



Experiencia de aplicación de adaptación de un protocolo de Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en dos pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP)
Experience of the application of an adaptation of a Dialectical Behavior Therapy (DBT) protocol in two patients with borderline personality disorder (BPD)

María del Pilar Calderón Villegas

Laura Isabel Urrego Sandoval

Tesis de maestría presentada para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

Seleccione tipo de orientador(es): Alejandro Londoño Valencia, Magíster (MSc) en Ciencias de la Educación

Universidad de Manizales
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Maestría en Psicología Clínica
Manizales, Caldas, Colombia

2024

Cita	(Calderón Villegas y Urrego Sandoval, 2024)
Referencia	(Calderón Villegas, M. del P. y Urrego Sandoval, L. I., 2024). <i>Experiencia de aplicación de adaptación de un protocolo de Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en dos pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP)</i> [Tesis de maestría]. Universidad de Manizales. RIDUM: Repositorio Institucional Universidad de Manizales.
Estilo APA 7 (2020)	



Maestría en Psicología Clínica, IV

Grupo de Investigación Psicología Clínica y Procesos de Salud

Línea de Investigación Clínica y Psicoanálisis.

Biblioteca y Centro de Recursos: <https://biblioteca.umanizales.edu.co/>

Repositorio Institucional: <http://ridum.umanizales.edu.co/>

Universidad de Manizales: www.umanizales.edu.co

Revistas: <http://revistasum.umanizales.edu.co/>

Fondo Editorial: <https://editorialum.umanizales.edu.co/>

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Manizales ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A nuestros padres quienes motivaron el inicio y culminación satisfactoria de este proceso académico.

Agradecimientos

A nuestro asesor, MsC. Alejandro Londoño Valencia por su compromiso, orientación y aportes en el desarrollo de este proceso investigativo.

Resumen

El presente artículo de resultados de investigación tiene como objetivo presentar un estudio de caso clínico comparativo de dos pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) a los cuales se les realizó una intervención basada en la adaptación de un protocolo de Terapia Dialéctica Conductual (DBT) con el fin de observar la eficacia de este tratamiento. Se trata de un estudio de caso comparado (2 casos), con un diseño mixto de integración completa de corte cuasiexperimental y de tipo empírico. La investigación se realizó en 3 etapas: Inicial (Pretest) intervención (fases del Protocolo DBT) y final (Post Test). Según la intervención realizada, se evidencian cambios significativos en la sintomatología de los pacientes con TLP, mejorando en habilidades de regulación emocional, habilidades interpersonales y tolerancia al malestar, entre otras.

Palabras clave: trastorno límite, terapia dialéctica conductual, eficacia, protocolo, DBT, disregulación emocional.

Abstract

The present research results article aims to present a comparative clinical case study of two patients with Borderline Personality Disorder (BPD) who underwent an intervention based on the adaptation of a Dialectical Behavior Therapy (DBT) protocol in order to observe the efficacy of this treatment. This is a comparative case study (2 cases), with a mixed design of complete integration of a quasi-experimental and empirical nature. The research was carried out in 3 stages: Initial (Pretest), intervention (DBT Protocol phases) and final (Post Test). According to the intervention, significant changes are evidenced in the symptomatology of BPD patients, improving emotional regulation skills, interpersonal skills and discomfort tolerance, among others.

Keywords: borderline disorder, dialectical behavior therapy, efficacy, protocol, DBT, emotional dysregulation.

Introducción

El Trastorno Límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos de personalidad que puede tener mayor dificultad en el campo clínico para su tratamiento, y como lo reconocer la literatura revisada es uno de los trastornos más complejos en cuanto a diagnóstico y tratamiento. En la encuesta Nacional de salud Mental (2015) se reporta que la prevalencia del TLP en Colombia es del 4,6% de la población, teniendo en cuenta que puede existir un subregistro por la complejidad del cuadro y por su confusión con otros diagnósticos.

A medida que ha avanzado la investigación y rigurosidad científica se han propuesto diversas alternativas al tratamiento como la ‘Terapia de mentalización’ (Bateman & Fonagy 2004) y las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual como lo es la Terapia de esquemas de Young (1990). En la actualidad se han propuesto intervenciones que cuentan con una mirada contextual como lo es la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), creada por Lineham (2012). En los antecedentes revisados, se evidenció que no se han realizados investigaciones con protocolos basados en DBT aplicados en pacientes diagnosticados con TLP en Colombia, como tampoco estudios comparativos aplicando dicha intervención, lo cual resalta la novedad del proceso de investigación reportado en este artículo.

Los resultados de la revisión previa a la ejecución del proyecto describen que existen diversos tipos de terapias e intervenciones, pero se evidencia la complejidad del tratamiento del TLP, lo que ha permitido generar debate sobre la efectividad de los diferentes modelos de intervención que se han propuesto (Caballo, V., & Camacho, S. 2000; Caballo, V. E, et al 2004; Cuevas Yust, C., et al 2012; Vásquez-Dextre, Edgar R. 2016; Ortiz-Fernández, 2016; Font-Doménech, E. 2019; Agulleiro Cánovas, M. D. (2020) García et al, 2021; García Saiz, A & Bueno, A. 2021; Rady Ahmed et al 2021; Schaich, A et al 2021; Feliu Pardo, M J. 2023; Oviedo, G. y Muñoz, F. 2021; Crespo, E, 2022; García, K. J, 2023; Mendoza Belmares et al. 2024).

El proceso investigativo llevado a cabo, estuvo orientado a facilitar que futuros investigadores en el tema reconozcan la necesidad de aplicar un protocolo de intervención efectivo, por lo que se trabajó con una propuesta basada en DBT (Barlow, D. 2018; Regalado, & Gagliesi, 2012; Boggiano y Gagliesi, 2018) en dos casos de personas diagnosticadas con TLP y los objetivos específicos planteados consistieron, de una parte, en observar los cambios que se generan a partir de una intervención aplicando dicho protocolo basado en DBT en dos casos de

personas previamente diagnosticadas con TLP, y de otra parte, establecer las diferencias y similitudes surgidas en ambos casos a partir de esta intervención, permitiendo en última instancia, determinar el impacto del proceso sobre las manifestaciones sintomáticas de los consultantes.

Por otro lado, no se ha señalado como primera y única intervención a la DBT para pacientes con Trastorno Límite de la personalidad, sin embargo, estudios de caso encontrados dentro de la revisión realizada reportan los cambios de conducta y la calidad de vida de los pacientes (De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. 2013; Gatticelli, 2021; Prittwitz C, 2022; Orduña, O. H et al 2022; Rodríguez Aguilera, M. 2022; Gagliesi, 2009; Barnicot K, Crawford M. (2019); Rodero, M. J; Cruañes, V et al 2018; Hernández, M, 2022; Díaz Arrieta, Z. L. A. 2023; Avigliani, 2023; Sánchez, 2019 y Rodríguez Fleitas, 2017). En la misma línea, Lineham (2012) desarrolló la terapia DBT teniendo en cuenta la necesidad de entrenar en habilidades sociales para generar cambio de conductas desadaptativas, además sugiere el automonitoreo de conductas el cual se lleva a cabo mediante registro diario de paciente, que permite un control y visualización de emociones y habilidades. Así, mediante este modelo de intervención se busca asociar y recomodar los problemas comportamentales, mejorar las relaciones familiares y reestructurar los hábitos del paciente.

En la teoría biopsicosocial que propone una base sólida de la DBT (Lineham, 2012) se establece que un ambiente invalidante puede afectar la capacidad de reconocimiento y la regulación de las emociones, así como propiciar el aumento de los sentimientos de minusvalía. La DBT se enfoca en el entrenamiento de habilidades sociales y regulación emocional. Herramientas como grabaciones y videos, que permitan la formación de habilidades, el uso de estrategias como el 'Role playing' (Lineham, 2012; Ciurans J, 2021), son usados como elementos de la terapia DBT para el cambio de conductas. En el proceso de intervención, la motivación y el aprendizaje de habilidades sociales se trabajan en sesiones semanales, teniendo en cuenta el contexto y las necesidades personales, (Henderson 2012; José 2019). De este modo, la DBT mantiene un enfoque integrativo y permite influir en los contextos y la red de apoyo involucrados en el caso de un individuo.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2018) en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión 5 (DSM-5) el TLP tiene un patrón predominante de

‘inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos’, e ‘impulsividad intensa’ desde la edad adulta, entre los criterios se resaltan:

La inestabilidad emocional, alteraciones de identidad, de autoimagen y devaluación, la impulsividad a recurrir a conductas autolesivas como: (drogadicción, gastos, sexo, conducción temeraria, atracones alimenticios, comportamiento suicida o ideación acompañado de amenazas recurrentes de suicidio, (Fernández M 2017; Espinosa J, Grynberg, B & Mendoza M. 2009; Montoya Soria 2024) los cuales no se relacionan con autolesiones no suicidas, sensación crónica de vacío, inestabilidad afectiva que se debe a una reacción notable del estado de ánimo, dificultades para controlar la ira, ideas paranoides que son transitorias y se relacionan con el estrés o síntomas disociativos.

En cuanto a la evolución del término, hubo desacuerdo inicialmente para determinar una denominación estandarizada por la variabilidad del trastorno (Álvarez et al., 2021), pero Stern (1938) fue el primer autor en usar el término ‘Borderline’ en una publicación con enfoque psicoanalítico. Anteriormente se usaban distintas denominaciones como ‘carácter psicótico’ o incluso ‘Esquizofrenia ambulatoria’.

Algunos estudios de neurociencias expresan la importancia de la neurobiología del cerebro en casos de personas con TLP, pues se considera que la genética cumple un papel importante (Torgersen, 2000; Amarista, F, 2005; Aragonès, E, 2013; Sánchez, 2021). Diferentes estudios destacan la existencia de un porcentaje de coincidencia del 35% en gemelos monocigóticos y 7% en dicigóticos y que el porcentaje de heredabilidad es incluso hasta 72% (Skoglund, 2019).

De otro lado, no se precisa la relación entre factores ambientales y neurobiológicos como causales de TLP, sin embargo, es claro que factores de crianza como el maltrato (Feldman et al., 1995; Geschel, 2018; y Sánchez Garza, 2021), pueden ocasionar cambios de tipo epigenéticos en el individuo, afectando regiones cerebrales involucradas en el proceso como la corteza prefrontal, medial ventral, la corteza del cíngulo anterior, la corteza insular y la corteza amigdalina (Phan 2002), así como el sistema Límbico (Cattane 2017). En la Guía de Práctica Clínica (GPC) (2011), se ha enfatizado en la importancia de factores relacionados con la vulnerabilidad genética, alteración en los neurotransmisores, disfunción neurobiológica, factores psicosociales y proceso de apego.

En cuanto a la comorbilidad y patología dual del TLP se encuentra una relación con las autolesiones no suicidas (Boggiano & Gagliosi 2018) como lo son las cortadas como consecuencia del evento desencadenante (p. ej. luego de una ruptura amorosa) y los hábitos como la drogodependencia (Barral et al. 2020), entre otras conductas desadaptativas. Siguiendo esta idea, se ha podido comprobar una mayor eficacia de la DBT (Ellison, 2020) con respecto a otras intervenciones (Terapia de compasión CFT, Terapia cognitiva basada en Mindfulness MBCT, Terapia de aceptación y compromiso ACT) en cuanto a autolesiones no suicidas.

Dentro del ámbito innovador en investigación sobre DBT, se ha tenido en cuenta la digitalización de la terapia como una opción viable, (Alavi et al., 2021), como lo fue el estudio sobre ‘E-DBT’ aplicado mediante correos electrónicos, sin embargo, Vasiljevic et al. (2022) contradujo la idea catalogando la opción como ‘ineficiente’ proponiendo otras alternativas que permitan corroborar la eficacia de la virtualidad y la DBT.

1. Método

1.1. Diseño empleado

Se trata de un diseño mixto de integración completa, de estudio de caso comparativo en dos personas con TLP, de corte cuasiexperimental y de tipo empírico.

Hernández-Sampieri (2014) define la metodología mixta como:

(...) un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (p. 613).

Esta investigación fue revisada por el comité de bioética e investigación de la Universidad de Manizales, quienes avalaron la realización de esta en “nivel de riesgo mínimo” de acuerdo con la Resolución B430 a la intervención propuesta. El aval fue firmado a los seis (6) días del mes de junio de 2024 y quedó registrado mediante acta CBE05_2024.

El proceso de intervención inició con la firma del consentimiento informado por parte de 2 participantes, las cuales estaban dentro de los criterios de inclusión: ser mayor de edad, haber sido diagnosticado/a previamente con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), mantener un tratamiento farmacológico y no llevar tratamiento psicológico en el momento del proceso de la investigación

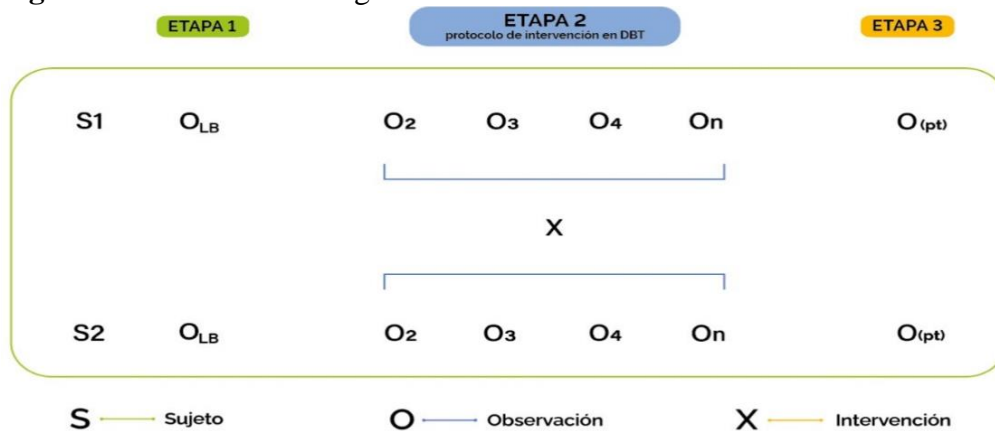
Se tuvieron en cuenta aspectos anteriormente mencionados que podrían obstaculizar la aplicación del protocolo propuesto dentro de la intervención: la falta de compromiso por parte de

los participantes hacia el proceso de intervención propuesto y el retiro o desvinculación de los participantes del proceso de intervención propuesto durante el marco del protocolo.

Aunque la intervención mantiene como objetivo general la eficacia, entendiendo la naturaleza del trastorno, los antecedentes y los criterios diagnósticos, era más probable que se presentara la falta de compromiso, el retiro o desvinculación de los participantes, lo cual constituía un riesgo para la continuidad del proceso

Se observó el comportamiento de dos individuos incluyendo variables sociales que los enmarcan registrando sus datos cualitativos y cuantitativos, así como, reconociendo las limitaciones en cuanto al control de algunas variables externas. De acuerdo con Cook y Campbell (1986), citados en Bono (2012), en la metodología cuasiexperimental hay que tener en cuenta que: "no se puede presumir que los diversos casos de tratamiento sean inicialmente equivalentes dentro de los límites del error muestral" (p. 2)., como sucede en el presente estudio, en el cual la muestra fue elegida de manera intencional.

Figura 1. Diseño de investigación.



Nota: elaboración propia.

En cuanto al concepto de adultez (Papalia, 2017) se debe tener en cuenta que la maduración del cerebro no se completa en la etapa de la adolescencia, así como, la capacidad emocional y afectiva, por lo tanto, la población seleccionada en este ciclo evolutivo permitió el abordaje teniendo en cuenta los factores de exploración y desafíos propios de la vida adulta, que definen el desarrollo de un trastorno y un diagnóstico.

El proceso de investigación tuvo las siguientes fases:

Tabla 1. Etapas de la investigación.

	Objetivo
Inicial	Evaluación inicial aplicando: DIB-R y BSL-23 Observación línea de base para iniciar la Intervención
Intervención DBT	Aplicación de una adaptación del protocolo de DBT a nivel emocional, cognitivo y comportamental. Una vez finalizada cada Fase del protocolo se aplicó el BSL-23.
Final	Observación y evaluación final con la entrevista DIB-R para observar el resultado del proceso de intervención

Nota: elaboración propia.

1.2. Instrumentos para la recolección de la información

1.2.1. Técnicas cuantitativas:

Los instrumentos que se tuvieron en cuenta son los siguientes instrumentos:

- Entrevista diagnóstica para el Trastorno límite. -revisada (DIB-R): “Es una entrevista semiestructurada compuesta por 125 ítems, La puntuación global en una escala oscila entre 0 y 10 siendo las puntuaciones iguales o superiores a 8 compatibles con el diagnóstico de TLP” J. Barrachina et al (2004), p. 295).
- BSL-23: Es un cuestionario que se utiliza para evaluar la sintomatología en el TLP, es un instrumento validado en la población española. La puntuación se da así: Los puntajes tenidos en cuenta para este instrumento son los siguientes: hasta una puntuación total de 48: estado leve TLP, 2. entre 49 y 62, estado grave TLP; 3. puntuación mayor de 63 TLP, estado muy grave.

1.2.2. Técnicas cualitativas.

Triangulación:

En cuanto a la metodología cualitativa se tendrá en cuenta el análisis fenomenológico interpretativo (AFI) para la descripción de los resultados Howit y Cramer, 2017, citados en Duque y Aristizábal Diaz- Granados (2019) que explica la metodología del análisis fenomenológico de la siguiente manera:

(...) el AFI busca generar una descripción minuciosa en profundidad de las experiencias particulares tal cual como son vividas y entendidas por una persona. Su objetivo es estudiar

un acontecimiento, pero desde la perspectiva de quien lo vive, ya que parte del supuesto de que las personas tratan de elaborar significados sobre sus experiencias (p. 4).

Se tienen en cuenta cada una de las categorías propuestas (Emociones, sentimientos, autolesiones, aprender, DBT, protocolo) para el análisis de datos en la plataforma Atlas ti. La triangulación propuesta fue entre el Protocolo de intervención para DBT y los resultados de la entrevista DIB-R lo cual nos permite identificar, las similitudes y diferencias entre pacientes.

El Atlas ti, como herramienta para el análisis de información, permite corroborar hipótesis, establecer enlaces o redes entre categorías y resolver dudas en cuanto a las similitudes o diferencias de los resultados descriptivos de cada caso particular, además es una herramienta avalada para la investigación. En Cipollone (2022) se explica la plataforma como:

Atlas Ti, más allá de ser un programa, se constituye, para el investigador, en una herramienta tecnológica que permite organizar, analizar e interpretar la cuantiosa información recogida en las investigaciones de neto corte cualitativo, como pueden ser las investigaciones relacionadas al ámbito de la investigación (...) En resumen, Atlas.Ti permite realizar el análisis cualitativo de datos con la posibilidad de identificar temas, buscar, encontrar y codificar categorías, buscar patrones y relaciones con la opción de marcarlas para que luego sirvan de eje para la realización de redes semánticas. Todo esto otorga al investigador dos beneficios: primero, que el proceso que ha iniciado se encuentra fácilmente reunido en un solo lugar (el proyecto) y, en segundo lugar, que este sea organizado y prolijo, con la posibilidad de poder visualizar, en distintas vistas y de manera integrada, lo que se ve va trabajando para facilitar así el proceso de triangulación de datos en sus diferentes formatos: texto, gráficos o multimedia (pp. 124-126).

Rodríguez Ruiz (2005, p.4), realiza una síntesis muy concreta de los pasos a seguir que propone Denzin, describiendo cada una de las fases necesarias en toda triangulación teórica:

(...)

1. En primer lugar, han de listarse todas las proposiciones teóricas en un área determinada.
2. Para cada una de las proposiciones teóricas debe elaborarse una lista de interpretaciones.
3. Es preciso determinar qué relaciones empíricas supuestas existen realmente.

4. Posteriormente se desprecian las proposiciones e interpretaciones que no resisten el contraste empírico.
5. Se seleccionan las mejores interpretaciones
6. A continuación, deben enumerarse las proposiciones contrastadas.
7. Por último, se procede a la reformulación de teorías (p.6).

Para el análisis de la información se utilizó la estrategia de triangulación, la cual de acuerdo con Stake (1999) se aplica de manera rigurosa para los estudios de casos:

Para conseguir la confirmación necesaria, para aumentar el crédito de la interpretación, para demostrar lo común de un aserto, el investigador puede utilizar cualquiera de las diversas estrategias, en este sentido para la triangulación de las fuentes de datos observamos si el fenómeno o caso sigue siendo el mismo en otros momentos, en otros espacios cuando las personas interactúan de forma diferente, la triangulación de las fuentes de datos es el esfuerzo por ver si aquello que observamos y de lo que informamos contiene el mismo significado cuando lo encontramos en otra circunstancias (p. 98).

1.3. Participantes.

Tabla 2. Presentación de los casos.

CASO A (P1)	CASO V (P2)
Edad: 21 años	Edad: 24 años
Procedencia: Manizales/Caldas/Colombia	Procedencia: Manizales/Caldas/Colombia
Sexo: Femenino	Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante Universitario	Ocupación: Desempleado
Motivo de consulta:	Motivo de consulta
<ul style="list-style-type: none"> - Textual: ‘Quiero estar más tranquila, porque siento que no sé manejar mis emociones y me siento muy extraña conmigo misma’ - Contextual: Paciente femenina de 21 años, la cual refiere iniciar tratamiento por psicología por dificultades en el manejo de emociones y aparente estado de ánimo triste. 	<ul style="list-style-type: none"> - Textual: ‘Me siento muy triste por terminar con mi pareja y me siento muy mal conmigo misma’. - Contextual: Paciente femenina de 24 años, la cual refiere iniciar tratamiento por psicología por duelo no resuelto en aparente estado de ánimo triste.

Nota: elaboración propia.

2. Resultados

Formulación de caso desde DBT

Dentro de la DBT, la teoría Biosocial juega un papel fundamental, teniendo en cuenta que a partir de ésta se hace posible explicar la etiología de la personalidad límite, dentro de la cual se presentan tanto factores de vulnerabilidad emocional como factores de ambiente invalidante (Boggiano y Gagliesi, 2018), por lo cual se hace necesario entender que las participantes A (P1) y V (P2), presentaron durante su infancia y adolescencia ambientes invalidantes y factores de vulnerabilidad emocional, así:

A (P1): Desde los 6 años, cuando se sentía triste o con rabia o con otra emoción sus padres les decían ‘no se ponga mal por eso’, ‘eso es una bobada’, entre los 7 y 13 años presento situaciones de vulnerabilidad, que la hicieron sentirse mal consigo misma y sentirse que no se encontraba en un ambiente seguro, protegido, sino que como refiere ‘me sentía sola y sentía que mis papás no estaban conmigo protegiéndome, porque tenían que hacer otras cosas’. Es importante mencionar que A (P1) desde chiquita tuvo situaciones con pares en su entorno escolar empezando a tener conductas impulsivas tales como ingesta de alimentos, momentos de rabia en los que le pegaba a las cosas, y comenzó con pensamientos autolíticos como: ‘yo no hubiera nacido, me quiero hacer daño, no le encuentro sentido a nada, me quiero matar, pero no soy capaz de hacerme daño’. La paciente refiere tener un vacío en su vida desde los 12 años, siempre ha sentido que algo falta y esto la hace tener conductas de evitación, ya que tiene como creencia ‘evito las situaciones incómodas porque es mejor que afrontarlas, no soy capaz de gestionar mis emociones, prefiero esconderlas’.

V (P2): No tuvo el cuidado de sus padres sino de una nana, comparación por parte de sus padres frente a las decisiones que tenía que tomar en algunos momentos de su vida, lo cual podría decirse generó una falta de confianza en V (P2) para tomar decisiones ya que según refiere ‘no estaba segura si las estaba tomando por mí misma o por otras personas’, poco después vino la vulnerabilidad emocional, en el sentido que comenzó a hacerse daño porque no quería ir a diferentes actividades que en su familia era obligación terminar o cumplir, y cuando se sintió frustrada y sintió mucho dolor luego de terminar una relación de pareja, la única solución que vio posible fue autolesionarse, a lo que ella refiere ‘fue una forma en la que me di cuenta que el dolor emocional se quitaba con el dolor físico y lo continué haciendo’. De acuerdo con lo anterior, se puede observar cómo diferentes experiencias en la vida de V(P2), han sido desencadenantes y le

han dado herramientas Desadaptativas para mantener los síntomas, actitudes, comportamientos y creencias de TLP.

El proceso de intervención se realizó de acuerdo con la adaptación del protocolo de intervención en Terapia Dialéctico Conductual (Boggiano y Gagliesi, 2018), el cual se presenta a continuación. Esta adaptación de protocolo consta de una etapa de pretratamiento y 3 etapas más donde se trabajan temas de conductuales, emociones, cognitivos, y el déficit en habilidades sociales.

Tabla 3. Cuadro Intervención basada en el Protocolo DBT.

ETAPA	OBJETIVOS	TAREAS	ESTRATEGIAS
PRETRATAMIENTO No. de sesiones 4	Clarificar los problemas del consultante Diseñar un plan de tratamiento	Clarificar las metas Establecer cuáles son las conductas problemas Psico educar sobre DBT Obtener compromiso de vivir	Entrevista con el consultante Generar empatía
ETAPA DEL DESCONTROL CONTROL CONDUCTUAL No. sesiones 6	Reducir las conductas impulsivas Aumentar conductas habilidosas Disminuir conductas que atentan contra la vida, contra la terapia, contra la calidad de vida	Validación Análisis en cadena Análisis de soluciones	Escuchar y observar Reflejar Expresar lo no verbalizado Registro Diario Definir la vulnerabilidad, antecedentes, evento desencadenante y refuerzos
ETAPA DE LA CALMA DESESPERADA A LA EXPERIENCIA EMOCIONAL NO ANGUSTIANTE No. sesiones 5	Tratar el estado de outsider no deseado (vergüenza, enojo, déficits interpersonales, soledad y la evitación como método de afrontamiento)	Habilidades interpersonales Resolver problemas Mantenerse en contacto con la emoción	Dear Man Mente Sabia Tolerar la emoción Aceptar la realidad

					Habilidades para la autogestión	Comprender, aceptar y reconocer la emoción, su pensamiento
						STOP
ETAPA DE LOS PROBLEMAS DE LA VIDA A LA FELICIDAD INFELICIDAD ORDINARIA.		Aumentar las habilidades para resolver los problemas y alcanzar las metas	las	Seguir trabajando en lo anterior para reforzar y mantener lo aprendido		Análisis en Cadena Ensayos conductuales Generalización de estrategias

No. de sesiones 5

Nota: Adaptación del protocolo sugerido por Boggiano & Gagliesi (2018) en *Terapia Dialectico Conductual. Introducción al Tratamiento de consultantes con Desregulación Emocional*. 1a ed. Edulp. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

La intervención se realizó en sesiones individuales, con una periodicidad semanal, y una duración de una hora aproximadamente. En ellas, se revisaba que había pasado la semana anterior, el estado de la participante. A partir de ello, se trabajó lo pertinente de acuerdo con la etapa en la que se encontraba el proceso.

2.1. Contexto del análisis cuantitativo:

Dentro del análisis cuantitativo, se evidencian en las siguientes tablas (4 y 5) las puntuaciones y evolución de A(P1) y V(P2), en las cuales, la entrevista DIB-R se muestra desde la línea de base con las puntuaciones iniciales, y los resultados del BSL-23 y la evolución gráfica de las consultantes participantes A (P1) Y V (P2), respectivamente:

Tabla 4. Evaluación DIB-R.

CASO A (P1)	
Evaluación DIB-R inicial	Evaluación DIB-R final
Puntuación de la Escala afectiva: 2	Puntuación de la Escala afectiva: 1
Puntuación de la Escala cognitiva: 5	Puntuación de la Escala cognitiva: 2

Puntuación de la Escala de patrón de conductas impulsivas: 1	Puntuación de la Escala de patrón de conductas impulsivas: 0
Puntuación de la Escala de área de relaciones interpersonales 3	Puntuación de la Escala de área de relaciones interpersonales 0
Total = 11 (línea de corte 7)	Total = 3 (línea de corte 7)

CASO V (P2)

Evaluación DIB-R inicial

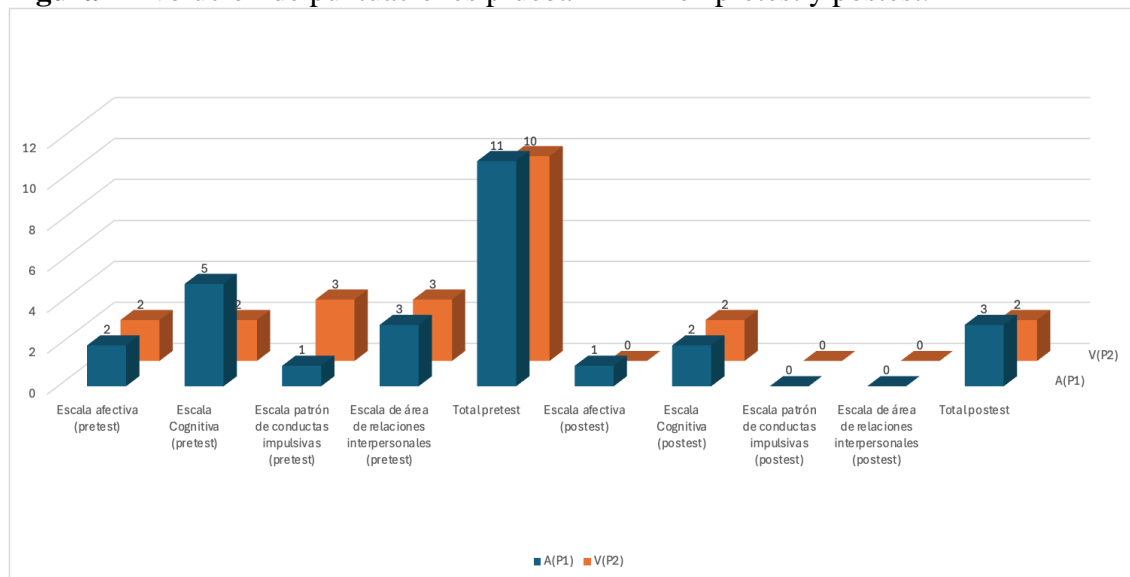
Puntuación de la Escala afectiva: 2
 Puntuación de la Escala cognitiva 2
 Puntuación de la Escala de patrón de conductas impulsivas: 3
 Puntuación de la Escala de área de relaciones interpersonales 3
 Total = 10 (línea de corte 7)

Evaluación DIB-R final

Puntuación de la Escala afectiva: 0
 Puntuación de la Escala cognitiva 2
 Puntuación de la Escala de patrón de conductas impulsivas: 0
 Puntuación de la Escala de área de relaciones interpersonales 0
 Total = 2 (línea de corte 7)

Nota: La evaluación mediante DIB-R, tiene como punto de corte para el diagnóstico y observación de la sintomatología relacionada con TLP puntuaciones iguales a 7 o mayores.

Figura 2 Evolución de puntuaciones prueba DIB-R en pretest y postest.



Fuente: elaboración propia.

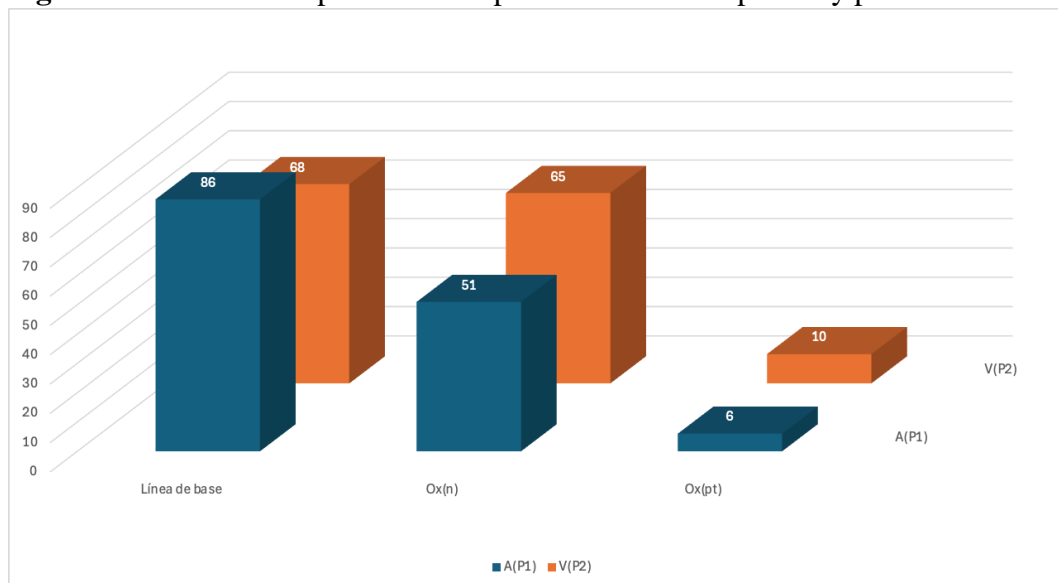
En el anterior diagrama de barras se evidencia la evolución de A (P1) y V (P2) con respecto a la prueba DIB-R, en donde inicialmente hubo un total del pretest en puntajes de (11 y 10) respectivamente alto en escalas de: (cognición, afectiva, conductas impulsivas, relaciones interpersonales) y se observa de la misma un total del post test en puntajes de (3 y 2) demostrando así una baja en cada una de las escalas.

Tabla 5. Resultados BSL-23

CASO A (P1)	
BSL-23 LINEA BASE	86
BSL-23 Ox(n)	51
BSL-23 Ox(pt)	6
CASO V (P2)	
BSL-23 LINEA BASE	68
BSL-23 Ox(n)	65
BSL-23 Ox(pt)	10

Nota: Los puntajes tenidos en cuenta para este instrumento son los siguientes: hasta una puntuación total de 48: estado leve TLP, 2. entre 49 y 62, estado grave TLP; 3. puntuación mayor de 63 TLP, estado muy grave. Convenciones: Ox(n) = observación intermedia. Ox(pt) = Observación en posttest.

Figura 3. Evolución de puntuaciones prueba BSL-23 en pretest y posttest.



Fuente: elaboración propia.

En el diagrama de barras anterior se observa la evolución de las participantes A (P1) y V(P2) teniendo como línea de base un puntaje total de 86 y 68, Ox(n) puntaje total de 51 y 65 y finalmente un puntaje total de 6 y 10 al final de la intervención del protocolo, demostrando así la

efectividad del proceso terapéutico en cuanto a la baja de puntuaciones con respecto a la línea de base en las dos participantes.

2.2. Contexto del análisis cualitativo:

El Análisis cualitativo en Atlas Ti se correlacionó de acuerdo con los objetivos específicos consistentes en observar los cambios que se generan a partir de una intervención mediante la aplicación de un protocolo basado en DBT en dos casos de personas diagnosticadas con TLP.

Establecer las diferencias y similitudes que surgen en ambos casos a partir de una intervención mediante la aplicación de un protocolo basado en DBT en dos casos de personas diagnosticadas con TLP, teniendo en cuenta: los rasgos de TLP, el contexto social y familiar, adherencia al tratamiento, factores de riesgo y características individuales de personalidad.

2.3. Documentos utilizados en el análisis de datos:

De las participantes:

- Entrevista diagnóstica
- Diario de registro emocional
- Evoluciones

De la Teoría:

- Artículo “Trastorno límite de la personalidad: Abordaje teórico e introducción a la práctica” Rodríguez- Fleitas, et al. (2018).
- Adaptación del protocolo de DBT de Boggiano & Gagliesi (2018). La adaptación es una creación propia basada en la flexibilidad de los autores citados.

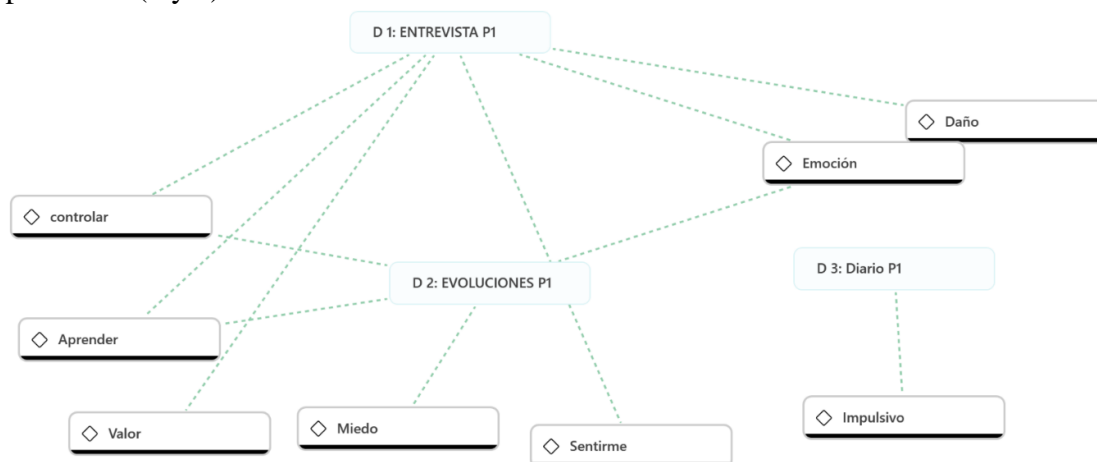
Se realizó el análisis de datos cualitativos del protocolo basado en DBT propuesto para trabajo de campo y un análisis parcial de resultados que permite conocer el proceso de adherencia al tratamiento, la relevancia de emociones y las categorías surgidas en el discurso de las participantes.

Tabla 6: Categorías principales y emergentes dentro del análisis de Atlas ti:

Categorías principales	Categorías emergentes:
Teoría DBT	Habilidades, reconocimiento, cambio de
Emociones	conducta, impulsividad, autolesiones,
Sentimientos	tristeza, ira, felicidad, asco miedo,

Pensamiento	frustración, aversión, insatisfacción,
Conducta	desprecio, culpa, inteligencia
Aprender	emocional.

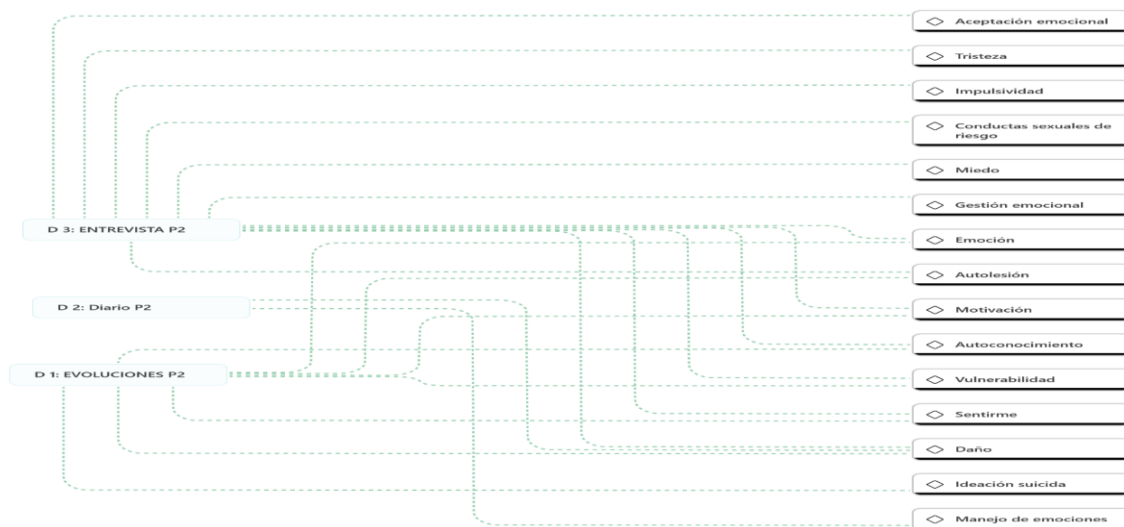
Figura 4. Representación gráfica del análisis del diálogo de A (P1) durante las primeras etapas del protocolo (1 y 2).



Fuente: Elaboración propia realizado en la plataforma Atlas Ti.

En la anterior figura se muestran los vínculos entre las emociones, el control de impulsos y los sentimientos que la P1 (A) describió en las Etapas 1 y 2 del protocolo de intervención y fases de pretratamiento, de la entrevista, las evoluciones y el registro diario emocional. El diálogo interno de P1 (A) estuvo más relacionado con el control de impulsos, las emociones y los sentimientos respecto a su malestar psicológico en la entrevista. En las evoluciones se resalta una mayor frecuencia del diálogo hacia el aprendizaje y se vincula con las emociones. En el registro diario A (P1) tuvo un diálogo interno relacionado a sus conductas impulsivas.

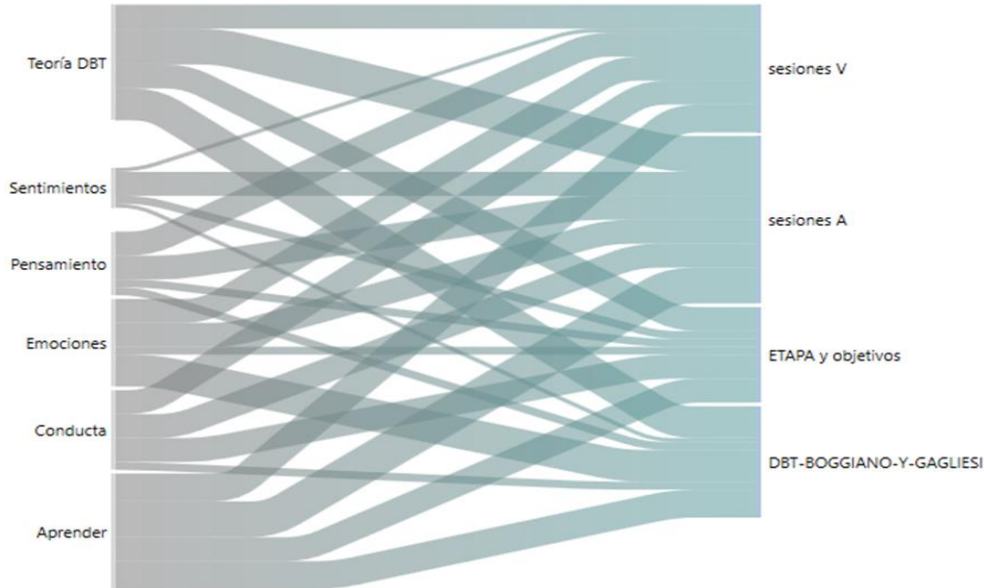
Figura 5: Representación gráfica del diálogo de V (P2) durante las primeras etapas del protocolo (1, 2)



Fuente: elaboración propia desde la plataforma Atlas Ti.

En la anterior figura se muestran una mayor relación entre las emociones, el control de impulsos y el aprendizaje con los códigos emergentes de aceptación emocional (inteligencia emocional), tristeza e impulsividad. Este análisis de diálogo surge de las etapas del protocolo de (pretratamiento, entrevista, y diario) En el registro diario muestra una vinculación hacia las autolesiones, manejo de emociones (inteligencia emocional) y sentimientos. En las evoluciones se resaltan el manejo de emociones (inteligencia emocional), impulsividad (control de impulsos) y gestión emocional (inteligencia emocional).

Figura 6: Diagrama de Sankey de la co-relación de grupos de códigos con respecto al diálogo en la evolución en A y V (P1 Y P2) durante el proceso de intervención final de las etapas del protocolo (2, 3).



Fuente: elaboración propia desde la plataforma Atlas Ti.

En el transcurso de las Etapas 1 y 2 del protocolo, se encontró que el diálogo interno de A (P1) estuvo más relacionado con el control de impulsos, las emociones y los sentimientos respecto a su malestar psicológico en la entrevista. En las evoluciones se resalta una mayor frecuencia del diálogo hacia el aprendizaje y se vincula con las emociones. En el registro diario A (P1) tuvo un diálogo interno relacionado a sus conductas impulsivas. También una mayor relación entre las emociones, el control de impulsos y el aprendizaje con respecto a: tristeza, impulsividad y en el registro diario muestra una vinculación hacia las autolesiones, manejo de emociones (inteligencia emocional), sentimientos. En las evoluciones se resaltan el manejo de emociones (inteligencia emocional), impulsividad (control de impulsos), gestión emocional (inteligencia emocional). Con respecto al proceso terapéutico de A (P1) se evidenció la falta de control de impulsos ligada a la confusión emocional, el dolor emocional y una dificultad para entender sus emociones con las autolesiones, al igual que una falta de autocontrol con respecto a las conductas impulsivas y el control emocional. El aprendizaje de A (P1) se vincula con su aceptación emocional.

En cuanto a la evolución de V (P2) su aprendizaje y autoconocimiento en si misma se pudo potenciar desde factores emocionales y con ayuda de la herramienta de la rueda de las emociones donde se evidenció un cambio en su conducta evitando más la ideación suicida, y conductas impulsivas hacia la frustración.

Al finalizar las etapas del protocolo 2 y 3, A (P1), quien en un inicio del proceso tuvo mejor adherencia al tratamiento finalmente mantuvo un balance optimo con respecto a su evolución en cuanto al aprendizaje: mejor manejo de sus emociones, apropiación de estrategias y comprensión

de su conducta y cambio de esta, demostró una buena adaptación respecto a las conductas impulsivas de tipo: autolesiones y mantuvo una frecuencia en cuanto a la asistencia de las sesiones, En cuanto a V(P2), a pesar de haber iniciado con baja adherencia al tratamiento en las primeras fases, dentro de los resultados obtenidos de las evoluciones de las etapas 2 y 3 se comprueba un aprendizaje en la terapia hacia la autocomprensión de emociones y la regulación de estas, tales como pensamientos negativos, autosabotaje, lo cual permitió que las metas propuestas se realizaran.

2.4. Interpretación de resultados descriptivos cualitativos:

1. Al analizar los datos entre los diarios, las evoluciones y las entrevistas, se evidencian emociones de tristeza, rabia, miedo y alegría que surgieron por categorías emergentes para los diálogos internos de las dos participantes: (A P1 y V P2).
2. Dentro de los discursos se evidencia una diferencia entre A (P1) y V (P2) tanto en adherencia al tratamiento como de capacidad expresiva, A (P1) fue más adherente y receptiva que V (P2) quien tuvo más evasión a la confrontación y una menor capacidad de expresión de emociones y sentimientos.
3. Según las relaciones entre códigos, las participantes han evolucionado en su aprendizaje sobre su aceptación emocional, la capacidad de autocontrol emocional y los tipos de conductas impulsivas que propician sus autolesiones y conductas de riesgo.
4. Finalmente se comprueba un cambio evidente en los signos y síntomas que se resaltaban dentro de las historias clínicas tanto de A (P1) como de V (P2). Teniendo en cuenta el análisis cualitativo, se destacan las siguientes autodenominaciones en el discurso de cada participante:

Tabla 7. Diálogo de las participantes A(P1) y V(P2) durante la última etapa del protocolo.

A (P1)	V (P2)
Lo que ha cambiado: (diálogo recopilado de las sesiones de la última etapa del protocolo)	Lo que ha cambiado: (diálogo recopilado de las sesiones de la última etapa del protocolo)
Impulsos: ‘me autocontroló’.	Motivación: ‘estoy más motivada por volver a estudiar a la universidad’
Autoestima: ‘aceptarme y quererme más’. ‘Dejar de tirarme tan duro’.	Comunicación asertiva: ‘he mejorado mi comunicación con mi pareja’
‘No ser la mamá, de mi mama y de mi hermana. No preocuparme por los problemas de otro’.	Pensamientos: ‘estoy poniendo límites con las personas a mi alrededor que me hacían algún daño, expreso lo que siento de mejor manera’
‘Aprendí a identificar mis emociones’.	
‘Manejar bien mis tiempos en el estudio’	

‘Enfrentar situaciones, tomar responsabilidad’

‘He mejorado el sentido de ver el logro’

3. Discusión

De acuerdo con las investigaciones revisadas (Lineham, 2012) la DBT resulta tener una efectividad en cuanto a los cambios en temas de impulsividad y de desregulación emocional, cuando su intervención se hace en pacientes diagnosticados con TLP. En este sentido, uno de los intereses de la investigación que se presenta en este artículo consistió en evaluar la eficacia de una intervención basada en un protocolo de DBT en dos casos de personas diagnosticadas con TLP, teniendo como resultado una evolución en la mejora de las diferentes esferas de la vida de A (P1) y V (P2), (nivel personal: cognitivo, emocional y comportamental y a nivel interpersonal).

Al finalizar el proceso se pudo evidenciar como se logró que en ambos casos se tuviera mayor control de sus impulsos. Igualmente, fue posible estructurar un repertorio diferente al de sus conductas problema, orientándose hacia soluciones y además consiguieron desarrollar habilidades interpersonales para tener una vida que “merezca la pena ser vivida” (p. 62). como lo señala el fundamento teórico de la DBT los autores del protocolo y Lineham (2012).

Dentro del proceso de intervención se pudo evidenciar que a pesar de que las participantes A (P1) y V (P2) tuvieron un inicio desequilibrado, de acuerdo con su contexto y rasgos de personalidad, como la poca adherencia al tratamiento, esta se logró con el reconocimiento por parte de A (P1) y V (P2) de sus propias vulnerabilidades y sus particularidades en su estado de ánimo, y con compromisos tanto por parte del terapeuta como de A (P1) y V (P2), en cuanto a validación y estrategias de autocontrol respectivamente.

Se evidencia una diferencia con respecto a las primeras etapas de la parte de la intervención (Pretratamiento – Etapa 1), ya que en las últimas etapas hay un progreso en las habilidades interpersonales y de gestión, mediante estrategias encontradas en el protocolo, se da un aprendizaje sobre las emociones, los sentimientos de A (P1) y V (P2), en cuanto a la forma de su gestión sin llegar a la desregulación emocional.

La adaptación del protocolo es congruente con la teoría de DBT en cuanto al cambio de conducta mediante estrategias de habilidades interpersonales, reconocimiento de las emociones, tolerancia al malestar, como también el control de impulsos en cuanto a conductas problemáticas transitando a conductas tendientes a soluciones. En este sentido las participantes mejoraron signos y síntomas, generaron aprendizajes desde la DBT

De acuerdo con lo anterior, se puede observar que las dos pacientes obtuvieron los logros esperados, consiguieron sentirse mejor, debido a la adherencia al tratamiento y no desertaron del mismo al verse involucradas en un proceso de intervención, De este modo comprendieron que su deserción podía originar un conflicto teniendo en cuenta su tipo de personalidad.

Se observa que V (P2) obtiene una mayor prevalencia en complejidad en cuanto a la intervención y en comparación con A (P1), su proceso refleja más peso en cuanto a las metas que la paciente logra en el transcurso de la intervención mediante las distintas estrategias que fue adaptando.

Dentro del proceso de investigación, específicamente en la etapa de intervención a través de la adaptación del protocolo, se presentaron algunas limitaciones asociadas, por ejemplo, con inasistencia a las consultas. Durante el proceso de intervención se notó que las participantes intentaron ser evasivas a las tareas y actividades dentro de la consulta y sesión programada, sin embargo, se pudo mantener la motivación una vez se analizaron las causas de esta forma de afrontamiento, y no se volvieron a mencionar los objetivos de la siguiente sesión, para no generar en las pacientes una posible ansiedad anticipatoria, lo que favoreció el proceso y la adherencia al tratamiento.

Durante todo el proceso de intervención por medio de la adaptación del protocolo DBT, se evidencia en A (P1) y V (P2), un cambio significativo en cuanto a la forma de narrar sus vidas y a la manera de afrontar sus conflictos y problemas, lo que da cuenta de la eficacia que la aplicación del protocolo DBT en pacientes con TLP en cuanto a obtención de habilidades personales, interpersonales, de cuidado, las cuales se lograron generalizar en los contextos de A (P1) y V (P2), y potenciar una vida con sentido.

A pesar de ser solo dos pacientes y no ser una muestra significativa se pudo comprobar la efectividad que tiene un protocolo en la Terapia Dialéctica Conductual aplicada a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Referencias

- Alavi, N., Stephenson, C., y Rivera, M. (2021). *Effectiveness of Delivering Dialectical Behavioral Therapy Techniques by Email in Patients With Borderline Personality Disorder: Nonrandomized Controlled Trial*. *JMIR mental health*, 8(4), e27308. <https://doi.org/10.2196/27308>
- Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; doi: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/810>
- Aguilleiro Cánovas, M. D. (2020). *Intervenciones basadas en terapias de tercera generación en trastornos de la conducta alimentaria* (Master's thesis). Facultad de Ciencias de la Salud y de la Educación. Madrid. <https://udimundus.udima.es/handle/20.500.12226/826>
- Aragonès, E., Salvador, L., López, J., Ferrer, M., y Piñol, J. (2013). *Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de Atención Primaria*. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Amarista, F. (2005). *La personalidad según Alberto Mateo Alonso (una concepción original)*. *Gaceta Médica de Caracas*, 113(1), 12-18. Recuperado en 30 de octubre de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000100002&lng=es&tlng=e
- American Psychiatric Assotiation (APA), (2018). *Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*, DMS-5. American Psychiatric Association. Estados Unidos.
- Avigliani, (2023). *DBT como tratamiento de primera elección para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), crónicamente suicidas y con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (CASIS)*, XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología del MERCOSUR. V encuentro de Terapia Ocupacional V encuentro de Musicoterapia. En Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-009/613>
- Barlow, D. (2018). *Manual Clínico de Trastornos psicológicos*. Tratamiento paso a paso. Manual moderno.
- Barral, C. (2019) *Caracterización clínica de los pacientes con comorbilidad de un trastorno relacionado con sustancias y un trastorno límite de personalidad*. Universitat Autònoma de Barcelona. Departamento de Psiquiatria. Barcelona.

- Barnicot, K. y Crawford, M. (2019). *Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder*. *Psychological medicine*, 49(12), 2060–2068. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., Zanarini, M. C., y Pérez Sola, V. (2004). *Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R) [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R)]*. *Actas españolas de psiquiatria*, 32(5), 293–298
- Boggiano & Gagliesi (2018). *Terapia Dialectico Conductual. Introducción al Tratamiento de consultantes con Desregulación Emocional*. 1a ed. Edulp. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Bono, (2012). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. Dípositot Digital. Universitat de Barcelona. España.
- Caballo, V., & Camacho, S. (2000). *Trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales*. *Psicología desde el Caribe*, 30-55.
- Caballo, V. E. Gracia, A., A., López, C., y Bautista, R. (2004). *El trastorno Limite de la personalidad*. Manual de Trastornos de personalidad: descripción y evaluación y tratamiento. 137- 160.
- Crespo, E. (2022). *Avances en la investigación sobre el trastorno de personalidad límite. Estudio de subtipos y su respuesta al tratamiento* (Tesis de doctorado). Universitat Jaume I) <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/675059>
- Cipollone, (2022). *Atlas.ti como recurso metodológico en investigación educativa*. (2022). *Anuario Digital De Investigación*. <https://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/adv/article/view/5280>
- Ciurans J. (2021). *La efectividad de las habilidades centrales de la terapia dialéctica conductual y los mecanismos de cambio en individuos con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática*. (Trabajo de master) Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya http://dspace.uvic.cat/bitstream/handle/10854/6887/trealu_a2021_ciurans_jaume_efectividad_habilidades_centrales_tlp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chávez León, E., Ng, B., y Ontiveros Uribe, M. P. (2006). *Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad*. *Salud Mental*, 29(5),16-24. ISSN: 0185-3325. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229503>
- Cuevas Yust, C., y López Pérez-Díaz, Á. 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.

- 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. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>)
- Díaz Arrieta, Z. L. A., Martínez Santamaria, E. B., y González Gualdrón, D. S. (2023). Una mirada al trastorno límite de la personalidad o Borderline. <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/06750658-7950-4ba1-a776-be25979464ca>
- Duque, H, y Aristizábal Díaz Granados, E. T. (2019). *Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología*. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Ellison, W. (2020). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Does the type of treatment make a difference?* *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(3), (416-428). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00224-w>
- Espinosa, J., Grynberg, B. y Mendoza, M. (2009). *Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP)*, en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212276007.pdf>
- Feliu Pardo, M J. (2023). *Efectividad de la terapia dialéctica conductual para disminuir la desregulación emocional en adultos con trastorno límite de la personalidad*. (Tesis de pregrado). Universidad de Lima. Lima-Peru <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13188>
- Fernández M. (2017). *Los confusos límites del trastorno límite*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n132/0211-5735-raen-37-132-0399.pdf>
- Font-Doménech, E. (2019). *Trastorno Límite de la personalidad: Revisión sistemática de las intervenciones TLP: Comparación de tratamientos*. *Revista de Psicoterapia*. 30(113). 197-212. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7036015>
- García, K. J. (2023). *Revisión sistemática sobre intervenciones terapéuticas basadas en evidencia que resultan eficaces en la reducción de las conductas autolesivas sin fines suicidas*. *Revista Cúpula*, 37(1), 21-46. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v37n1/03.pdf>
- García, A., Camus, A. (2021). *Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. *MLS Psychology Research* 4 (2), 71-92. <https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/704>

- García Saiz, A. y Bueno, A. (2021). *Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. *MLS Psychology Research*, 4(2). <https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i2.704>
- Gatticelli, F. (2021). *Abordaje terapéutico de una paciente con Trastorno Límite de Personalidad basado en un abordaje terapéutico Dialectico Comportamental*. Repositorio de la Universidad de Palermo. Argentina. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/2351>
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad* [Versión resumida]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- Henderson, F. (2012). *Terapia Conductual Dialéctico; Descripción general de la propuesta centrada en la aceptación incondicional*. *Revista de ciencias sociales (Cr)*. Vol. III, núm, 137. (2012). p.p. 53-64. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Hernández, M. (2022). *Eficacia de la terapia conductual dialéctica en el tratamiento del trastorno Límite de Personalidad*. (Tesis especialización) Universidad Peruana Unión. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6334/Milton_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- José, S. (2019). *Intervenciones con familiares de personas con Trastorno Limite de la personalidad basadas en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)*. ALAMOC, ED. N. 002. p. p. (5- 16). Argentina.
- Lineham, (2012). *Manual de tratamiento de los Trastornos de personalidad Limite*. (e pub), Paidós 1era. ED. España.
- Mayo, J. (2020). *Estudio de Caso en una paciente con trastorno límite de personalidad comórbido con trastorno de depresión mayor*. (Tesis maestría) Universidad del Norte. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9426/141813.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mendoza Belmares, C., Reyna Martínez, M., y González Tovar, J. (2024). *Intervención cognitivo-conductual y dialéctico-conductual en el trastorno límite de personalidad*: *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de México* 13(36), 120-144. doi:10.36677/rpsicologia.v13i36.23109.
- Ministerio de Justicia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I*. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

- Montoya Soria, (2024). *Consumo de drogas como posible desencadenante del trastorno Límite de la personalidad (TLP)*. <https://burjcdigital.urjc.es/handle/10115/33385>
- Orduña, O. H et al (2022). *Adaptation of a DBT intervention to reduce self-harm in borderline personality disorder. International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 22(3), 277-287. Retrieved from <https://login.biblioproxy.umanizales.edu.co/login?url=https://www.proquest.com?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/adaptation-dbt-intervention-reduce-self-harm/docview/2734337341/se-2>
- Oviedo, G. y Muñoz, F. (2021). *Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/343631>
- Papalia, D., Feldman R., Martorell G. (2012). *Desarrollo Humano*. Séptima edición. Editorial Mc Graw Hill editores. México.
- Prittwitz C. (2022). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso Trastorno Límite de la Personalidad*. Universidad Europea Madrid. <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2343/PRITTWITZ%20SANZ%20Clara%20Ulrike.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Regalado, P., & Gagliesi, P. (2012). *Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad*. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2),66-75. ISSN: 2250-5490. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382002>
- Rodero, M. J., Cruañes, V et al, (2018). *Terapia dialéctica comportamental en formato individual para el tratamiento del trastorno límite de personalidad: dos estudios de caso*. *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(3), 393-402.
- Rodríguez Aguilera, M. (2022). *Propuesta de intervención psicológica basada en la Terapia Dialéctico-Conductual y dirigida a la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad en pacientes con dolor crónico*. <https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/17332>
- Rodríguez- Fleitas (2018). *Trastorno Limite de la personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica*. España. <https://core.ac.uk/download/pdf/235854393.pdf>
- Rady Ahmed et al (2021) *Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy for Emotion Dysregulation in Patients with Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder*, *Current Psychiatry Research and Reviews*; 17(2) <https://dx.doi.org/10.2174/2666082217666210716130354>

- Ruiz, O. (2005). *La triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales*. Revista madrid. ISSN-e 1579-9506, N°. 31 (septiembre 2005). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1284197>
- Sánchez, J. (2021). *Neurobiología del trastorno límite de la personalidad*. Art. 1. SALME, Revista del Instituto de Salud Mental. vol. No. 16. El trastorno límite de la personalidad: el reto del manejo. México.
- Sánchez, S. (2019). *Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad desde la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)*. Repositorio Universidad de Palermo, Argentina.
- Schaich, A et al (2021). *How do patients with borderline personality disorder experience distress tolerance skills in the context of dialectical behavioral therapy A qualitativ study*. PLoS One, 16(6) doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252403>
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Segunda edición. Ediciones morata. Madrid.
- Stern, A. (1938). *Borderline group of neuroses*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489
- Stone, M. (1985). *Essential Papers of Borderline Disorders: One Hundred years at the border*. New York University Press. New York and London. doi: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=X64UCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=knight+1956+borderline&ots=In8nkr6PT6&sig=NPak02XSwhM3B9Twf4WDGQd0W8Q#v=onepage&q&f=false>
- Vasiljevic, S., Isaksson, M., Wolf-Arehult, Martina., Öster, C., Ramklint, M., Isaksson, J. (2023) *Breve capacitación en habilidades impartida por Internet basada en DBT para adultos con trastorno límite de la personalidad: un estudio de viabilidad*, Nordic Journal of Psychiatry, 77: 1, 55-64, DOI: 10.1080/08039488.2022.2055791
- Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016). *Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972016000200005&lng=es&tlng=es.
- Verdés Farran, A. (2020). *Eficàcia de la inclusió del mindfulness en la teràpia dialèctica conductual en el tractament del trastorn límit de la personalitat: una revisió sistemàtica*. <https://dspace.uvic.cat/handle/10854/6883>