

- 1. Resolverlo** o modificar sus condiciones.
- 2. Cambiar cómo se siente** o cómo lo interpreta.
- 3. Aceptarlo radicalmente** y tolerar lo que no puede cambiarse ahora.
- 4. Permanecer en sufrimiento** sin usar habilidades.
- 5. Empeorarlo** mediante respuestas que añaden consecuencias.

DBT orienta hacia las tres primeras opciones sin negar que las dos últimas también son elecciones posibles.

Brújula clínica

Validar lo válido. No validar lo inválido ni reforzar conductas problema.

Ser conductual. Definir qué ocurrió, en qué contexto, qué función cumplió y qué consecuencias siguieron.

Volver a metas. La pregunta guía es: "¿esto acerca o aleja de la vida que se quiere construir?"



Arquitectura del tratamiento

FUNCIONES, MODALIDADES Y ETAPAS

Estructura + flexibilidad

DBT es un programa basado en principios. La etapa, la jerarquía de blancos y la función clínica organizan la intervención; dentro de esa estructura, el terapeuta selecciona estrategias según el análisis funcional.

Cinco funciones que DBT debe cumplir

1. Aumentar capacidades

Entrenamiento en habilidades y psicoeducación.

2. Mejorar la motivación

Terapia individual: reforzar progreso y reducir obstáculos.

3. Asegurar generalización

Coaching entre sesiones y práctica en contextos reales.

4. Sostener al terapeuta

Equipo de consultoría, formación y adherencia.

5. Estructurar el ambiente

Manejo de caso y contingencias que favorezcan habilidades.

Etapas y metas

PRETRATAMIENTO | compromiso

Clarificar metas y conductas problema; orientar al modelo; acordar métodos, reglas, registro, plan de crisis y compromisos.

ETAPA 1 | descontrol → estabilidad

Reducir conductas que amenazan vida, terapia y calidad de vida; aumentar habilidades.

ETAPA 2 | calma desesperada → experiencia emocional no angustiante

Abordar trauma y trastornos residuales, vergüenza/outsider, duelo y evitación experiencial.

ETAPA 3 | problemas de vida → felicidad e infelicidad ordinaria

Resolver problemas, aumentar autorespeto, vínculos, trabajo y vida congruente con valores.

ETAPA 4 | incompletud → libertad

Ampliar conciencia, integración, sentido y plenitud. No todas las personas requieren esta etapa.

Cuatro modalidades + ambiente

Terapia individual. Trabaja motivación, blancos jerarquizados, análisis en cadena y planes de solución.

Entrenamiento en habilidades. Adquisición y práctica sistemática; suele impartirse en grupo, pero no es psicoterapia grupal.

Coaching telefónico. Favorece usar habilidades antes de la conducta problema, resolver barreras, reparar la relación y reforzar avances.

Equipo de consultoría. Trata al terapeuta: equilibra aceptación/cambio, sostiene motivación y adherencia.

Manejo del ambiente. Intervenciones coordinadas con redes y otros servicios cuando la función lo requiere.

Jerarquía de blancos en Etapa 1

1. Conductas que amenazan la vida

Suicidio, autolesión y riesgos graves.

2. Conductas que interfieren con la terapia

Del consultante y del terapeuta.

3. Conductas que interfieren con la calidad de vida

Problemas que mantienen sufrimiento o deterioro.

4. Déficits de habilidades

Adquirir, fortalecer y generalizar respuestas eficaces.



Cómo se mueve una sesión individual

CADENA, SOLUCIÓN Y ESTRATEGIAS

Secuencia operativa

- 1. Revisar tarjeta/registro diario.** Detectar riesgo y seleccionar blancos.
- 2. Acordar agenda por jerarquía.** La urgencia emocional no sustituye la prioridad conductual.
- 3. Analizar en cadena.** Reconstruir con detalle, sin saltos ni explicaciones vagas.
- 4. Hacer análisis de solución.** Elegir eslabones modificables y estrategias.
- 5. Practicar en sesión.** Ensayo directo o encubierto; feedback y moldeamiento.
- 6. Anticipar barreras.** Resolver qué podría impedir el plan.
- 7. Obtener compromiso y generalizar.** Plan concreto: qué, cuándo, dónde, con quién y cómo pedir ayuda.

Análisis en cadena: mapa funcional

Evento disparador → vulnerabilidades → eslabones → conducta blanco → consecuencias

En cada eslabón describir: acciones, pensamientos, emociones, sensaciones corporales, impulsos y condiciones ambientales.

Análisis de solución

- Prevenir vulnerabilidades o el disparador.
- Romper la cadena en más de un punto.
- Enseñar/practicar habilidades.
- Usar exposición, modificación cognitiva y contingencias.
- Reparar consecuencias y ensayar el plan.

Repertorio de adherencia DBT AC-I

● **requerida en todas las sesiones** | ♦ **requerida después del pretratamiento**

I. ESTRUCTURALES

1. Tarjeta de registro diario ♦
2. Organización por objetivos ●
3. Foco en emociones ●

II. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

4. Describir específicamente ●
5. Análisis en cadena

III. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

6. Enseñar información
7. Generar soluciones ●
8. Activar conductas nuevas en sesión ●
9. Feedback del coaching
10. Generalizar conductas ♦
11. Compromiso y resolución de obstáculos

IV. MANEJO DE CONTINGENCIAS

12. Reforzamiento ●
13. Contingencias aversivas

V. EXPOSICIÓN

14. Exposición informal

VI. COGNITIVAS

15. Desafiar/modificar cogniciones

VII. VALIDACIÓN

16. V4 historia/biología
17. V5 contexto actual ●
18. V6 genuinidad radical ●

VIII. COMUNICACIÓN RECÍPROCA

19. Calidez ●
20. Autorrevelación estratégica

IX. COMUNICACIÓN IRREVERENTE

21. Confrontación directa
22. Irreverencia poco ortodoxa

X. DIALÉCTICAS

23. Estilo equilibrado ●
24. Modelar pensamiento dialéctico ●

XI. MANEJO DE CASO

25. Consultar al consultante sobre cómo actuar en su ambiente

XII. PROTOCOLOS

26. Protocolo de conducta suicida cuando corresponda



Supuestos y postura del terapeuta

EL CONTEXTO FILOSÓFICO DEL TRABAJO

Cómo leer estos supuestos

No son hechos para demostrar, sino posiciones de trabajo que reducen culpabilización, sostienen una mirada conductual y ayudan al equipo a permanecer eficaz y compasivo.

Siete supuestos sobre consultantes

1. Las personas consultantes hacen lo mejor que pueden en este momento.
2. Quieren mejorar, aunque miedo, vergüenza, contingencias o falta de habilidades oculten esa intención.
3. Necesitan hacerlo mejor, esforzarse, probar más y aumentar su motivación para cambiar.
4. Quizá no causaron todos sus problemas; aun así, les corresponde participar activamente en resolverlos.
5. La vida con desregulación emocional grave puede sentirse insoportable tal como se vive hoy.
6. Deben aprender y generalizar conductas nuevas en todos los contextos relevantes.
7. No 'fracasan' en terapia: si no progresan, el tratamiento y el equipo deben revisar evaluación, estrategia, ajuste y recursos.

Siete supuestos sobre terapia y terapeutas

1. Lo más afectuoso es ayudar a cambiar de modos que acerquen a las metas elegidas.
2. Claridad, precisión y compasión son esenciales en la práctica de DBT.
3. La relación terapéutica es real y entre personas de igual dignidad, con roles y responsabilidades diferentes.
4. Los principios conductuales son universales: también moldean y afectan al terapeuta.
5. Quienes tratan desregulación emocional grave necesitan apoyo, sostén y un equipo de consultoría.
6. Los terapeutas DBT son falibles y pueden fracasar; reconocerlo permite reparar y aprender.
7. DBT puede fallar aun cuando se aplique rigurosamente; la adherencia no garantiza el resultado de cada caso.

Postura clínica

Orientado a la aceptación + orientado al cambio · permanentemente enfocado · benevolentemente demandante · compasivamente flexible · genuino y cálido · dispuesto a usar irreverencia con función clínica.

La relación funciona como un laboratorio: se observan patrones en vivo, se validan respuestas comprensibles, se señalan conductas que interfieren y se practica reparación.

Función del equipo de consultoría

El equipo trata al terapeuta, no al consultante.

- Recupera balance dialéctico y motivación.
- Revisa adherencia, conceptualización y contingencias.
- Asume falibilidad, evita juicios simplistas y busca síntesis.
- Protege límites y reduce burnout sin invalidar al consultante.



Dilemas y brújula de intervención

PATRONES SECUNDARIOS Y CIERRE

Tres dilemas dialécticos

VULNERABILIDAD EMOCIONAL ↔ AUTOINVALIDACIÓN

Alta sensibilidad y desborde frente a vergüenza, crítica, perfeccionismo o negación de la experiencia. **Intervenir:** validar con precisión, disminuir vulnerabilidad, regular emoción y reforzar autovalidación.

PASIVIDAD ACTIVA ↔ COMPETENCIA APARENTE

Pedir que otros resuelvan o no iniciar acciones frente a parecer competente en unos contextos y quedar sin apoyo en otros.

Intervenir: evaluar capacidades por contexto, moldear solución activa, enseñar a pedir ayuda y no sobreestimar habilidades.

CRISIS IMPLACABLES ↔ DUELO/INHIBICIÓN EMOCIONAL

Cadenas de urgencias que desplazan el trabajo frente a evitar procesar pérdidas o emociones. **Intervenir:** jerarquía, plan de crisis y contingencias; luego exposición, aceptación y procesamiento emocional.

Se vuelven blanco solo cuando interfieren con objetivos primarios. No son rasgos obligatorios ni criterios diagnósticos.

Siete preguntas antes de intervenir

1. ¿Cuál es la etapa y el nivel de desorden?
2. ¿Hay un blanco más alto en la jerarquía?
3. ¿Qué muestra la cadena y qué función cumple?
4. ¿Hace falta aceptación, cambio o una síntesis?
5. ¿Cuál función/modalidad está fallando?
6. ¿Qué practicar, reforzar y generalizar?
7. ¿Qué necesita llevar el terapeuta a consultoría?

Elegir una familia de estrategias

Habilidades. Falta una conducta eficaz.

Exposición. Emociones o señales mantienen evitación.

Modificación cognitiva. Reglas o interpretaciones bloquean acción.

Contingencias. Consecuencias mantienen la conducta.

Validación. Aumentar comprensión, alianza y regulación.

Dialéctica. Flexibilizar polaridades y generar síntesis.

Seis niveles de validación

V1. Estar presente. Atención no enjuiciadora.

V2. Reflejar. Devolver con exactitud lo comunicado.

V3. Leer lo no dicho. Articular hipótesis y verificar.

V4. Historia/biología. Comprensible por aprendizaje o vulnerabilidad.

V5. Contexto actual. Válido según hechos y circunstancias presentes.

V6. Genuinidad radical. Responder como igual, con autenticidad y respeto.

Validar una emoción o función **no equivale** a aprobar hechos incorrectos ni conductas dañinas.

Recordatorio de seguridad

En riesgo suicida o autolesivo: priorizar evaluación, protocolo específico, plan de seguridad/ crisis y coordinación conforme al contexto clínico. Este mapa no reemplaza capacitación, supervisión, juicio profesional ni procedimientos locales.

Referencias breves

Fuentes de síntesis

- Boggiano, J. P., & Gagliardi, P. (2018). Terapia dialéctica conductual. Tres Olas.
- Linehan, M. M. (ed. esp., 2020). Manual de entrenamiento en habilidades DBT (terapeuta y consultante). Tres Olas.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(Supl. 1).
- De la Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctica conductual para el TLP. Acción Psicológica, 10(1), 45-56.
- Harned, Schmidt, & Korslund (2021). DBT AC-I: hoja de consulta rápida (material aportado).