

Validación, aceptación, regulación y cambio desde la Terapia **Dialéctica Conductual** (TDC) y los modelos contextuales

“La aceptación es la única salida del infierno”. Marsha Linehan

La terapia dialéctica conductual (en adelante TDC en sus siglas en español, DBT en inglés), desarrollada en los 80 y publicada en los 90 por Marsha Linehan, nace de la necesidad de atender situaciones clínicas de alta desregulación. Originalmente fue concebida para mujeres con conductas autolesivas crónicas y diagnóstico de TLP a las que la terapia cognitivo-conductual resultaba en muchos casos invalidante y altamente directiva.

Las terapias contextuales pretenden un claro alejamiento del modelo biomédico, de paradigmas que tienden a patologizar el sufrimiento centrándose en la eliminación de síntomas y que minimizan la importancia de los contextos. Cuestionan también el uso de etiquetas diagnósticas dada su falta de valor funcional, proponiendo en su lugar comprender la función de la conducta. Los síntomas o malestares serían entonces conductas (acciones, pensamientos, emociones) que surgen en respuesta al contexto o a la interpretación de este. La rigidez, la evitación y la fusión con el contenido del pensamiento, por señalar algunos ejemplos, serían formas de relación con el malestar, generando a la postre mayor sufrimiento e interferencia en la vida. Desarrollar modelos de trabajo idiográficos, que se ajusten a la realidad clínica, diversa y compleja, alejando modelos que obliguen a los individuos a encajar en las definiciones de trastornos o enfermedades mentales, ha sido molar para el enfoque contextual.

TDC, FAP, ACT, entre otros modelos, sostienen que la conducta no puede entenderse de manera aislada, sino en constante interacción con los entornos y que evaluar, a través del análisis funcional o del análisis en cadena, la función que

cumplen las conductas que generan sufrimiento o malestar, transforma la mirada y la intervención. Así, una acción pasa de ser incomprensible o algo que hay que dejar de hacer, a ser una acción lógica en interacción con el medio, dotando al profesional y al consultante de alternativas, tanto de relación con el malestar, como de intervención, sin cargar con etiquetas de pasados, presentes o futuros. No hay nada “roto” en las personas que una “intervención” tenga que arreglar o extirpar. Somos en interacción, somos en presente.

La teoría biosocial de la TDC propone que la desregulación emocional es el resultado de una predisposición a sentir las emociones de forma más intensa (vulnerabilidad biológica), en combinación con ambientes invalidantes que impiden el aprendizaje de la gestión de estas. La vulnerabilidad sería como un sistema de procesamiento de señales que está “hipersensibilizado”. Lo más esperanzador de la literatura reciente es que el cerebro es lo suficientemente plástico como para que el aprendizaje de habilidades repare los circuitos de regulación emocional (Denny, B. T., Helion, C., & Ochsner, K. N., 2024. *Normalizing the brain's distancing system: Impacts of emotion regulation training on neural activation and connectivity*).

La TDC significa los ambientes invalidantes como factores intervinientes en la desregulación emocional. Los abusos y negligencias emocionales y el abuso sexual infantil (ASI) interfieren en el desarrollo de la “maquinaria” emocional, creando una correlación bidireccional. El drama fundacional que supone la violencia en etapas tempranas del desarrollo, acentúa más, si cabe, la necesidad de intervenciones que validen las experiencias vividas, tanto tiempo silenciadas y

creen espacios de acompañamiento en los que l@s pacientes puedan, poco a poco, liberarse de los “soy” y “seré” por un “aprendí a responder así, puedo aprender otras maneras de relacionarme conmigo y con el mundo”, “no soy culpable de mi pasado, sí responsable de mi presente”. Alentar a deshacerse de la tiranía del tú debes y entendernos como resultado de múltiples experiencias que nos condicionan pero que no nos determinan.

Desde su modelo original la TDC contempla cuatro modalidades de intervención, in-

dividual, grupal, telefónica y supervisión de profesionales, y cuatro grupos de estrategias a entrenar, tolerancia al malestar, aprender a soportar emociones intensas sin actuar de forma destructiva, aceptación radical, dejar de luchar contra la realidad y aceptarla tal como es, conciencia plena, aprender a observar las emociones sin juzgarlas y eficacia interpersonal, manejar las emociones en contextos sociales sin dañar relaciones clave. Las habilidades de regulación emocional distinguen tres estrategias clave:

ESTRATEGIAS	HABILIDADES	CÓMO
ENTENDER LAS EMOCIONES	- Reconocer - Identificar - Nombrar - Verificar los hechos	- Reconocer qué emoción sientes y entender su función. - Evaluar si tu interpretación de una situación coincide con la realidad y si la intensidad de tu emoción es proporcional al evento.
CAMBIAR RESPUESTAS NO EFECTIVAS	- Acción opuesta - Resolución de problemas	- Cuando una emoción no es útil, haz lo contrario a lo que el impulso te dicta - Si la emoción está causada por un problema real, sigue pasos lógicos para solucionarlo en lugar de solo reaccionar emocionalmente.
REDUCIR LA VULNERABILIDAD ABC PLEASE	- A (Acumular lo positivo) - B (Building Mastery, Construir Maestría) - C (Cope Ahead, Afrontar por adelantado) - PLEASE (Cuidado del cuerpo):	- Hacer actividades agradables diariamente. Hacer cosas que te hagan sentir competente y eficaz. - Planificar cómo manejar situaciones difíciles antes de que ocurran. - Mantener hábitos saludables (tratar enfermedades, alimentación equilibrada, evitar drogas, sueño reparador y ejercicio).
Y ANTE LAS CRISIS	- Conciencia de no empeoras - Habilidades TIP	Temperatura, Ejercicio, Respiración, Relajación

Cuadro 1. Habilidades y estrategias de regulación emocional en la TDC

La TDC no intenta que la persona tenga más fuerza de voluntad para regularse, sino que aprenda a entender sus cade-

nas de acción y a bajar la temperatura del agua antes de que hierva (conciencia de no empeorar).

CONDUCTA	EMOCIÓN ARROLLADORA	FUNCIÓN	CONDUCTA ALTERNATIVA	OBJETIVO-FUNCIÓN DE LA CONDUCTA
ATRACÓN/CONSUMO	Vacío/angustia	Sedación	Habilidades TIPP (hielo, ejercicio intenso...)	Cambiar la química rápidamente sin sustancias
AUTOLESIÓN	Agonía	Calma física	TIPP, hielo Respiración	Obtener un estímulo sensorial intenso sin daño
IRA/AGRESIÓN	Miedo	Poder	Acción opuesta	Romper ciclo agresión, proteger vínculos
DISOCIACIÓN	Terror	Desconexión	Grounding, conciencia sensorial	Anclarse al presente a través de los sentidos

Cuadro1. Algunos ejemplos de emociones intensas, conductas impulsivas, funciones de las mismas y conductas alternativas desde la TDC.

La dialéctica de la TDC implica que dos verdades, a veces opuestas (tesis y antítesis) pueden coexistir (síntesis), y que son la aceptación

y el cambio las partes extremas de un balancín que pretendemos mantener equilibrado, entendiendo que sin aceptación no hay cambio

y sin cambio no hay aceptación. La aceptación acompañaría la realidad dolorosa sin juicio y a la vez se trabajaría activamente en modificar las conductas que causan sufrimiento. Continuando con la metáfora del balancín, sin aceptación, la persona no se sentiría vista y sin cambios, la persona se estancaría. No se trataría únicamente de dejar de sufrir o reducir los “síntomas”, sino, siguiendo las palabras de la autora, la capacidad de actuar de acuerdo con tus objetivos a largo plazo, a pesar de tus sentimientos a corto plazo. Linehan integra la filosofía existencial de Viktor Frankl, quien escribió algo parecido: *“Entre el estímulo y la respuesta hay un espacio. En ese espacio está nuestra libertad y el poder de elegir nuestra respuesta”*.

El modelo posiciona la validación en el centro del tablero como estrategia de comunicación esencial, para dotar a la aceptación de contenido y trabajar desde ella para generar los cambios u objetivos delimitados por l@s consultantes, objetivos que darán sentido al esfuerzo que

supone el cambio, sobre todo cuando las emociones intensas quieran dirigir o enfocar las acciones. La validación sostiene que toda conducta tiene sentido desde la vivencia de la persona.

La experiencia es, y esto implica necesariamente retirar nuestras interpretaciones, prejuicios y sesgos para escuchar con atención. La TDC propone seis niveles de validación: V1, Escuchar y observar de forma activa; V2, parafrasear, reflexionar y devolver al paciente para saber si estoy entendiendo adecuadamente, sin juicios; V3, plantear preguntas de hipótesis para expresar sobre lo que el paciente no nos dice, la emoción detrás del pensamiento que expresa o el pensamiento tras la emoción que expone y buscar confirmación, articulando lo no verbalizado; V4, retomamos la biografía del paciente para validar sus conductas o reacciones actuales; V5, expresar qué parte de la conducta es lógica o razonable en el momento presente y V6, genuinidad radical, tratar al otro como un igual, sin estrategias.

NIVELES DE VALIDACIÓN EN LA TDC	RECAÍDA TRAS VARIOS MESES DE NO CONSUMO “Ayer volví a beber, no puedo con esto, no lo voy a conseguir”	EXCESO DE CONFIANZA, LUNA DE MIEL “Me siento increíble, llevo semanas limpia. Creo que lo difícil ya está. Ahora voy a poder con todo”	TRAUMA, CULPA “No sé por qué no grité ni me defendí en aquel momento. Fui una cobarde. Si hubiera hecho algo, las cosas habrían sido diferentes. Me odio”	TRAUMA, ESTIGMA “Nunca superaré lo que me hizo. Estoy marcada de por vida. ¿Cómo vivir sabiendo que tu padre te ha violado tantas veces?”
V1 ESCUCHA ACTIVA	Silencio y escucha. No interrumpo, no sermoneo, no muestro decepción.	Atención. Mostrar interés y calma, sin contagiarnos de la euforia.	Silencio, compasión gestual, sin horror por su no actuación.	Escucha, atención, silencio. No afirmo, no niego. Estoy
V2 REFLEJO	¿Anoche consumiste y eso te hace sentir que todo el esfuerzo anterior no ha servido para nada, es así?	¿Veo que te sientes poderosa, con mucha seguridad y piensas que las restricciones iniciales ya no son necesarias, es así?	¿Creo entender que sientes que el hecho de no haber gritado o peleado te hace responsable de lo que pasó, y eso te genera odio hacia ti misma, es así?	Si te entiendo bien, ¿piensas y sientes que los abusos que viviste te condenan a sufrir de por vida? ¿a cargar con ello sin posible alivio? ¿he entendido bien?
V3 ARTICULAR LO NO EXPRESADO	¿Parece que hay vergüenza y decepción tras tus palabras, es así?	¿Parece que sientes mucho alivio por no tener síntomas de abstinencia y eso te hace sentir que el peligro ya ha pasado, es así?	¿Puede ser que esa culpa sea una forma de intentar recuperar el control sobre algo que fue, en realidad, incontrolable y quisieras borrar?	¿parece que sientes mucha injusticia e impotencia, y crees que es muy difícil liberarte de todo lo que recuerdas y de todo lo que vives a consecuencia de ello? ¿qué no vas a poder borrar lo que has vivido?
V4 VALIDAR EN TU BIOGRAFÍA	Dado que has usado el alcohol durante años para manejar el dolor y el estrés, tiene sentido que ayer, en una situación de tensión, buscaras la vía de escape más repetida y conocida.	¿Dado que en el pasado te sentiste muy atrapada por el consumo, es lógico que ahora quieras recuperar tu vida de golpe y demostrarte que tienes el control, cierto?	Considerando que tu cerebro detectó que luchar era peligroso para tu vida, tiene sentido la parálisis. No fue una elección, fue una respuesta de supervivencia	Sabiendo que el abuso ha estado marcando mucha parte de tus experiencias, tiene sentido que pienses que esto va a seguir pasando, ¿verdad?

NIVELES DE VALIDACIÓN EN LA TDC	RECAÍDA TRAS VARIOS MESES DE NO CONSUMO "Ayer volví a beber, no puedo con esto, no lo voy a conseguir"	EXCESO DE CONFIANZA, LUNA DE MIEL "Me siento increíble, llevo semanas limpia. Creo que lo difícil ya está. Ahora voy a poder con todo"	TRAUMA, CULPA "No sé por qué no grité ni me defendí en aquel momento. Fui una cobarde. Si hubiera hecho algo, las cosas habrían sido diferentes. Me odio"	TRAUMA, ESTIGMA "Nunca superaré lo que me hizo. Estoy marcada de por vida. ¿Cómo vivir sabiendo que tu padre te ha violado tantas veces?"
V5 VALIDAR EN TU CONTEXTO PRESENTE	Ayer estabas en una situación compleja, en familia y con mucho alcohol de por medio. En esos escenarios, el impulso puede ser muy poderoso.	Es muy común en esta etapa del tratamiento generar este optimismo. Es una respuesta normal tras pasar lo peor. Una siente que puede con todo.	Se trata de una respuesta biológica normal; ante un peligro extremo, el sistema se "congela" para minimizar el daño. Es lo que cualquier mamífero hace cuando no puede escapar ni ganar la pelea.	Entiendo que estos días has recordado muchos momentos de esos años y que las emociones intensas que sientes te hagan pensar que siempre va a ser así, que no vas a poder mitigar este dolor.
V6 AUTENTICIDAD	Entiendo que te sientas mal y aun así una recaída no borra los meses de abstinencia que has conseguido ni tu capacidad para retomar tus objetivos.	"Me alegra muchísimo verte con esta energía y sin dolor y la vez también me importa que este bienestar dure. ¿te parece que planeemos cómo disfrutar de este bienestar sin exponernos a situaciones de alto riesgo todavía?"	Me duele que cargues con este peso. Entiendo que te sientas así, pero yo no veo a una cobarde; veo a alguien cuyo cuerpo hizo lo necesario para que hoy estuvieras aquí contándolo. ¿Te parece que acompañemos a tus pensamientos a perdonar a tu cuerpo?"	Cuánto siento tu dolor y tus pérdidas. ¿Quisieras seguir intentando liberarte de un peso impuesto en el pasado para que no marque tu presente y tu futuro?

Cuadro 2. Ejemplos de validación en la TDC.

Por otra parte, se han desarrollado ampliaciones del protocolo original de la TDC que responden a los matices de otras realidades clínicas. Así, por ejemplo, la DBT-RO (radicalmente abierta) trabaja con el sobrecontrol emocional que podemos encontrar en cuadros de restricción alimentaria, bajo estado de ánimo y obsesiones, trabajando la apertura, la flexibilidad y la expresión de la vulnerabilidad como elementos importantes. La DBT-PE (exposición prolongada), integra esta al programa original para abordar el trauma y las conductas de riesgo derivadas de los desencadenantes asociados al malestar. También encontramos programas adaptados y más breves, de 6 a 12 semanas para adolescentes (Family Connections) o adicciones (DBT-SUD), enfocados en reducir el riesgo suicida, las autolesiones y el autocontrol. Además de los módulos estándar, la DBT-SUD prioriza objetivos conductuales como reducir el abuso de sustancias, incluyendo la disminución de síntomas de abstinencia y el manejo del *craving* (deseo intenso), trabajando la mente clara, un estado mental donde la persona no está bajo la influencia de sustancias ni atrapada en la negación de su adicción, el aumento de refuerzos naturales, ayudando al paciente a encontrar fuentes de

placer y satisfacción que no dependan del consumo y quemar los puentes, generando estrategias para eliminar de forma radical el acceso a las sustancias. La reducción de impulsividad y la adherencia al tratamiento de este modelo se han probado exitosas (Cavicholi, M., Movalli, M., Ramella, P., Vassena, G., Prudenziati, A., & Maffei, C. (2020). The initial efficacy of stand-alone DBT skills training for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis).

Much@s profesionales integran módulos específicos, tolerancia al malestar o regulación emocional, sin necesidad de aplicar el programa completo, y en hospitales y centros de salud se realizan talleres de habilidades para el manejo de situaciones de crisis con diversidad de realidades clínicas. En consulta, por cerrar los ejemplos, los últimos 20 años han estado marcados por la integración paulatina de las terapias contextuales y el afianzamiento de un conductismo contextual, que responde a las necesidades reales y matices de l@s pacientes que muchas veces quedaban huérfanos, cuando las herramientas de otros encuadres no ofrecían respuestas o resultaban escasas. Encontrar modelos de trabajo respetuosos con el dolor, rigurosos en la práctica, alejados de

etiquetas de disfuncionalidad, es alentador. Desregularse en un mundo como el que habitamos es la norma y no la anécdota y no es único de tendencias límite. Cualquiera puede desregularse puntualmente, pero el problema por frecuencia e intensidad surge de la transacción perfecta entre una sensibilidad previa y un entorno que no ofrece las herramientas para manejarla, y estos ingredientes, no son difíciles de encontrar en nuestros entornos actuales.

La TDC, es un modelo no exento de críticas, exigente en tiempo y recursos, en programación o rigidez, en sobrecarga de habilidades, y en invalidaciones o exceso de validación. Los modelos son imperfectos, las terapias fallan, l@s psicólog@s también. Esa búsqueda incesante, rigurosa y alentadora que motiva nuestra profesión, requiere de miradas no dogmáticas que propongan tratamientos eficaces para mejorar la vida, no solo de las personas, también de los sistemas (reducción de gastos, menos ingresos y hospitalizaciones, por ejemplo). Somos una ciencia joven, unos 150 años (en 1879, Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig, Alemania), lejos de los miles de la medicina o la matemática. Avanzamos, mucho, pero toca ser contundentes con nuestras propias alquimias, homeopatías y astrologías particulares, para centrar avances y no perdernos. Es imprescindible abogar por una ciencia que se cuestiona y crece para, en la parte clínica y comunitaria, acompañar a la mejora de las condiciones de vida y de la salud integral, respaldada por la psicología experimental y académica. Somos individuos sociales en proceso, cambio, interacción. Nos construimos con la experiencia, el aprendizaje, la biología y los contextos. Somos complejos. Huyamos de simplicidades explicativas, de recetas mágicas, de explicaciones literarias y de baúles enterrados para centrarnos en el presente, en el contenido de quien se duele, en su relato, en sus reglas, con escucha genuina y análisis certero y vivo que acompañe a validar sus recorridos, reconocerlos e impulsar la aceptación de quienes son, para construir cambios significativos que dependan del ahora, del momento en el que tenemos posibilidad de hacer de maneras distintas.



La TDC sigue siendo la intervención con mayor evidencia para reducir conductas de alto riesgo, manteniéndose la estabilidad emocional 24 meses después de la finalización del tratamiento (Stoffers-Winterling, J. M., et al. (2024). *Benchmarks for dialectical behavioural therapy intervention in clinical practice*. International Journal of Clinical and Health Psychology). Se consolidan como eficaces también los protocolos que integran el trabajo en trauma (Bohus, M., et al. (2024). *Long-term effects of dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder and cognitive processing therapy: 9 months after treatment termination*. European Journal of Psychotraumatology), así como la reducción de autolesiones en poblaciones adolescentes (O'Hagan, M., et al. (2025). *Effects of interventions for self-harm in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. European Child & Adolescent Psychiatry), mejoras en las funciones ejecutivas en ansiedad generalizada y reducción del afecto negativo en depresividad.

Los modelos transdiagnósticos y los modelos contextuales, como la TDC, siguen alimentando la esperanza de que la Psicología no se deje apresar por el clima contemporáneo, secuestrada nuestra atención, fatigad@s, estresad@s, con vínculos precarios, líquidos y con una soledad incesante y creciente que no se cura yendo a terapia.

Hay proyecto. Toca seguir prestigiando nuestra disciplina a base de investigación, buena praxis y divulgación rigurosa, accesible y vinculante. Vamos.

Bibliografía

