Rev. cient. cienc. salud. Diciembre 2021; 3(2):126-135
Doi: 10.53732/rccsalud/03.02.2021.126

Artículo de revisión/ Review Article

Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite

Celeste Cano

Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica. San Lorenzo, Paraguay

Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article **Cano C.** Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Rev. cient. cienc. salud 2021; 3(2):126-135*

R E S U M E N

El trastorno de Personalidad Límite (TPL) es un padecimiento caracterizado por un patrón de inestabilidad emocional, dificultades con la autoimagen y con las relaciones interpersonales. Las personas que la padecen suelen actuar con una impulsividad intensa, lo cual hace que vaya de la mano con los intentos de suicidios recurrentes y la conducta autolesiva. El presente artículo es un estudio de revisión bibliográfica respecto a la eficacia de la terapia dialéctica comportamental (TDC) para el tratamiento del TPL, fueron analizados y comparados unos 20 artículos científicos, algunos de ellos basados en ensayos controlados de manera aleatoria, otros son estudios controlados de caso único, publicados en importantes revistas electrónicas de impacto, la búsqueda se realizó utilizando las palabras clave. Como conclusión se obtuvo que el tratamiento psicológico con enfoque dialéctico comportamental ayuda a una reducción significativa de la frecuencia y el riesgo de las conductas suicidas e intencionalidad suicida, también a una mejor adherencia al tratamiento, disminuyendo los días de internación y de la conducta autolesiva. Además de demostrar su eficacia en el alivio de sentimientos desesperanzadores con falta de razones para vivir y depresión. Aunque todavía es necesaria la realización de más investigación controlada en el ámbito.

Palabras Clave: terapia conductual dialéctica; trastorno de personalidad limítrofe; intento de suicidio; resultado del tratamiento

Efficacy of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder

A B S T R A C T

Borderline Personality Disorder (BPD) is a condition characterized by a pattern of emotional instability, difficulties with self-image and with interpersonal relationships. People who suffer from it tend to act with intense impulsivity, which goes hand in hand with recurrent suicide attempts and self-injurious behavior. This article is a bibliographic review study regarding the efficacy of dialectical behavioral therapy (DBT) for the treatment of LPD, about 20 scientific articles were analyzed and compared, some of them based on randomized controlled trials, others are Single case-controlled studies published in important impact electronic journals, the search was carried out using the keywords. As a conclusion, it was obtained that psychological treatment with a behavioral dialectical approach helps to significantly reduce the frequency and risk of suicidal behaviors and suicidal intentionality, as well as a better adherence to treatment, reducing the days of hospitalization and self-injurious behavior. In addition to proving its effectiveness in relieving hopeless feelings with no reason to live and depression. Although it is still necessary to carry out more controlled research in the field.

Fecha de recepción: 12 agosto 2021 Fecha de aceptación: 18 de noviembre 2021
***Autor correspondiente:** Celeste Cano, Profesora Magister en Psicología Clínica y Terapia Cognitivo Conductual, Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital de Clínicas, San Lorenzo – Paraguay. email: celeste-cano89@hotmail.com
Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia *Creative Commons*

Key words: dialectical behavior therapy; borderline personality disorder; suicide attempted; treatment outcome

INTRODUCCIÓN

El trastorno de personalidad límite está relacionado con la alta tasa de suicidio, conductas autolesivas y autodestructivas. Las personas que padecen de este trastorno por lo general presentan pensamientos respecto a maneras de cómo hacerse daño o cómo cometer el suicidio. Por ello es menester siempre prestar atención, ante la alerta que emite una persona al expresar su deseo de morir o atentar contra su vida[1,2].

Haciendo referencia a los últimos datos y cifras estadísticas reveladas por la ONU; alrededor de 800.000 personas mueren a causa del suicidio y muchas más ya han consumado algún intento, convirtiéndose así en una tragedia que afecta a los miembros de una familia a la comunidad y al País[1,2].

No hay un rango de edad establecida para que una persona cometa el suicidio, pero en concordancia con los últimos datos de la ONU; es considerada la segunda causa de muerte en un rango de edad comprendida entre 15 a 29 años en todo el mundo. Asignándole así el lugar de "problema grave de salud pública" [3].

Resaltando también que la ONU hace hincapié en sus estudios revelando la relación que existe entre suicidio y trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastorno de personalidad límite o ligadas al consumo de sustancias. Fundamentándose en estos datos la ONU hace énfasis en la prevención mediante intervenciones eficaces y multidisciplinarias que ayudan a abaratar costos al estado[3].

En cuanto a comorbilidad entre TPL e intentos de suicidio en una investigación local que fue llevada a cabo con un grupo de personas que estuvieron hospitalizados por intento de suicidio, en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, en los años 2014 y 2018 realizada por Torales et al.[4] "*de un diseño descriptivo con muestreo no probabilístico, que incluyó 127 personas, 78% de la muestra era de sexo femenino con edades entre 29 y 13 años, concluyeron que la mayor frecuencia de diagnóstico fue para el trastorno límite de la personalidad (43,3%), seguido por trastorno depresivo mayor (18,9%)".*

De acuerdo al manual DSM V el trastorno de la personalidad límite consiste en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en la primera etapa de la edad adulta y está presente en diversos contextos se manifiesta por cinco o más de los hechos puntuados en la Tabla 1.

Algunas personas que padecen del trastorno podrían llegar a presentar solamente unos pocos síntomas, en cambio otras presentan un mayor número de síntomas y en situaciones más graves ocurren síntomas disociativos y alteraciones sensorioperceptivas. Por lo general hay una tendencia a que los primeros síntomas aparezcan en la adolescencia, por ello es común observar en estudiantes de secundaria que inician con crisis de inestabilidad emocional e inestabilidad de la identidad y por consiguiente aparecen las primeras conductas autolesivas o de automutilación[5].

No se conoce aún una causa única para el surgimiento de este trastorno de personalidad, algunas investigaciones actuales realizadas en el marco de la psicología clínica apuntan a tres grandes factores: El primer factor es el ambiental e historia familiar: hace alusiones a eventos traumáticos en la historia de vida de la

persona, en especial el abuso sexual infantil, también las relaciones familiares abusivas o enfermizas, abandono por parte de los progenitores o historial de consumo de sustancia en los padres. En segundo lugar, el factor genético; investigaciones hechas con pares de gemelos y familias sostienen que el trastorno de la personalidad límite se podría heredar, además se lo vincula con los antecedentes de otros tipos trastornos de salud mental que posea alguno de los miembros de la familia. Por último, el factor neuroquímico – cerebral; investigaciones en este campo han demostrado que existen áreas del cerebro encargadas de la regulación emocional, la presencia de cambios en estas áreas podría propiciar conductas de agresión e impulsividad[6,7].

Tabla 1. Síntomas del Trastorno de personalidad Límite según el DSM V[5]

→ Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
→ Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
→ Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
→ Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
→ Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
→ Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
→ Sensación crónica de vacío.
→ Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
→ Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

A nivel neuroquímico si hubiese alteraciones de los neurotransmisores encargados de regular el estado de ánimo que son por citar algunos de los principales, la acetilcolina, dopamina, norepinefrina, gaba, glutamato, serotonina, endorfina, etc. Estos contribuirían en los cambios constantes y bruscos del humor[6,7].

En cuanto a los tratamientos disponibles en el mercado; como tratamiento principal tenemos la psicoterapia, el cual ha demostrado su eficacia en la reducción de la conducta autolesiva, también en el alivio de la ansiedad y la depresión, en el manejo de las emociones, disminución de la impulsividad y a establecer relaciones interpersonales más saludables. El cual a la vez se subdivide en varios tipos de tratamientos clasificados por la División 12 del APA con sus respectivas cargas de evidencia científica[8]. Tabla 2

Tabla 2. Tipos de tratamientos psicológicos recomendadas para el tratamiento del trastorno de personalidad límite

Estado de revisión empírica de la División 12 del APA[8]
→ Terapia dialéctica comportamental - posee un fuerte apoyo a la investigación.
→ Tratamiento basado en la mentalización - posee un modesto apoyo a la investigación.
→ Terapia centrada en esquemas - posee un modesto apoyo a la investigación.
→ Terapia centrada en la transferencia - posee un apoyo de investigación fuerte o controvertido**.**

Por otro lado, tenemos la terapia medicamentosa que consiste en la administración de fármacos que si bien no curan el trastorno ayudan a la disipación de ciertos síntomas o con las complicaciones concomitantes, es decir; depresión, impulsividad, agresión, ansiedad, etc. Los fármacos incluyen antidepresivos, antipsicóticos que contribuyen a estabilizar el estado de ánimo[9-11]. Otro tipo de tratamiento es la hospitalización principalmente tras los intentos de suicidios que por lo general cometen las personas que padecen de trastorno de personalidad límite. La hospitalización es considerada como un tratamiento más intensivo con el que se trata de mantener seguro a la persona evitando que vuelva a lastimarse, durante el proceso se busca disipar la intencionalidad suicida[9-11].

METODOLOGÍA

La metodología que fue empleada para llevar a cabo esta investigación es la revisión bibliográfica de investigaciones científicas y el análisis de publicaciones respecto a la eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. Se empleó para la búsqueda las palabras clave: Terapia Dialéctica Comportamental, Trastorno de Personalidad Límite, Intento de Suicido, Inestabilidad Emocional, Eficacia del Tratamiento.

La búsqueda fue realizada en renombradas bases electrónicas y revistas científicas como ser: Iztacala, Redalyc, Dialnet, SciELO, National Library of Medicine, Journal of Mental Health, biblioteca virtual de salud, Revista de Medicina UNA, por último, Revista de psicología de la UCA. Para la selección de artículos relevantes se tuvo en cuenta como criterio de inclusión de estudios basados en ensayos controlados aleatorios, publicados en revistas de impacto.

DESARROLLO

La terapia dialéctica comportamental TDC es considerada una evolución a partir de la terapia cognitiva conductual TCC por esta razón se la puede encontrar también dentro de los apartados de terapias psicológicas de tercera generación, fue establecida por la Dra. Marsha Linehan y sus asistentes en el año 1991, quienes se encargaron de validar dicho programa de tratamiento, en personas que padecían del trastorno de personalidad límite TPL y acudieron al centro asistencial en la Universidad de Washington en Estados Unidos[12,13,14].

La Dra. Linehan y su equipo en sus investigaciones iniciales tomaron como población mujeres que se encontraban internadas en la unidad psiquiátrica a causa de un intento de suicidio y con historial clínico de varios intentos ya consumados, a más de presentar conducta autolesiva o de automutilación[12,13,14].

En su libro la Dra. Linehan relata las limitaciones encontradas a partir de la aplicación de una intervención de tipo cognitivo conductual en dicha población, a continuación se detallan algunas: como primera y más importante la falta de

adherencia al tratamiento puesto que las usuarias expresaban no haber encontrado el alivio esperado o que el tratamiento no llenaba sus expectativas, a raíz de esto las usuarias impulsadas por familiares iban rotando de terapeuta en terapeuta, estas usuarias describieron con que grado de desesperación iniciaron el tratamiento y luego desertaban del tratamiento sin esperanza alguna[12,13,14].

Por otra parte, como ya fue destacado anteriormente las personas que padecen de TPL pueden tener comorbilidad con distintas patologías como ser: depresión, crisis de pánico, adicciones, etc. a los cuales la Dra. Linehan las describió como de vida o muerte, además se refería a esto utilizando el término de multiproblemas[15,16,17].

En sus relatos revela el protocolo TCC que inicialmente ella y su equipo aplicaban, las técnicas utilizadas fueron: asignar tareas para el hogar, entrenamiento en habilidades verbales, escala de valoración, revisión de la conducta, técnicas de afrontamiento a la situación, desensibilización sistemática, etc. [18,19,20].

Los resultados obtenidos luego de la intervención con este protocolo TCC; fue que ayudaban a algunas personas, pero la mayor parte de las personas iban abandonando el tratamiento; alegando que se sentían reprochados, juzgados e incomprendidos en su sufrimiento, otras razones mencionadas es que sentían que el terapeuta los subestimaban en sus aflicciones, como tratando de minimizar su angustia, en consecuencia los consultantes se sentían frustrados al no encontrar la ayuda requerida y se veían aún más motivados a aislarse[18,19,20].

De esta manera fue que la Dra. Linehan y sus investigadores buscaron nuevas estrategias terapéuticas que alienten a las personas a resistir el dolor emocional y que les haga alcanzar una vida que valga la pena vivirla[21,22,23].

Así fue que dio paso a la inclusión de las llamadas estrategias de aceptación, luego fueron agregadas las estrategias de cambio, como resultado obtuvieron que las personas expresaron que sentían que su terapeuta empatizaba con su dolor, por ende, hubo un mayor grado de adherencia al tratamiento que repercutió en un rápido alivio en las personas[21,22,23].

La TDC está fundamentada en el balance entre estrategias de cambio vs aceptación, ellas conforman la dialéctica fundamental que dio nombre al tratamiento. El significado de dialéctica comprende revisar e integrar pensamientos y conductas que se contradicen en una visión que resuelva ambas partes integrándolas entre sí[24,25,26].

Una de las técnicas de la TDC consiste en que la persona dentro de sus actividades diarias busque la manera de integrar correctamente sus pensamientos, emociones y conducta, estos tres últimos por lo general se ven severamente afectados en las personas que padecen de TPL puesto que a ellos les cuesta mucho la regulación emocional, por ende, suelen comportarse de manera impulsiva[25,26].

También hace énfasis en el aquí y el ahora, buscando resolver los problemas en tiempo presente. El programa TDC tiene 5 funciones primordiales ya que se asume que la persona con TPL no posee o requiere mejorar las habilidades que se detallan en la Tabla 3[25,26].

Tabla 3. Funciones primordiales del programa TDC

1. Ayudar a regular las emociones.
2. Alentar a la persona a que preste atención a sus sentimientos, en contraste con el evento que este vivenciando en momento presente, habilidades de conciencia plena o mindfulness.
3. Animar a confrontar problemas interpersonales, incluyen pedir algo o aprender a decir no.
4. Soportar o resistir las crisis, aceptando que en momentos de crisis cuesta mucho razonar y buscar posibles soluciones para un problema.
5. Generalizar estas habilidades, ensayando lo aprendido en un contexto de la vida diaria, es parte de la terapia individual adaptar la tarea a cada persona.

Por lo general las personas que sufren de TPL durante los momentos de crisis suelen describir el dolor vivenciado como intolerable, sintiendo urgencia por aliviar ese dolor suelen infringirse las autolesiones o automutilaciones; esta fragilidad emocional lo exteriorizan en una alta sensibilidad a circunstancias, estímulos y sentimientos negativos, la respuesta o conducta emocional suele ser expresada con una intensidad desmedida y el regreso a la tranquilidad se da de manera tardada[25,26].

A modo de síntesis se realiza una breve reseña de los momentos terapéuticos y las técnicas a ser empleadas por un terapeuta dentro de un programa TDC como base filosófica tenemos la dialéctica ya definida anteriormente, concepto extraído de dos grandes filósofos de la historia Karl Marx y Hegel; quienes representaban a la aceptación y al cambio como dos fuerzas que se oponen, se enfrentan entre sí, para dar paso a una nueva dialéctica[25,26].

En la práctica esto se resumiría en que la persona acepte el presente tal cual es, pero sin resignarse, el terapeuta debe motivar a buscar el cambio conductual, que ayude a la persona a adquirir una óptima calidad de vida. Este enfoque si bien es la base debe de complementarse con otras técnicas[27,28].

Es recomendable que los terapeutas trabajen en la implementación de habilidades de discusión y búsqueda de solución a los problemas enfocadas en el aquí y ahora, mayor tolerancia a las discrepancias emocionales, manejo de la impulsividad, modificar contextos o los esquemas de pensamientos, instruir en la autoaplicación de reforzadores positivos, autopremiarse por los logros alcanzados[27,28].

Conciencia plena del ser, es decir, entrenar a la persona en tener un conocimiento minucioso de sí mismo, implementar destrezas verbales estas ayudan a describir emociones, pensamientos y conductas. En este último punto terapeuta y consultante deben poder charlar sobre el evento o las emociones presentadas sin catalogarlas de buenas o malas, porque todas las posturas tienen algo de certero y aún se encuentran incompletas[27,28].

Acentuando algunos artículos que han sido examinados y comparados a lo largo de esta investigación se resaltarán las que han logrado comprobar la eficacia de la TDC para el tratamiento del TPL en sus modalidades de terapia individual o grupal a continuación se citan:

Navarro Vicenta[29], "*elaboró una investigación junto con sus colaboradores; dentro de un diseño de caso único, demostraron como la TDC fue eficaz en el*

tratamiento de una mujer joven que presentaba TPL acompañado de bulimia nerviosa, concluyó como la intervención que fue aplicada a lo largo de un año, pudo producir mejoras significativas en ella".

Aquí se puede recalcar la diferencia existente entre la TCC que se esmera cada vez más en la creación de protocolos de intervención abreviados y de corta duración, en cambio, la TDC ha demostrado ser eficaz luego de ser aplicada a lo largo de un año. En investigaciones realizadas por:

Linehan, et al.[30], compararon dos grupos de 22 mujeres jóvenes cada una realizó el tratamiento durante un año. Un grupo realizó TDC y el otro grupo fue derivado a tratarse con profesionales renombrados con otros tipos de enfoques terapéuticos, estos últimos también especializados en tratar personas con diagnóstico de TPL. *"Como resultado se obtuvo que las personas del primer grupo tuvieron una reducción significativa de la frecuencia y el riesgo de las conductas suicidas e intencionalidad suicida, se adhirieron mejor al tratamiento, disminuyeron los días de internación, en cuanto a la conducta autolesiva, depresión, las razones para vivir y la desesperanza habían mejorado en comparación con el segundo grupo".*

También se enfatiza en la eficacia de la TDC sobre la disminución de la conducta autolesiva e intentos de suicidios. El siguiente artículo expone cómo trabajar las metas terapéuticas dentro de una intervención de tipo individual y cómo ir cotejando el logro alcanzado por el consultante.

García palacios, Azucena[31], quien se centró en describir la eficacia de la TDC, en su manera de terapia individual; la misma llegó a la conclusión de que "*la TDC es una intervención eficaz y novedosa para el tratamiento del TPL. Señalando que la terapia individual se basa en el principio terapéutico de jerarquía de problemas, es decir; entrenar a las personas a dar orden de prioridad a los problemas de acuerdo a su grado importancia y al nivel de malestar emocional que estas podrían estar ocasionando".* Destacando en su investigación que el terapeuta siempre debe situar como primera meta disminuir la conducta autolesiva y la ideación suicida, por esta razón el terapeuta en cada sesión debe iniciar explorando este indicador, en caso de que haya una disminución del indicador se procede a establecer otra meta.

CONCLUSIÓN

Desde punto de vista de los años de ejercicio de la profesión de psicóloga Clínica el tratamiento y manejo de las crisis de una persona que padece de TPL se ha convertido en un reto. Como terapeuta es importante tratar de no volver a cometer los errores de los demás modelos de intervención que justamente ya fueron puestos a prueba e invalidadas anteriormente y poner foco en la aplicación de los que sí han demostrado ser ventajosos.

Es menester que el terapeuta que desea aplicar una TDC sea previamente entrenado en la aplicación de las premisas de aceptación y búsqueda del cambio, además de técnicas que generen motivación y seguridad en sí mismo en el consultante. En cuanto a lograr una óptima aceptación, es necesario que el mismo terapeuta trabaje en separar sus propios preconceptos, prejuicios y conceptos de valores, evitando dar respuesta subjetiva de esta manera es como se logra que el consultante no se sienta juzgado.

A menudo el terapeuta se siente frustrado en sus esfuerzos por ayudar, ya que es muy frecuente el abandono del tratamiento por parte de estos sumado la falta de cumplimiento con las tareas asignadas y a los repetitivos intentos de atentar contra su propia vida, entorpece aún más el manejo conductual.

Por esta razón es menester que el terapeuta trabaje en sus propias frustraciones debido a que es normal el sentimiento de rechazo luego de que el consultante

decida abandonar el tratamiento y como es una terapia donde se trabaja principalmente la regulación emocional, el terapeuta debe también de estar siempre con la mirada puesta hacia sus propias emociones y conductas, estos últimos han demostrado que ayudan bastante a lograr el cambio en el consultante.

Se concluye entonces que la TDC ha demostrado ser eficaz para el manejo de personas que padecen de TPL, también demostró su gran aporte en la adquisición de habilidades específicas que la persona puede utilizar para calmar su enojo e ira, redirigir pensamientos negativos y catastróficos, un eficiente manejo de sentimientos difíciles, bajones emocionales, sentimiento de vacío y abandono.

Puede darse de dos maneras sesiones grupales o individuales, ambas incluyen tareas para el hogar de forma escrita. Las actividades por escrito se utilizan para identificar áreas problemáticas en cuanto a relaciones familiares, personales, laborales, educacional, etc. Es muy importante delimitar el área con más conflicto en la vida de la persona para poder trabajar en ello.

Las metas psicoterapéuticas deben ser establecidas en cada sesión a medida que la persona va disipando su intencionalidad suicida se establecen nuevas metas. En este sentido la TDC no suele ser muy estructurada, como lo es la TCC, tampoco es breve se verifican avances luego de su aplicación a lo largo de un año puesto que está destinado al tratamiento de los trastornos psicológicos más complejos como lo es el TPL. Ambas modalidades de TDC ya sea grupal o individual en la práctica ha sido de mucha utilidad para el tratamiento del TPL.

Por otro lado, si bien varios expertos en el ámbito de la investigación en psicoterapia han logrado comprobar la eficacia de la TDC, aún es necesaria la realización de más investigación controlada en este campo.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: Financiación propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: OMS. 2000. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
2. Lucio-Gómez ME, Hernández-Cervantes Q. Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009; 47(1):33-40. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745518007
3. Hernández-Cervantes Q, Gómez-Maqueo EL. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 2006; 23(1):45-52. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237030824
4. Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(2). Doi: https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.54
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: APA; 2013. Disponible en: https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf
6. Caballo V, Gracia A, López-Gollonet C, Bautista R. Manual de trastornos de la personalidad, descripción, evaluación y

tratamiento del trastorno de personalidad limite. 2da ed. Madrid: Síntesis; 2004.
7. Caballo V, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales, trastornos específicos. 2da ed. Madrid: Pirámide; 2002.
8. División 12 de la Asociación Psicológica Americana. Trastorno de personalidad límite, tratamiento psicológico; 2016. Disponible en: https://cutt.ly/jmrQlyv
9. Cuevas Yust C, López Pérez-Díaz ÁG. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2012, 12(1), 97-114. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335007
10. Díaz Curiel J. Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2001; 21(78): 51-70. Disponible en: http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15756
11. Barlow DH, Levitt JT, Bufka LF. The dissemination of empirically supported treatments a view to the future behaviour research and therapy. National Library of Medicine. 1999;37(1), S147-S162. Doi: https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00054-6
12. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. 1991; 48(12):19-48. Doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
13. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop R J, Lungu A, Neacsiu A, et al. Terapia conductual dialéctica para el alto riesgo de suicidio en personas con trastorno límite de la personalidad un ensayo clínico aleatorizado y un análisis de componentes. Psiquiatría JAMA. 2015; 72(5):475-482. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
14. Rathus JH, Miller AL. Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2002; 32(2):146-157. Doi: https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399
15. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. National Library of Medicine. 1999; 8(4):279-292. Doi: https://doi.org/10.1080/10550499305686
16. McKay M, Wood J, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook practical dbt exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & tolerance. 2nd ed. Oakland: New Harbinger Publications; 2019.
17. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Boehme R, Linehan M. Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral: Therapy for Borderline Personality Disorder a prospective study. 2000; 38(9):875-887. Doi: https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00103-5
18. Lynch T, Trost W, Salsman N, Linehan M. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. 2007; 3:181–205. Doi: https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
19. Crowell S, Beauchaine T, Linehan M. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality Elaborating and Extending Linehan´s Theory. 2009; 135(3):495–510. Doi: https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0015616
20. Linehan MM. DBT Skills Training Manual, Second Edition. New York: Guilford Press; 2015.
21. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse

JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy. 2001; 32(2):371-390. Disponible en: https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894(01)80009-5
22. Blasco H, Baca E, Duberstein P, Pérez M, Dervic K, Saiz J. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. Journal of personality disorder. 2010; 24(6):773-784. Doi: https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.773
23. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI. Patients with borderline personality disorder in emergency departments. National Library of Medicine US. 2021; 2017:136. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00136
24. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. National Library of Medicine. 2012; 13(6):7–9. Doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub2
25. Elices M, Cordero S. Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Psicología, Conocimiento y Sociedad. 2011; 1(3):132-152. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405006
26. Feigenbaum J. Dialectical behaviour therapy, an increasing evidence base. Journal of Mental Health. 2009; 16(1):51–68. Doi: https://doi.org/10.1080/09638230601182094
27. Gempeler J. Terapia conductual dialéctica. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008; 37(1):136-148. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a11.pdf
28. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. 2009; 47(5):353-358. Doi: https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013.
29. Navarra V, Jorquera M, García Palacios A, Botella C. Terapia dialéctica comportamental en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2012; 21(2):121 - 128. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4258463
30. Linehan MM. Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1993.
31. García Placios A. Eficacia de la terapia dialéctica comportamental de tipo individual. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2006; 21(2):121 – 128. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588004