



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **Efectividad de la Terapia dialéctica comportamental en el Trastorno Límite de la Personalidad**

**Trabajo Final de Grado**

**Artículo científico de revisión bibliográfica**

Estudiante: Mélaney Lucía Susac Britos

Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma Sánchez

Revisor: Prof. Adj. Dr. Luis Gonçalvez Boggio

Montevideo, Uruguay

Abril, 2024

# Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	5
1. Trastornos de la personalidad .....	6
1.1. Historización del término.....	7
1.2. Características del TLP.....	7
1.3. Epidemiología .....	9
1.4. Etiología .....	9
1.5. Pronóstico de la enfermedad .....	10
2. Terapia dialectico comportamental .....	11
2.1. Principios TDC .....	11
2.2. Estructura de la Terapia dialéctica comportamental .....	12
2.3. Estrategias del tratamiento .....	14
3. Psicología basada en la evidencia.....	16
4. Método.....	17
5. Resultados .....	18
6. Discusión .....	24
7. Referencias bibliográficas.....	32

## Resumen

El presente trabajo en formato de revisión bibliográfica se enmarca en el trabajo final de grado (TFG) de la licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

En este se expone una revisión bibliográfica sobre la efectividad de la Terapia dialéctica comportamental como intervención terapéutica efectiva en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Este trastorno se caracteriza por la inestabilidad emocional y las dificultades en las relaciones interpersonales, afecto, autoimagen y se relaciona con el escaso control de impulsos. La evidencia científica sugiere la terapia dialéctico-conductual (TDC) como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico. Principalmente, por su eficacia en la reducción de intentos de autoeliminación, consumo problemático de sustancias, disminución de intentos de suicidio, ideas suicidas, autolesiones, síntomas de depresión y ansiedad.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Terapia dialéctica comportamental (TDC), evidencia científica.

## Abstract

This work in Bibliographic Review format is part of the Final Degree Project (TFG) of the degree in Psychology at the University of the Republic.

It presents a bibliographic review on the effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy as an effective therapeutic intervention in patients with borderline personality disorder.

This disorder is characterized by emotional instability and difficulties in interpersonal relationships, affection, self-image, and is related to poor impulse control. Scientific evidence suggests dialectical-behavioral therapy (DBT) as the therapeutic option with the greatest empirical support. Mainly due to its effectiveness in reducing self-elimination attempts, problematic substance use, reducing the frequency of suicide attempts, suicidal ideas, self-harm, symptoms of depression and anxiety.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder (BPD), Dialectical Behavioral Therapy (DBT), scientific evidence.

## Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), también conocido como trastorno de la personalidad *borderline*, constituye un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Es un desafío constante para quienes tienen TLP el establecimiento y mantenimiento de relaciones saludables. Esto se debe, en su mayor parte, a las fluctuaciones en el estado de ánimo, la impulsividad y la sensación de abandono que experimentan (GPC, 2011).

Los pacientes con TLP presentan comportamientos autodestructivos, como el abuso de sustancias, autolesiones e intentos de suicidios, comportamientos que son una fuente de preocupación significativa y que requieren de una atención especializada (GPC, 2011).

Actualmente, dicho trastorno representa un desafío clínico significativo en salud mental, por su compleja presentación clínica y su impacto perjudicial en la vida de quienes lo experimentan. Las causas exactas no se conocen en su totalidad, pero se cree que involucra una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.

Las experiencias traumáticas en la infancia, el abuso o la negligencia pueden aumentar el riesgo de desarrollar dicho trastorno (Linehan, 1993).

Las personas con TLP pasan por un proceso desafiante y a menudo requieren de una combinación de terapias, hasta en algunos casos, medicación. También experimentan un gran sufrimiento emocional, es por eso que el apoyo de profesionales de la salud mental y seres queridos incide notoriamente en su evolución (Linehan, 1993).

Las intervenciones con mayor apoyo empírico para tratar el TLP, tomando como referencia la *Guía práctica clínica* son: la Terapia dialéctica comportamental (TDC), la Terapia basada en la mentalización (TBM) y la Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE).

La terapia con mayor evidencia científica y apoyo empírico que se sugiere es la TDC, principalmente por su eficacia en la reducción de intentos de autoeliminación y el consumo problemático de sustancias (GPC, 2011).

Dado lo complejo y desafiante del trastorno en la población, el malestar que produce y la inferencia en varias áreas, se considera relevante presentar una revisión bibliográfica que muestre la efectividad de la TDC como intervención terapéutica en el TLP (GPC, 2011).

## **1. Trastornos de la personalidad**

Antes de comenzar el estudio de los trastornos de la personalidad, es pertinente realizar un acercamiento a la definición de *trastorno*. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, el concepto de *trastorno* es entendido como una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional y el comportamiento de un individuo, reflejando una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (APA, 2013).

Los trastornos de la personalidad son patrones persistentes de experiencias internas, características de las conductas, estilos de pensamiento y patrones afectivos. Estos patrones se manifiestan en áreas cognitivas, emocionales, interpersonales y de control de impulsos, siendo estas las áreas comprometidas en el TLP. Los trastornos de personalidad son crónicos y generalmente se originan en la adolescencia o al inicio de la edad adulta (APA, 2013).

Es relevante mencionar que las personas que sufren de trastornos de personalidad experimentan dificultades para adaptarse a ciertas situaciones del entorno. Las estrategias de afrontamiento que emplean se encuentran notablemente restringidas. Por ejemplo, la rigidez es una característica destacada en la mayoría de los casos, evidenciando una incapacidad para adecuarse al entorno y cierta dificultad en la adaptación a la realidad y al medio, lo cual debilita la capacidad de análisis y reacción de las personas con TLP (Azpiroz y Prieto, 2011).

Theodore Millon, uno de los preeminentes exponentes en el campo de la psicología de la personalidad, se centra en comprender cómo los individuos desarrollan y expresan su personalidad a lo largo de sus vidas (Millon, 1994).

Según Millon (2006, p. 2): «La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. La personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona.

Millon (1994) plantea cómo la personalidad se desarrolla a lo largo de la vida a medida que las personas enfrentan desafíos y experiencias. Sostenía que los individuos pueden adaptarse y cambiar sus patrones de personalidad en respuesta a eventos y circunstancias.

### **1.1. Historización del término**

A modo de historización del término, en sus inicios, el TLP fue conceptualizado como la *Organización borderline de la personalidad*, una designación que se alineaba con la orientación psicoanalítica propuesta por Kernberg, (1994). En un segundo estadio, el enfoque se desplazó, en los círculos académicos, del paradigma psicoanalítico hacia una perspectiva medicalizada, describiendo el fenómeno como un síndrome descriptivo, hecho que se materializó tras la introducción del dsm-3. Este proceso condujo a la configuración actual del constructo, en el que se lo concibe como un trastorno (GPC, 2011).

Según Kernberg, los pacientes con una organización límite de la personalidad no poseen un concepto integrado de sí mismos que perdure en el tiempo, y presentan poca tolerancia al estrés y tensión debido a esa debilidad del yo y al uso de mecanismos de defensas primitivos. Es entonces donde más adelante distingue tres características básicas para definir a la organización límite: la debilidad yoica, las manifestaciones emocionales primitivas de gran intensidad y los problemas de control de impulsos (Kernberg, 1994).

Es pertinente realizar un acercamiento y discriminación diferencial de la estructura *borderline* y de los trazos de carácter narcisistas que, si bien son trastornos de la personalidad distintos, comparten algunas características comunes y superposiciones en su presentación clínica y en sus interacciones con el entorno. En la estructura *borderline* se presenta muy marcada la inestabilidad emocional, inestabilidad en las relaciones interpersonales, inseguridad en la identidad, comportamientos impulsivos y miedo al

abandono. Mientras que en los trazos de Carácter Narcisista predominan los rasgos de grandiosidad, falta de empatía, necesidad de admiración, explotación de los demás y una fragilidad del ego (APA, 2013).

Algunos de los aspectos que tienen en común ambos incluyen: la Inestabilidad emocional: Tanto las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) como aquellas con rasgos narcisistas pueden experimentar emociones intensas y volátiles, aunque la forma en que estas emociones se manifiestan y se regulan puede diferir. Son vulnerables a la crítica: A pesar de las apariencias de confianza o grandiosidad, tanto las personas con TLP como con rasgos narcisistas pueden ser sensibles a la crítica y la reacción a esta puede ser desproporcionada. Ambos grupos suelen tener dificultades en mantener relaciones interpersonales estables y satisfactorias. Mientras que en el TLP esto se manifiesta típicamente como relaciones marcadas por la idealización y la devaluación, en el narcisismo puede observarse una falta de empatía y una tendencia a explotar a los demás. Ambos tienen una necesidad de validación externa, buscando validación y reconocimiento externo para mantener su autoestima. En el TLP, esto puede manifestarse como un miedo al abandono y una necesidad desesperada de evitarlo, mientras que en el narcisismo puede ser una búsqueda constante de admiración y atención. Tienen comportamientos impulsivos: Aunque esto puede ser más prominente en el TLP, las personas con rasgos narcisistas también pueden mostrar comportamientos impulsivos, como gastos excesivos o relaciones sexuales riesgosas, especialmente cuando se sienten desafiadas o no reciben la atención que desean (APA, 2013).

Es importante destacar que, si bien existen estas similitudes, cada trastorno tiene sus propias características distintivas y debe ser evaluado y tratado de manera diferente. La comprensión de estas similitudes y diferencias puede ayudar a los profesionales de la salud mental a realizar un diagnóstico más preciso y a diseñar intervenciones terapéuticas efectivas para cada paciente.

## **1.2. Características del TLP**



El TLP se caracteriza por un patrón constante de inestabilidad en varios aspectos de la vida de una persona, incluyendo sus relaciones interpersonales, su afecto, su autoimagen

y suele estar acompañado de un control deficiente de los impulsos. Es un trastorno complejo y heterogéneo, lo que significa que se manifiesta de diferentes maneras en distintos individuos y puede variar a lo largo del tiempo en un mismo paciente. Debido a esta variabilidad en la presentación clínica, es común que este trastorno no se diagnostique con la rapidez que debería. Los síntomas pueden ser sutiles o confundirse con otras afecciones, lo que dificulta su identificación temprana. Esta demora en el diagnóstico puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de quienes lo padecen, ya que retrasa el acceso a tratamientos y el apoyo adecuado (GPC, 2011).

A continuación, se describen los elementos claves a tener en cuenta a la hora de un diagnóstico del TLP, según las directrices establecidas en el DSM-5.

Según el DSM-5 el TLP se caracteriza por:

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. 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).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013).

En síntesis, los criterios que considera el DSM-5 como más relevantes para el diagnóstico del TLP son: un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad (APA, 2013).

### **1.3. Epidemiología**

El estudio epidemiológico del TLP es especialmente complejo. Esto se debe, entre otros factores, a la diversidad de instrumentos de evaluación para identificarlo, y a una elevada comorbilidad del trastorno (GPC, 2011).

En los distintos análisis efectuados en poblaciones clínicas se observa que este trastorno presenta tasas que oscilan entre el 1 % (según el National Health and Medical Research Council en 2012) y el 2 % de la población general (Cuevas y López, 2012). La aparición de los síntomas suele ocurrir tempranamente en la vida de la mayoría de los pacientes, principalmente durante la adolescencia (Miller *et al.*, 2008).

### **1.4. Etiología**

Los factores que dan origen al TLP son complejos e indefinidos hasta la actualidad. Distintos factores podrían estar comprometidos en su etiología, por ejemplo: la vulnerabilidad

genética; la alteración de los neurotransmisores y la disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; los factores psicosociales; la desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, separación o pérdida parental (abandono), implicación parental alterada (proceso del apego) y abusos en la infancia (GPC, 2011).

Linehan (1993), en relación con los factores que dan origen al TLP, sitúa la implicación parental alterada como un factor en la génesis del TLP, e incluye las experiencias emocionales negativas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional.

Por último, el TLP es un trastorno complejo y multifacético que afecta significativamente la vida diaria y la calidad de vida de quienes lo padecen. Se trata de un síndrome diversificado y complejo, cuya delineación resulta ardua y que exhibe presentaciones clínicas y conductuales sujetas a variaciones, tanto entre individuos como en los diversos momentos de la trayectoria evolutiva de un mismo paciente (National Health and Medical Research Council, 2012).

### **1.5. Pronóstico de la enfermedad**

En relación con el pronóstico de la enfermedad, los pacientes con TLP tienen una evolución variable, tienden a la mejoría a lo largo del tiempo, y logran una cierta estabilidad a partir de la cuarta o quinta década de vida (Zanarini *et al.*, 2003).

Los pacientes con TLP presentan un nivel de desajuste emocional elevado y una dificultad para controlar las emociones, producto de una reactividad afectiva notable que se complementa con sentimientos crónicos de vacío interior y episodios de ira intensa. La dificultad radica en la regulación de dichas emociones, tanto que en algunos casos el riesgo de autolesiones y suicidio, así como la comorbilidad con otros trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad son muy altos (GPC, 2011).

A pesar de la gravedad de los síntomas, se observan mejoras significativas en la calidad de vida y en el funcionamiento de los pacientes con TLP que cuentan con un

tratamiento adecuado. La intervención temprana y el apoyo adecuado pueden marcar una diferencia significativa en su transcurso a largo plazo (GPC, 2011).

## 2. Terapia dialectico comportamental

### 2.1. Principios TDC

A modo de introducción en el campo de la psicoterapia cognitivo-conductual, según lo planteado por Hayes (2004), se identifican tres grandes generaciones u «olas». Como primera generación, a partir de la terapia comportamental tradicional (TC), inspirados en el conductismo (Skinner, Watson, entre otros). Un segundo momento denominado *cognitivo*, de enfoque cognitivo-conductual (Beck, Ellis, entre otros). Y como tercera generación surgen varios modelos que se basan en las ciencias del comportamiento, incluyendo elementos del *mindfulness* y de la filosofía dialéctica de Linehan (Linehan, 1993b). Entre la segunda y la tercera generación, surge la denominación TCC como fusión entre la terapia cognitiva y la comportamental (Hayes, 2004).

La TDC es un enfoque de tratamiento psicológico especialmente diseñado y respaldado por investigaciones para abordar el TLP. La psicóloga Marsha Linehan la desarrolló y estudió desde 1993 en la Universidad de Washington. Ésta integra diversas técnicas cognitivo-conductuales que se centran en la regulación emocional y la revisión de la realidad e incorpora conceptos como la *tolerancia a la angustia*, la *aceptación* y la *conciencia plena*, los cuales tienen sus raíces en la práctica de la meditación budista (Linehan, 1993b).

Linehan (2003) propone que la disfunción primaria en el TLP es la desregulación emocional. Desde esta perspectiva, el individuo muestra una alta vulnerabilidad emocional debido a factores biológicos que resultan en una reactividad emocional elevada y dificultades en la regulación de las emociones. El componente psicosocial clave en el modelo de Linehan es el ambiente invalidante, caracterizado por un patrón de crianza que responde de manera

inapropiada o insensible a las expresiones emocionales del individuo, incluso llegando a castigarlas. Este ambiente no reconoce ni responde adecuadamente a los problemas emocionales del niño.

A medida que la personalidad del individuo se desarrolla, en personas con TLP la inestabilidad emocional se hace más evidente, eso hace que el individuo intente de forma desadaptativa regular o controlar esta inestabilidad emocional. Ello da lugar a problemas en diversas áreas de su vida, incluyendo el comportamiento, la cognición, las relaciones interpersonales y de identidad (Linehan, 2003a).

Linehan (1993a) desarrolla la Terapia dialéctico-conductual (TDC), como un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. El objetivo principal de la TDC es enseñar al paciente a regular sus emociones.

La orientación teórica propuesta por Linehan se fundamenta en la combinación de tres enfoques principales. El primero es el enfoque conductual, en el que se consideran los procesos de aprendizaje básicos como motores para el cambio en la conducta del paciente. En segundo lugar, una filosofía dialéctica que resalta el cambio como una parte inherente de la realidad y, como tercer enfoque, la práctica de la meditación *mindfulness* (Linehan, 1993a).

El *mindfulness* tiene un papel protagonista detrás de todos los elementos de la TDC. Como concepto básico, el *mindfulness* ha sido traducido, entre otras formas, como «conciencia plena». Consiste en prestar atención al momento presente, sin juzgar, focalizando la atención en los propios pensamientos y emociones (Kabat-Zinn, 1990).

## **2.2. Estructura de la Terapia dialéctica comportamental**

La TDC en su modalidad de tratamiento incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades (Linehan, 1993a).

Linehan (1993a) organiza la TDC en torno a cinco áreas problemáticas: **disfunción emocional, comportamental, cognitiva, interpersonal e identidad**. Articula su enfoque

terapéutico alrededor de cuatro claves: terapia individual, instrucción grupal en habilidades, orientación telefónica y reuniones consultivas con el equipo terapéutico.

La premisa del enfoque radica en que los pacientes que padecen TLP presentan una carencia de conductas eficaces en su repertorio, lo que conlleva a la necesidad de adquirirlas (a través del entrenamiento), fortalecerlas (tanto en el entrenamiento como en la terapia individual) y llevarlas a la práctica de manera generalizada (en la terapia individual). A su vez, cada fase se entrelaza con las demás, formando un sistema integral que aborda los elementos esenciales para superar las dificultades emocionales y fomentar el desarrollo de habilidades vitales (Linehan, 1993a).

A continuación, se presenta una breve descripción de cada fase del proceso terapéutico planteado por Linehan (1993a) en relación con la TDC.

**La psicoterapia individual:** Esta es la base del tratamiento, en la que el terapeuta trabaja individualmente con el paciente. Aquí se exploran los problemas personales, se establecen objetivos terapéuticos y se abordan las dificultades específicas del paciente, centrándose en desarrollar habilidades para manejar las emociones intensas, mejorar la regulación emocional y abordar los comportamientos problemáticos (Linehan, 1993a).

**El entrenamiento grupal en habilidades:** Es una parte fundamental del tratamiento, los pacientes aprenden habilidades prácticas para enfrentar sus emociones intensas y las dificultades de la vida cotidiana. A través de la interacción con otros individuos que enfrentan problemas similares, se crea un ambiente de apoyo y comprensión mutua. Aquí, se enseñan técnicas concretas, como la regulación emocional, el *mindfulness*, la comunicación efectiva y la resolución de problemas, proporcionando herramientas con las que los pacientes pueden enfrentar los desafíos que se les presentan (Linehan, 1993a).

Para garantizar una continuidad y un apoyo entre las sesiones, se ofrece la **consultoría telefónica**. Esta permite a los pacientes conectarse con su terapeuta fuera del contexto de las sesiones regulares. Este se convierte en un recurso valioso para afrontar crisis inesperadas, resolver dudas y reforzar las habilidades recién aprendidas. La consultoría

telefónica refleja el compromiso del equipo terapéutico de estar disponible para el paciente, brindando apoyo en momentos cruciales (Linehan, 1993a).

Finalmente, las **reuniones de consultoría del equipo terapéutico** completan este enfoque integral. Los terapeutas se reúnen regularmente para compartir experiencias, discutir casos y ofrecer orientación. El trabajo conjunto del equipo terapéutico es esencial para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente y para abordar los desafíos que puedan surgir durante el proceso de tratamiento (Linehan, 1993a).

### **2.3. Estrategias del tratamiento**

La TDC es considerada como una terapia innovadora que aborda desafíos únicos que enfrentan las personas con TLP. En la actualidad, la TDC, tal como se ha señalado previamente, sobresale como el abordaje terapéutico, respaldado por la evidencia, más sólido para el TLP, demostrando su eficacia en la reducción de una serie de problemáticas conexas a este trastorno (Linehan, 1993a).

El enfoque integrador en la TDC combina estrategias dialécticas, centrales, estilísticas y de gestión de casos, creando un tratamiento completo y holístico. La incorporación de la dialéctica busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio, y es especialmente valiosa para las personas con TLP, ya que les ayuda a abordar los extremos y a desarrollar una mayor flexibilidad emocional (Linehan, 1993a).

Las estrategias de tratamiento en la TDC, según Linehan (1993a), se dividen en cuatro categorías distintas, cada una de las cuales desempeña un papel fundamental en el proceso terapéutico. Estas categorías son las siguientes:

**Estrategias dialécticas:** Estas estrategias reconocen y abordan la tensión inherente en el proceso terapéutico y en la vida misma. Se trata de equilibrar conceptos aparentemente opuestos para promover el cambio. Aquí se incluyen técnicas que buscan integrar la aceptación y el cambio, ayudando a los pacientes a aceptar sus circunstancias mientras



trabajan activamente en mejorarlas. La dialéctica es clave para abordar los extremos y fomentar la síntesis de perspectivas aparentemente contradictorias (Linehan, 1993a).

**Estrategias centrales:** Estas estrategias son fundamentales para abordar los síntomas centrales del TLP y otros problemas relacionados con la regulación emocional. Se centran en desarrollar habilidades para manejar las emociones intensas, las relaciones interpersonales, la tolerancia al malestar y la resolución de problemas. Incluyen técnicas de regulación emocional, *mindfulness*, habilidades de comunicación efectiva y estrategias de afrontamiento (Linehan, 1993a).

**Estrategias estilísticas:** Estas estrategias se refieren al estilo y al tono del terapeuta durante las sesiones. Es fundamental establecer una relación terapéutica colaborativa y respetuosa. Los terapeutas utilizan habilidades de validación, empatía y compromiso para crear un ambiente seguro y propicio para el cambio. La estrategia estilística también implica reforzar el trabajo conjunto entre el terapeuta y el paciente (Linehan, 1993a).

**Gestión de casos:** Esta categoría se enfoca en aspectos prácticos y organizativos del tratamiento. Incluye la consulta entre terapeutas para garantizar una supervisión y apoyo efectivos, así como la coordinación de la atención si se requieren servicios médicos o psiquiátricos adicionales. La gestión de casos asegura que los pacientes reciban un tratamiento integral y que sus necesidades sean atendidas de manera adecuada (Linehan, 1993a).

Las estrategias centrales de la TDC incluyen el desarrollo de habilidades para manejar las emociones intensas, las relaciones interpersonales, la tolerancia al malestar y la resolución de problemas, ofrecen a los pacientes herramientas concretas para afrontar los desafíos de la vida cotidiana. El enfoque estilístico cálido, empático y colaborativo del terapeuta crea un ambiente terapéutico seguro y fomenta la participación del paciente en su propio proceso de recuperación (Linehan, 1993a).

La gestión de casos es una estrategia de la TDC. Esta garantiza que los pacientes reciban una atención integral y adecuada, abordando tanto las necesidades emocionales como las prácticas. La TDC no solo se centra en la terapia individual, sino que también incluye

componentes de grupo, consultoría telefónica y la colaboración del equipo terapéutico, lo que amplía el alcance de la intervención y brinda un apoyo constante (Linehan, 1993).

Las cuatro estrategias de tratamiento en la TDC, según Linehan (1993), abordan de manera efectiva los desafíos emocionales y conductuales de los pacientes, fomentando un cambio positivo y sostenible en sus vidas. Cada categoría aporta un componente esencial al proceso terapéutico, trabajando en conjunto para lograr resultados significativos (Linehan, 1993a).

A modo de cierre de este apartado, la TDC ha demostrado ser una terapia transformadora que ofrece esperanza y un camino hacia la recuperación para aquellos que enfrentan desafíos significativos en su salud mental. Su impacto positivo en los trastornos límite de la personalidad ha consolidado a la TDC como un enfoque clínico de gran relevancia y eficacia (Linehan, 2003).

### **3. Psicología basada en la evidencia**

Resulta necesario en este apartado hacer referencia al significado de *evidencia* y definir de qué hablamos cuando decimos *psicología basada en la evidencia*.

Cuando se habla de evidencia, se coincide en que la investigación sistemática provee pruebas que son las de «mejor calidad» que puede ofrecer el actual estado de desarrollo del área de la ciencia sobre un asunto específico (Frías Navarro y Pascual Llobell, 2003).

Según la American Psychological Association (APA, 2005), la psicología basada en la evidencia busca desarrollar una práctica profesional efectiva al incorporar criterios respaldados empíricamente en todas las etapas de acción, incluyendo la evaluación, la intervención y las dinámicas terapéuticas.

## 4. Método

Se realizó una revisión bibliográfica en dos fases. En primer lugar, mediante una búsqueda en los portales Timbó, Colibrí, Science Direct y Pubmed. Esta fue realizada en inglés y español y se utilizaron combinaciones de palabras y conectores. Los términos que se utilizaron para la búsqueda fueron: *Dialectical Behavior Therapy* y *Borderline Personality disorder or BPD*; *Terapia Dialéctica Comportamental* y *Trastorno Límite de la Personalidad*; *Effectiveness or efficacy* o *Efectividad o eficacia*; *meta-analysis or systematic review* y *metaanálisis o revisión sistemática*, entre otras combinaciones. Luego, el segundo paso fue la búsqueda a través de las referencias bibliográficas de los artículos encontrados con el método anterior. Se encontraron más de 500 artículos empíricos y revisiones en una primera búsqueda (ver Figura 1).

### **Los criterios utilizados para la inclusión fueron:**

1- Artículos empíricos, metaanálisis, revisiones bibliográficas, tanto en español como en inglés, que evalúen la efectividad de la TDC en el TLP.

### **Los criterios utilizados para la exclusión fueron:**

1- No se tuvieron en cuenta artículos que no abarcaran específicamente una relación entre la TDC y el TLP.

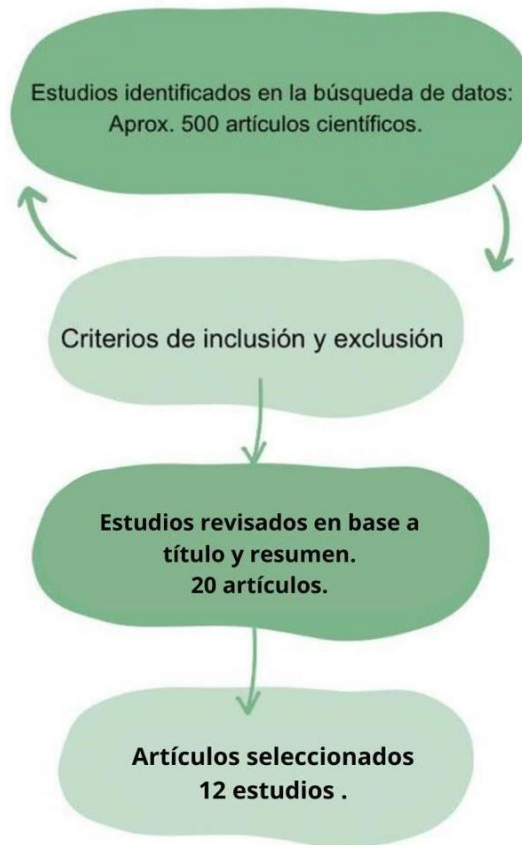
2- Idioma: los que no estuvieran en español o inglés.

3- Artículos que no fueran empíricos.

De la búsqueda bibliográfica, se obtuvieron 20 referencias a trabajar. Teniendo en cuenta los criterios antes mencionados y realizando un análisis de los textos completos, se filtraron y escogieron 12 textos empíricos con los que se trabajó. Después, se hizo un análisis completo de los textos elegidos.

## Figura 1

*Esquema de la selección de estudios*



## 5. Resultados

Los resultados que se presentan en este trabajo respaldan la efectividad de la TDC en el abordaje del TLP. Principalmente, se evidencia en la intervención una disminución significativa en los intentos de suicidio y pensamientos autodestructivos, y un mejor control del consumo de sustancias. Además, se destaca su impacto positivo en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión.

Los resultados seleccionados se detallan en la Tabla 1. En ella se desglosan las referencias, el nivel de evidencia y los resultados de los estudios empíricos seleccionados.

**Tabla 1***Estudios seleccionados para la revisión*

<b>Referencia</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Resultados/conclusiones</b>
GPC (2011)	GPC-RS	<p>Según los resultados obtenidos, se recomienda la TDC en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión y para disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico.</p> <p>También se observa una tendencia a disminuir más los niveles de ansiedad e ira.</p>
Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti (2017)	RS	<p>Se comparó la eficacia de diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento del TLP.</p> <p>Los cambios más relevantes se dan en conductas autolíticas y autolesivas, lo que lleva a una disminución tanto de los ingresos hospitalarios como de la utilización de los servicios de urgencias.</p>
De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero (2013)	AE	<p>La TDC fue la primera terapia específica para el TLP sobre la que se publicaron estudios de eficacia. Se mostró que la TDC, en comparación con el tratamiento habitual (farmacoterapia, <i>counselling</i> y atención en urgencias), reducía de forma efectiva las conductas autolesivas, las hospitalizaciones y las visitas al servicio de urgencias y aumentaba la adherencia al tratamiento.</p>

Linehan <i>et al.</i> (1991)	MA	ECA para evaluar la eficacia de la TDC. Los sujetos que recibieron terapia conductual dialéctica tuvieron menos incidencias de parasuicidios. Tenían más probabilidades de permanecer en terapia individual y menos días de internación psiquiátrica.
Cano (2021)	RS	Reducción significativa de la frecuencia y el riesgo de las conductas e intencionalidad suicidas. También una mejor adherencia al tratamiento, disminuyendo los días de internación y de la conducta autolesiva.
Cuevas y López (2012)	RS	ECA-La evidencia científica sugiere la TDC como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolesiones y el consumo de sustancias.
Chen <i>et al.</i> (2021)	MA	ECA- Efectos de la dbt sobre las conductas autodestructivas y las emociones negativas en pacientes con TLP. DBT redujo las conductas autodestructivas y alivió la depresión, pero tuvo un efecto insignificante sobre la ideación suicida y la ira.
Bohus <i>et al.</i> (2004)	AE	Programa de tratamiento hospitalario con DBT de tres meses. Resultados: Cambios significativos para el grupo DBT en 10 de 11 variables psicopatológicas y reducciones significativas en el comportamiento autoagresivo. Mejoría en psicopatología general, conductas autolesivas, disociaciones, depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal y ajuste social. No hubo mejoría significativa en los sentimientos de ira.

Axelrod <i>et al.</i> (2011)	AE	<p>Evaluar la mejora en la regulación de las emociones y examinar la relación entre las mejoras en la regulación de las emociones y los problemas de uso de sustancias después del tratamiento con DBT. Los resultados indicaron una mejor regulación de las emociones, un mejor estado de ánimo y una menor frecuencia de uso de sustancias. Además, la mejora en la regulación de las emociones, pero no la mejora del estado de ánimo explicó la variación de la disminución de la frecuencia del uso de sustancias.</p>
Verheul <i>et al.</i> (2003)	AE	<p>ECA- Comparar la efectividad de la TDC con el tratamiento habitual para pacientes con TLP. Las medidas de resultado incluyeron la retención del tratamiento y el curso de conductas impulsivas suicidas, automutilantes y autodestructivas. Mayor adhesión y mejoría en conductas autolesivas y autolíticas de la TDC.</p>
Turner (2000)	AE	<p>La TDC supuso una reducción significativa en el número de hospitalizaciones y conductas parasuicidas. Los resultados mostraron que el grupo DBT mejoró más que el grupo CCT (condición centrada en el paciente), para pacientes con TLP. En la mayoría de las medidas. La calidad de la alianza terapéutica representó una variación significativa en los resultados de los pacientes en ambos tratamientos.</p>
Haro <i>et al.</i> (2019)	AE	<p>Efectividad y aceptabilidad de una intervención de 25 sesiones basada en DBT en una muestra de 7 familiares de personas con TLP y en un contexto español. Se evaluaron los cambios pre y postratamiento en las variables agotamiento emocional, depresión, ansiedad, desregulación emocional y atención plena. Los resultados mostraron mejoras significativas en ansiedad, regulación emocional y atención plena y una buena aceptación de la intervención. Este estudio podría favorecer la implantación de intervenciones para familiares de personas con TLP.</p>

Notas. \* AE: Artículo empírico; MA: Metaanálisis; RA: Revisión sistemática; GPS: *Guía práctica clínica*.

Los resultados se muestran en la Tabla 1 y, para facilitar la comprensión de estos, se han agrupado en diferentes categorías como: revisiones sistemáticas, estudios empíricos, metaanálisis y guía práctica clínica.

Las revisiones sistemáticas mostraron la evidencia de la TDC como tratamiento eficaz en el TLP. De los resultados se desprende que es la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolesiones y el consumo de sustancias. A su vez, se observa una reducción significativa de la frecuencia y el riesgo de las conductas e intencionalidad suicidas en pacientes con TLP, como también una mejor adherencia al tratamiento, disminuyendo los días de internación. Este impacto favorable se traduce en una notable disminución de ingresos hospitalarios y la utilización de servicios de urgencias (Cuevas y López, 2012); (Cano, 2021); (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017); (GPC, 2011).

En cuanto a los estudios empíricos, se observan resultados positivos en diversas variables de la TDC en relación con el TLP, centrándose particularmente en la reducción de conductas autolíticas y autolesivas. En cuanto a la regulación de emociones y el uso de sustancias en pacientes con TLP, un estudio revela mejoras significativas en la regulación emocional, un estado de ánimo más positivo y una menor frecuencia de uso de sustancias después de recibir TDC (Axelrod *et al.*, 2011).

Incluso en el ámbito familiar, la intervención basada en TDC ha demostrado ser beneficiosa, destacando mejoras notables en la ansiedad, la regulación emocional y la atención plena, junto con una aceptación positiva de esta modalidad terapéutica por parte de los familiares (Haro *et al.*, 2019).

En la categoría de metaanálisis se llevaron a cabo estudios de caso, evaluando los efectos de la DBT sobre las conductas autodestructivas y las emociones negativas en pacientes con TLP. En general, la TDC redujo las conductas autodestructivas y alivió la



depresión, pero tuvo un efecto insignificante sobre la ideación suicida y la ira. Los sujetos que recibieron terapia conductual dialéctica tuvieron menos incidencias parasuicidas, con más probabilidades de permanecer en terapia individual y menos días de internación psiquiátrica (Chen *et al.*, 2021).

Por último, la *Guía práctica clínica* recomienda la TDC en pacientes con diagnóstico de TLP. Para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, disminución de la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico (GPC, 2011).

En relación con los artículos seleccionados en este trabajo, hay que resaltar que las intervenciones se han hecho en formato individual y grupal. En algunos casos, los artículos que incluyen evaluaciones de seguimiento postratamiento sugieren la necesidad de una investigación más exhaustiva para comprender mejor cómo intervenir de manera más eficiente y efectiva en esta población.

A modo de cierre, los diferentes autores concluyen que la TDC es un tratamiento efectivo en el TLP. En cuestión, esto resalta la necesidad de personalizar cuidadosamente cada tratamiento, reconociendo que cada paciente requiere una aproximación única y específica para su atención.

A pesar de este respaldo sólido, es imperativo reconocer la naturaleza dinámica del campo de la salud mental. La sugerencia de dirigir la investigación hacia la efectividad de otras terapias, además de la TDC, resalta la importancia de mantenerse al tanto de los desarrollos actuales. Este enfoque proactivo garantiza una comprensión completa y actualizada de las opciones terapéuticas disponibles para abordar el desafiante TLP (Cuevas y López, 2012).

## 6. Discusión

El propósito de este trabajo consistió en llevar a cabo una revisión sistemática con el fin de sintetizar la evidencia empírica disponible acerca de la efectividad de la TDC en el TLP. En este sentido, los resultados obtenidos respaldan la efectividad de la TDC en pacientes con TLP.

El TLP es una enfermedad psiquiátrica severa, A pesar de sus altos niveles de prevalencia y de sus elevadas tasas de suicidio, es un trastorno relativamente nuevo en el campo de la psicopatología, en el que aún hoy es un tema de controversia en lo relacionado a si se trata de un constructo unitario o si está formado por varios subtipos. Su diagnóstico y tratamiento son complejos debido a la heterogeneidad en su sintomatología y la elevada comorbilidad con otras enfermedades mentales (GPC, 2011).

El tratamiento implica un compromiso a largo plazo y la construcción de una sólida relación terapéutica con el paciente. El establecimiento de límites claros es fundamental, independientemente de la causa subyacente del trastorno. La prioridad es reducir las conductas de riesgo y enseñar habilidades cognitivas y conductuales que permitan a los pacientes abordar los desafíos actuales, manejar sentimientos de soledad y abandono y desarrollar conductas adaptativas en cuanto a autoaceptación y relaciones interpersonales. Validar las experiencias y decisiones de los pacientes se revela como un componente esencial en contraposición a un entorno invalidante (Cuevas y López, 2012).

Esto genera una reflexión en torno a las cuestiones a problematizar, áreas vacantes y líneas futuras de investigación. Es oportuno, entonces, mencionar la escasez de investigaciones comparativas entre tipos de psicoterapia y la disparidad en los estudios entre enfoques terapéuticos. Las razones para esta necesidad de exploración adicional radican en la diversidad de los pacientes y sus necesidades. El TLP no es un trastorno homogéneo, y las respuestas terapéuticas pueden variar significativamente entre individuos (Gunderson, 2002).

Por lo tanto, como futura investigación se podría abordar la personalización del tratamiento, considerando los diferentes perfiles de síntomas, la presencia de comorbilidades y las preferencias del paciente. Esto implica explorar la efectividad de enfoques terapéuticos alternativos y la identificación de aquellos que puedan ser más adecuados para subgrupos específicos (Cuevas y López, 2012).

En resumen, si bien la TDC ha demostrado su efectividad en el tratamiento del TLP, existe una necesidad imperante de investigaciones para explorar la efectividad de otras terapias que aborden las múltiples dimensiones y desafíos del tratamiento de este trastorno complejo. Al avanzar en estas investigaciones, se podría brindar una atención más efectiva y personalizada a las personas que padecen TLP y seguir mejorando la calidad de la atención en el campo de la salud mental (Cuevas y López, 2012).

En cuanto a los desafíos y vacíos en la investigación de la TDC en el TLP, **el tratamiento personalizado** constituye un componente crucial en la gestión efectiva del TLP. Para fortalecer este argumento, es importante abordar algunos aspectos adicionales, teniendo en cuenta, en primer lugar, la complejidad del trastorno. El TLP es conocido por su complejidad y variabilidad en los síntomas y la presentación clínica. Esta variabilidad hace que el diseño de tratamientos personalizados sea aún más crucial, ya que lo que funciona para un individuo puede no ser efectivo para otro, debido a las diferencias en la sintomatología y la historia personal (Linehan, 2003).

**La falta de protocolos estandarizados** es otro aspecto por investigar. Aunque la TDC se ha establecido como un enfoque prometedor para el tratamiento del TLP, aún existe una falta de protocolos estandarizados para adaptar la terapia de manera efectiva a las necesidades individuales de los pacientes. La investigación adicional podría centrarse en desarrollar protocolos específicos que aborden diferentes manifestaciones del TLP y consideren factores como la gravedad de los síntomas, el nivel de funcionalidad y las comorbilidades (Linehan, 2003).

A pesar de la eficacia demostrada de la TDC, esta presenta desafíos en la **implementación clínica**. Esto puede deberse a las limitaciones de recursos, a la falta de

capacitación adecuada del personal clínico y a barreras de acceso para los pacientes. Abordar estos desafíos es fundamental para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento personalizado y de alta calidad (Linehan, 2003).

Otro punto por considerar son **los aspectos éticos y culturales** al diseñar tratamientos personalizados. Las diferencias individuales en los valores, creencias y contextos culturales pueden influir en la aceptabilidad y efectividad del tratamiento. Por lo tanto, la investigación futura debe abordar cómo adaptar la TDC de manera ética y culturalmente sensible para satisfacer las necesidades de una amplia gama de pacientes (Linehan, 2003).

Es pertinente que, al expandir estos puntos, se fortalezca la importancia del tratamiento personalizado en la gestión efectiva del TLP y la necesidad de abordar los desafíos y vacíos en la investigación de la TDC en este trastorno.

Por otro lado, la pregunta fundamental reside en cómo adaptar de manera eficaz la TDC para satisfacer las necesidades específicas de cada paciente, considerando las notables diferencias individuales en síntomas y respuestas terapéuticas. La TDC desarrollada por Linehan ha revolucionado el tratamiento del TLP (Linehan, 2003).

Linehan enfatiza la necesidad de una adaptabilidad y personalización en el tratamiento del TLP. Reconoce que cada individuo tiene una experiencia única con la enfermedad, con una variedad de síntomas y respuestas terapéuticas (Linehan, 2003).

La TDC de Linehan integra componentes de modificación conductual, terapia cognitiva y *mindfulness*, proporcionando un enfoque holístico para abordar los desafíos del TLP. También destaca la importancia de la aceptación y el cambio, y enseña habilidades específicas para manejar las emociones intensas, mejorar las relaciones interpersonales y regular los comportamientos impulsivos (Linehan, 2003).

Linehan ha sido una voz influyente en la promoción de la personalización del tratamiento en el campo de la psicoterapia con su enfoque en la adaptabilidad y la flexibilidad en la TDC, por lo que es pertinente seguir en este camino hacia una adaptación más eficaz de la TDC (Linehan, 2003).

Un aspecto complementario de esta adaptabilidad es la **comorbilidad**. ¿Cómo debe ajustarse la TDC para tratar de manera efectiva las afecciones comórbidas en pacientes con TLP? Además, es importante explorar cómo la presencia de comorbilidades puede influir en la respuesta terapéutica, abriendo interrogantes fundamentales sobre la relación entre la TDC y condiciones concurrentes (Rizvi, 2003).

Una estrategia que Rizvi propone es la integración de técnicas específicas para tratar las afecciones comórbidas dentro del marco terapéutico de la TDC. Por ejemplo, si un paciente con TLP también presenta síntomas de depresión, Rizvi sugiere incorporar técnicas de terapia cognitivo-conductual para la depresión, como la identificación y la reestructuración de pensamientos negativos, así como la promoción de actividades placenteras y gratificantes para contrarrestar la anhedonia (Rizvi, 2003).

Además, Rizvi enfatiza la importancia de proporcionar un apoyo continuo y un seguimiento durante todo el proceso terapéutico. Esto implica ajustar periódicamente el plan de tratamiento para abordar las necesidades cambiantes del paciente y brindar el soporte necesario para fomentar la adherencia y el compromiso con el tratamiento (Rizvi, 2003).

Por otro lado, Linehan destaca la importancia de adaptar la TDC para tratar efectivamente las afecciones comórbidas en pacientes con TLP, mediante la integración de técnicas específicas, la colaboración activa entre el terapeuta y el paciente, y la provisión de un apoyo continuo a lo largo del proceso terapéutico. Esto subraya la necesidad de considerar las comorbilidades en el diseño y la implementación de intervenciones terapéuticas para el TLP (Linehan, 2003).

**La comparación entre enfoques terapéuticos** añade otra capa de complejidad. Dada la escasa investigación comparativa entre tipos de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicodinámica o la terapia interpersonal, surge la pregunta de cómo se pueden evaluar las ventajas relativas de la TDC en comparación con otras modalidades terapéuticas. Este vacío en la literatura destaca la necesidad de estudios que arrojen luz sobre la eficacia relativa de la TDC en relación con otros enfoques terapéuticos (Linehan, 2003).

Uno de los principales desafíos para evaluar la eficacia relativa de la TDC frente a otras formas de terapia es la variabilidad en los métodos de estudio y las medidas de resultado utilizadas en la investigación clínica. Asimismo, las diferencias en la población de pacientes, la duración y la intensidad del tratamiento, y la experiencia y la formación del terapeuta pueden influir en los resultados del estudio (Linehan, 2003).

Para abordar este vacío en la literatura, es necesario realizar estudios comparativos rigurosos que permitan una evaluación directa de la eficacia relativa de la TDC en relación con otras modalidades terapéuticas. Estos estudios deben utilizar diseños de investigación sólidos, como ensayos clínicos controlados y aleatorizados, y medidas de resultado estandarizadas y válidas para evaluar los efectos del tratamiento a largo plazo (Linehan, 2003).

Además, es importante considerar los diferentes aspectos del TLP que pueden influir en la elección de la terapia más adecuada para cada paciente, como la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades, el nivel de funcionalidad y la respuesta previa al tratamiento. Esto puede requerir un enfoque personalizado que combine elementos de diferentes modalidades terapéuticas para abordar las necesidades individuales de cada paciente de manera integral (Linehan, 2003).

**Los sesgos de selección** representan una preocupación metodológica. ¿Cómo pueden abordarse de manera efectiva los posibles sesgos de selección en los estudios que evalúan la TDC en el TLP? La respuesta a esta pregunta es vital para garantizar la validez y la generalización de los resultados a la población en general (Gunderson, 2002).

Para profundizar en esta idea, se puede considerar la obra de Gunderson (2002), un destacado experto en el campo del TLP y la TDC. Gunderson ha abordado los desafíos metodológicos y los sesgos potenciales en la investigación sobre el TLP y su tratamiento, incluyendo la TDC (Gunderson, 2002).

La preocupación por los sesgos de selección puede surgir debido a la falta de aleatorización en la asignación de pacientes a diferentes grupos de tratamiento, lo que podría

sesgar los resultados del estudio y limitar la generalización de los hallazgos (Gunderson, 2002).

Una estrategia propuesta por Gunderson para abordar estos sesgos es utilizar diseños de investigación rigurosos, como los ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA), siempre que sea posible. Estos diseños permiten asignar aleatoriamente a los pacientes a diferentes grupos de tratamiento, lo que ayuda a minimizar el sesgo de selección y mejorar la validez interna del estudio (Gunderson, 2002).

Además, Gunderson sugiere la inclusión de muestras representativas y diversificadas de pacientes en los estudios que evalúan la TDC en el TLP. Esto implica reclutar pacientes de diferentes entornos clínicos, con características demográficas y clínicas, para garantizar la representatividad de la muestra y mejorar la generalización de los resultados a la población (Gunderson, 2002).

Abordar estos desafíos y llenar estos vacíos en la investigación es esencial para mejorar la eficacia y explorar el papel de la TDC en la prevención de la transición de los trastornos de la personalidad límite en la adolescencia a una forma más crónica en la edad adulta. Esta es una línea de investigación importante para la prevención y el tratamiento temprano como también lo es en la aplicabilidad de la TDC en el tratamiento del complejo y variado espectro del TLP (McMain, 2018).

Reconocidos expertos en el tratamiento del TLP en adolescentes y en el desarrollo de la TDC, adaptada para esta población, han abordado la falta de investigación en poblaciones específicas, como los adolescentes con TLP. Enfatizan que los adolescentes con TLP enfrentan desafíos únicos debido a la interacción entre la biología en desarrollo, el contexto familiar y social, y las demandas del desarrollo normativo. Sin embargo, señalan que la investigación sobre la eficacia de la TDC en esta población sigue siendo limitada (Miller y Rathus, 2014).

Estos autores señalan la importancia de incluir muestras representativas de adolescentes en los estudios de investigación sobre el TLP y la TDC. Esto implica reclutar adolescentes de diferentes entornos clínicos, con una variedad de características

demográficas y clínicas para garantizar la generalización de los resultados a la población adolescente en general (Miller y Rathus, 2014).

Por último, se necesitan **estudios longitudinales** que evalúen la durabilidad a largo plazo de los efectos de la TDC en pacientes con TLP, lo que permitiría comprender mejor el mantenimiento de los beneficios terapéuticos (McMain, 2018).

Una destacada investigadora en el campo del TLP y la TDC ha destacado la necesidad de investigaciones que vayan más allá de los estudios de seguimiento a corto plazo y examinen la durabilidad de los efectos terapéuticos de la TDC en el tiempo. Enfatiza que comprender el mantenimiento de los beneficios terapéuticos a largo plazo es crucial para determinar la efectividad y la utilidad clínica continua de la TDC en el tratamiento del TLP (McMain, 2018).

Los estudios longitudinales permiten seguir a los pacientes durante un período prolongado de tiempo, lo que proporciona información valiosa sobre la estabilidad de los resultados del tratamiento a lo largo del tiempo. Estos estudios pueden ayudar a identificar posibles recaídas, recurrencias de síntomas o cambios en la funcionalidad del paciente después de la finalización del tratamiento (McMain, 2018).

Además, McMain subraya que los estudios longitudinales pueden ayudar a identificar los factores predictores de un mejor resultado a largo plazo en pacientes con TLP tratados con TDC. Esto incluye investigar cómo ciertas características del paciente, como la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades o la adherencia al tratamiento, pueden influir en la durabilidad de los efectos terapéuticos de la TDC (McMain, 2018).

Para concluir, abordar estas cuestiones y avanzar en estas líneas futuras de investigación es importante para fortalecer la comprensión de la eficacia de la TDC en el TLP y optimizar el tratamiento de esta población. Asimismo, enfocarse en responder las inquietudes de los profesionales de la salud mental en cuanto a cuál es la aproximación más adecuada para abordar la diversidad de síntomas y problemas que caracterizan al TLP es muy importante, como también pensar en enfoques categóricos, sugerir la adopción de una perspectiva dimensional y funcional del síntoma, centrado en el individuo. Estas últimas



dimensiones podrían constituir nuevas bases para futuras investigaciones (Cuevas y López, 2012).

## 7. Referencias bibliográficas

American Psychological Association (2005). Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology. Washington, DC: APA

Azpiroz, M. y Prieto, G. (2011). *Trastornos de la personalidad*. Psicolibros Waslala.

Axelrod, S. R., Morgan, P. T., & Morey, L. C. (2011). A comparative study of dialectical behavior therapy and psychodynamic therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(2), 101-110.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 487-499.

Burgal Juanmartí, F. y Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156. Doi: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>

Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista científica ciencias de la salud*, 3(2), 126-135. Doi: 10.53732/rccsalud/03.02.2021.126

Chen, S. Y., Cheng, Y., Zhao, W. W. y Zhang, Y. H. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(6), 1128-1139. Doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>

Cuevas, C. y López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Frías Navarro, M. y Pascual Llobell, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 11-18.

- GPC. (2011). *Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Agència d'Informació, avaluació i Qualitat en Salut.
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Ars XXI.
- Haro, M. V. N., Pérez-Hernández, N., Serrat, S. y Gasol-Colomina, M. (2019). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 23(3), 201-209. Doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta.
- Kernberg, O. F. (1994). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson.
- Linehan, M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. Doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Linehan, M. (1993a). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Press. TG.
- Linehan, M. (1993b). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford.
- Linehan, M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Paidós.

- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwatjai, W. y Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC psychiatry*, 18(1), 230. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z>
- McMain, S. (2018). Tratamiento del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: perspectivas de prevención y tratamiento temprano. En S. J. Blatt, L. A. Moreau, & S. A. Hersen (Eds.), *Psicoterapia y psicoterapeutas: Integración y diversidad en la práctica clínica* (pp. 237-256). Editorial Médica Panamericana.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J. y Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981. Doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Miller, A. L., & Rathus, J. H. (2014). Tratamiento del trastorno límite de la personalidad en adolescentes. En T. N. Crawford (Ed.), *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno límite de la personalidad en niños y adolescentes* (pp. 155-178). Springer.
- Millon, T. (1994). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. John Wiley & Sons.
- Millon, T. (2006). *Personality Disorders in Modern Life* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. National Health and Medical Research Council.
- Rizvi, S. L. (2003). Tratamiento del trastorno límite de la personalidad y las comorbilidades psiquiátricas. En J. H. Stone, M. Blouin, & M. C. Hilberman (Eds.), *Tratamiento psicofarmacológico: Estrategias y consideraciones especiales* (pp. 287-302). Guilford Press.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80052-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80052-8)

Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., de Ridder, M. A., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2003). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 927-934.