



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Efectividad de la Terapia Dialéctico-Conductual como
tratamiento para el Trastorno Límite de Personalidad: Una
Revisión sistemática.

*Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy as a treatment
for Borderline Personality Disorder: A Systematic review.*

Autora

Celia Jaime Ibañez

Director

Andrés Sebastián Lombas Fouletier

Grado en Psicología

2023-2024



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Trastorno límite de personalidad.....	3
La terapia dialéctico conductual.....	5
Objetivos.....	7
Método.....	7
Criterios de elegibilidad.....	8
Procedimiento.....	8
Diagrama de flujo.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	11
Referencias.....	14
Anexo.....	20

Resumen

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por la inestabilidad emocional y las adversidades consigo mismo y con los demás, siendo comunes los intentos graves de suicidio y las conductas autolesivas. Estos comportamientos representan los principales objetivos de la terapia y complican la atención del paciente, especialmente en lo que respecta a la continuidad del tratamiento. La evidencia científica sugiere que la terapia dialéctico-conductual es la opción de tratamiento con mayor respaldo empírico para el trastorno límite de la personalidad, tanto en la atenuación de sus síntomas como en la reducción de pensamientos e intentos de suicidio y conductas autolesivas. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue proporcionar una revisión actualizada sobre la eficacia de la terapia dialéctico-conductual. Para ello, se revisó la literatura científica de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados publicados en los últimos veinte años. Los resultados de la revisión encontraron evidencia de la eficacia, mostrando una reducción significativa de algunos de los síntomas del trastorno, así como de las autolesiones y los intentos de suicidio. Aunque prometedor, destaca la necesidad de realizar más investigaciones para examinar la eficacia a largo plazo de la terapia dialéctico-conductual en esta población.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctico conductual, suicidio, conductas autolesivas, autolesión no suicida.

Abstract

Borderline personality disorder is characterized by emotional instability and adversity with self and others, with severe suicide attempts and self-injurious behaviors being common. These behaviors represent the main targets of therapy and complicate patient care, especially with regard to continuity of treatment. Scientific evidence suggests that dialectical-behavioral therapy is the most empirically supported treatment option for borderline personality disorder, both in attenuating its symptoms and in reducing suicidal thoughts and attempts and self-injurious behaviors. Therefore, the aim of the present paper is to provide an updated review on the efficacy of dialectical-behavioral therapy based on eight randomized controlled clinical trials. The results showed a significant reduction in some of the symptoms of the disorder, as well as in self-harm and suicide attempts. Although promising, it highlights the need for further research to examine the long-term efficacy of dialectical-behavioral therapy in this population.

Key words: borderline personality disorder, dialectical behavioral therapy, suicidality, self-injurious behaviors, non-suicidal self-injury.

Introducción

Trastorno límite de personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP), a su vez conocido como borderline, limítrofe o fronterizo (Fernández-Guerrero, 2017) emerge dentro del marco del psicoanálisis. Stern fue el primer autor en utilizar este término en 1938, aunque fue Pinel en 1801 quien hizo constatar la sintomatología compatible con TLP, quien la llamó “manie sans délire”. Desde la perspectiva psicoanalítica el trastorno se hallaría entre la neurosis y la psicosis, pero desde la visión biológica se clasifica dentro de los trastornos afectivos (García López et al., 2010).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), los síntomas característicos del TLP engloban un patrón principal de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de las emociones, con gran impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y se encuentra presente en una variedad de situaciones.

Es necesario resaltar que algunas de las personas con este trastorno presentan sólo algunos síntomas, mientras que otras experimentan más síntomas. En algunos casos, el trastorno va acompañado de síntomas disociativos y alteraciones de la percepción sensorial. Normalmente, los primeros síntomas van apareciendo en la adolescencia. Empiezan con una crisis de inestabilidad emocional y de identidad, la cual precede a sus primeras conductas autolesivas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Cano, 2021).

El TLP presenta una variación significativa en su caso clínico. La inestabilidad crónica se observa a menudo en la edad adulta y se asocia a una falta de control emocional e impulsivo y a un alto uso de las instituciones de salud mental. El deterioro y el riesgo de suicidio va disminuyendo con la edad, siendo más pronunciado en los adultos jóvenes. Es muy probable que aquellos que buscan intervención terapéutica experimenten mejoras, mayoritariamente en el primer año de tratamiento. Si bien es cierto que las personas que padecen este trastorno a lo largo de sus vidas experimentan ciertas propensiones hacia las emociones intensas y el comportamiento impulsivo, la estabilidad en las relaciones y el funcionamiento ocupacional tienden a una mejoría entre los 30 y los 40 años. Estudios longitudinales han demostrado que aproximadamente la mitad de los pacientes ambulatorios ya no cumplen todos los criterios para el TLP tras unos 10 años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los pacientes diagnosticados con TLP a menudo experimentan graves deterioros en el funcionamiento psicosocial. Este deterioro funcional o psicosocial hace alusión a la incapacidad de desempeñar funciones (Organización Mundial de la Salud, 2001) que incluyen dificultades en el trabajo, el colegio y las relaciones interpersonales relacionados con la discapacidad o exacerbados por ella (Üstün y Kennedy, 2009).

Realmente, se trata de la manifestación de este gran deterioro lo que es característico del TLP (Lieb et al., 2004). Los deterioros psicosociales, en especial la disfunción interpersonal, se mantienen estables en el tiempo (Skodol et al., 2005) y suelen persistir tras haber finalizado el tratamiento (McMain et al., 2012).

Muchas de las conductas disfuncionales o impulsivas que ocurren en personas con TLP (por ejemplo, intentos de suicidio, autolesiones no suicidas, o el uso de drogas) surgen debido a los intentos de regular las emociones y las consecuencias de sus intensas respuestas emocionales (Brown et al., 2002, Linehan, 1993, Trull et al., 2000). Además, existen una serie de relaciones entre entornos invalidantes, experiencias traumáticas durante la infancia y la disposición temperamental con el desarrollo del TLP (Kuo et al., 2015; Raven, 2009).

Tras establecer los síntomas del TLP, es necesario comprender que cuenta con numerosas comorbilidades. Según una revisión narrativa de Sadek (2024), estos incluyen trastornos alimentarios, de depresión, del estado de ánimo, de consumo de sustancias o de ansiedad (Shah et al., 2023; Grant et al., 2008). Estudios longitudinales demuestran que existe una interconexión entre algunos de los síntomas del TLP como la soledad, la desregulación de identidad, afectiva, y la impulsividad (Richetin et al., 2017). Estas últimas fueron reconocidas en los estudios de Peters et al. (2016) como predictoras del inicio de las autolesiones no suicidas (ANS).

Respecto a la prevalencia del TLP, se estima que se encuentra entre el 0,72% y el 3,2% de la población adulta. La prevalencia puntual del TLP es del 1% en entornos ambulatorios pero aumenta hasta el 22% en entornos clínicos hospitalarios (Ellison et al., 2018). El TLP es considerado como el más común de todos los trastornos de personalidad (TP). Se estima que la prevalencia del TLP es aproximadamente del 11% en pacientes ambulatorios y del 75% en pacientes hospitalizados con conducta suicida (Zimmerman y Balling, 2001; Sadek, 2024)

El TLP se presenta en mayor proporción en mujeres (aproximadamente el 75%; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Suele ser más común en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles inferiores de educación. Con mayores probabilidades de utilizar el sistema de atención médico (Sadek, 2024).

El origen de los tratamientos que existen para el TLP se remontan a los años anteriores a 2011 en los que una serie de psicoterapias especializadas (la Terapia Dialéctico Conductual; TDC, el Tratamiento basado en la Mentalización; MBT, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia; TFP, la Terapia de Esquemas; SFT, y el entrenamiento en sistemas para la predictibilidad emocional y la resolución de problemas; STEPPS) se introdujeron en la escena clínica como tratamientos basados en evidencia para el TLP (Storebø et al., 2020). La popularización de estos tratamientos basados en evidencia intensiva ha cambiado la percepción general de que el TLP es una enfermedad que muy difícilmente se puede tratar. Si bien es cierto que cada enfoque cuenta con sus propias fortalezas y debilidades, evaluar su eficacia resulta complicado por la complejidad del TLP, los problemas clínicos asociados y la intensa duración de su tratamiento. Al seleccionar los tratamientos a aplicar, es fundamental considerar las diferencias entre los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades y circunstancias.

La terapia dialéctico conductual

La TDC surgió en la década de 1980, tras las investigaciones de Marsha Linehan y sus colaboradores en la Universidad de Washington. En un primer momento, Linehan y su equipo trataron a pacientes con alto riesgo suicida y múltiples conductas autolesivas, los cuales fueron clasificados más tarde como TLP. Estas técnicas conductuales fueron efectivas para algunos pacientes, mientras otros abandonaron el tratamiento al sentirse incomprendidos y criticados. Con la finalidad de evitar estos abandonos, el enfoque de la TDC cambió. El principal énfasis de esta terapia pasó a centrarse en la aceptación del trastorno, asumiendo así un enfoque en el cual los pacientes no eran juzgados y se aceptaban tal como eran, con sus problemas, riesgos y ritmo de recuperación. Este cambio llevó al desarrollo de distintos manuales sobre la TDC en 1993 (Vásquez-Dextre, 2016).

La TDC se fundamenta en dos aspectos: el mindfulness y la validación de la experiencia. El mindfulness es una práctica meditativa que tiene sus raíces en las enseñanzas budistas Theravāda. En la TDC, el mindfulness enseña a los pacientes a estar presentes y aceptar sus experiencias sin juzgarlas (del Cid & Pérez, 2006). Por otra parte, la validación de la experiencia es una estrategia clínica en la que el terapeuta reconoce el valor de las respuestas emocionales que experimentan los pacientes ante un estímulo determinado (Linehan, 1993; Vásquez-Dextre, 2016). Cuando un terapeuta sólo se preocupa por el cambio conductual, el paciente puede sentirse inadecuado y, de esa manera, dificultar el

trabajo terapéutico. Por el contrario, cuando el terapeuta reconoce y valida la experiencia del paciente hace que el cambio sea más fácil y más probable.

Esta terapia se basa en la Teoría Biosocial de Linehan (1993), en la cual se ven los problemas conductuales como resultado de la desregulación emocional, en la que influyen la vulnerabilidad psicológica y el ambiente invalidante. A pesar de tener un Protocolo de Suicidio y contar con instrumentos para su evaluación, la TDC no se centra exclusivamente en la prevención de éste. Su objetivo principal es el bienestar de las personas y el conseguir en ellas una vida que merezca ser vivida. Para esto, el paciente debe cooperar e integrar en su repertorio diario, habilidades de regulación emocional y conductual (Linehan et al., 2002).

La terapia TDC cuenta con cinco componentes. En primer lugar, un grupo de **entrenamiento específico en habilidades** el cual tiene como objetivo permitir a los pacientes realizar acciones efectivas en una variedad de situaciones ambientales, entendiendo por acciones efectivas aquellas que minimizan los efectos negativos y producen los máximos resultados positivos.

En segundo lugar, la **terapia individual**, la cual permite a los individuos descubrir las habilidades que han aprendido para afrontar y responder a las crisis (Vega y Sánchez Quintero, 2013). El entrenamiento de habilidades se lleva a cabo en un entorno grupal y también puede ser realizado por un terapeuta diferente del terapeuta que realiza la psicoterapia individual.

En tercer lugar, el **asesoramiento o coaching telefónico** es una herramienta que conecta a los pacientes con su terapeuta entre sesiones, establece reglas y horarios consistentes y trata de disminuir las conductas suicidas y desadaptativas (Lencioni y Gagliesi, 2008).

El cuarto componente de la TDC es la **terapia de familiares o allegados**. Son sesiones dirigidas a los familiares o allegados del paciente. Les proporciona psicoeducación, apoyo y otras habilidades para el manejo de las crisis del paciente (Apfelbaum y Gagliesi, 2004).

Por último, se realizan reuniones **de supervisión de equipo** en las cuales se discuten casos complejos entre terapeutas. Esto hace que se evite el burnout y se atienda de manera integral al paciente (Serrani, 2011).

Como se ha comentado anteriormente, son varias las terapias que se han desarrollado para el tratamiento del TLP. Y si bien estas terapias presentan ciertos niveles de eficacia, es la TDC la que destaca por su amplia evidencia científica (Díaz Curiel, 2001). Así por ejemplo, ha demostrado ser efectiva en la reducción de conductas autolesivas, ideación suicida, hospitalizaciones y visitas a servicios de emergencia (Vásquez-Dextre, 2016). Además, la TDC ha mostrado resultados prometedores en poblaciones con TLP y comorbilidades, como adolescentes con síntomas del trastorno y otras condiciones psiquiátricas (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017).

Objetivo

Realizar una revisión sistemática de la literatura reciente sobre la eficacia de la TDC en el tratamiento del TLP para tratar de determinar si esta reduce los intentos de suicidio, los pensamientos suicidas, las conductas autolíticas o autolesivas así como la mejora de su sintomatología.

Objetivos específicos

1. Identificar estudios que evalúen el uso de la TDC en el tratamiento del TLP en poblaciones adolescentes y adultas.
2. Analizar la efectividad de la TDC en la reducción de conductas autolesivas y en la prevención de intentos suicidas en pacientes diagnosticados como TLP.
3. Comparar los resultados y eficacia de la TDC con otros tratamientos, modalidades o intervenciones para el TLP en cuanto a la reducción de conductas autolesivas/autolíticas y los intentos de suicidio y/o ideación suicida.

Método

Se llevó a cabo la búsqueda de artículos relacionados con el TLP, con relación a la TDC. La revisión bibliográfica de la información encontrada se realizó durante los meses de enero a junio de 2024, incluyendo los últimos 20 años, es decir, desde 2004 a 2024. Las búsquedas se realizaron en el repertorio de datos Alcorze de la Universidad de Zaragoza, contando con una amplia recolección de datos en Scopus, PubMed, PsycNET, y también en bases de datos como Dialnet o ScienceDirect.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión que se utilizaron para la búsqueda fueron los siguientes: (1) Ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA). (2) Estudios en los que los pacientes estuviesen diagnosticados con TLP utilizando criterios diagnósticos estándar (DSM-III, DSM-IV o DSM-V). (4) Diferentes modalidades de DBT (con gestión de casos, DBT estándar, con entrenamiento en habilidades) (5) Artículos publicados entre 2004 y 2024.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (1) Estudios cuyos textos están escritos en un idioma diferente al inglés o el español. (2) Participantes que cumplan los criterios de (DSM-III, DSM-IV o DSM-V) de trastorno psicótico, y trastorno de bipolaridad o demencia. (3) Estudios consistentes en revisiones, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Procedimiento

Esta revisión ha seguido el protocolo PRISMA, el cual sirve como guía de revisiones sistemáticas y meta-análisis. El protocolo cuenta con una lista de veintisiete ítems, fundamentales para una exhaustiva y detallada revisión sistemática (Page et al., 2021).

Los descriptores principales para la búsqueda fueron: *trastorno límite de personalidad, terapia dialéctica conductual, suicidio, conductas autolesivas-autolíticas, ideación suicida, autolesiones no suicidas, dialectical behavior therapy, DBT, borderline personality disorder, BPD, suicide attemp, self-harm, self-injuries, Non-Suicidal Self-Injury*.

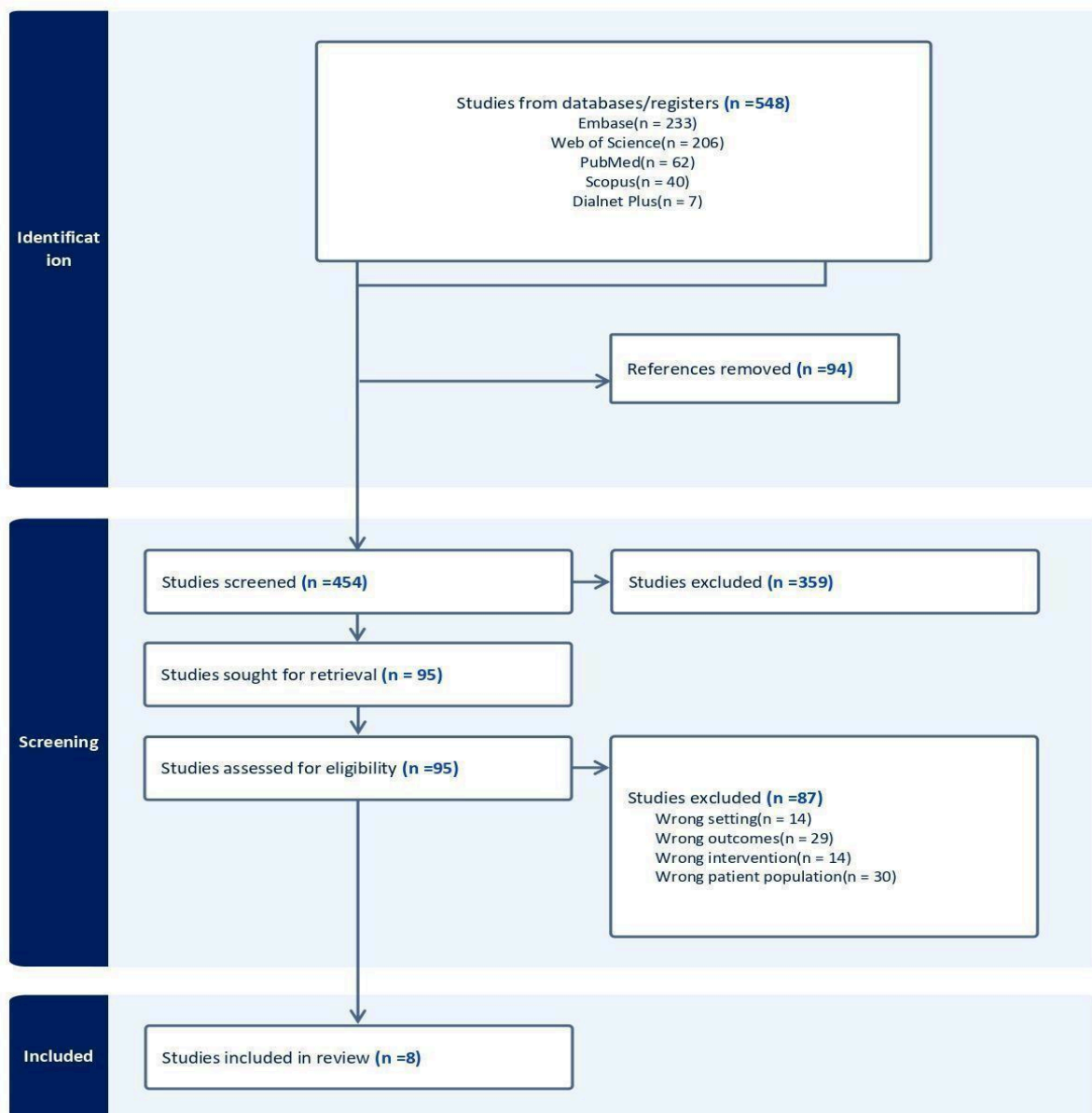
Las combinaciones empleadas fueron: "borderline personality disorder OR BPD" AND "Dialectical Behavior Therapy OR DBT" AND "suicide attempt" OR "self-injuries" OR "self harm" OR "Non-suicidal self-injury OR NSSI". En castellano se utilizaron los siguientes términos: "trastorno límite de personalidad OR TLP" AND "terapia dialéctica conductual OR TDC" AND "conductas suicidas OR ideación suicida OR conductas autolesivas OR autolesiones".

La búsqueda dio lugar a 548 resultados, de los cuales 233 pertenecían a Embase, 206 a Web of Science, 62 a PubMed, 40 a Scopus y 7 a Dialnet Plus. Tras eliminar los artículos duplicados, quedaron 454 de los cuales 359 fueron excluidos tanto por la lectura principal del título como por la inaccesibilidad del texto completo, quedando un total de 95 artículos. De este total, se realizó un cribado teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión citados anteriormente. Para ello se atendió al resumen, palabras clave y posteriormente al texto completo. El resultado de este trabajo condujo a la exclusión de 87 artículos, y por tanto, la selección final fue de 8 artículos.

Seguidamente, se presenta en un diagrama de flujo estilo PRISMA la recolección de datos, desde las bases utilizadas, los artículos duplicados, la secuencia empleada hasta los estudios finales seleccionados.

Figura

Diagrama de flujo PRISMA mostrando el proceso de identificación de los estudios incluidos.



Resultados

Los ocho estudios recogidos en la presente revisión fueron todos ECA. Se realizó una tabla en la que se describen las características de los estudios, situada en el Anexo por limitaciones de espacio. En los estudios se emplearon distintas intervenciones como un entrenamiento en habilidades sin terapia individual (DBT-S) y una terapia individual sin entrenamiento de habilidades (DBT-I). Un Tratamiento Comunitario por Expertos (CTBE), diseñado para maximizar la validez interna, controlando variables como la disponibilidad del tratamiento, las horas de terapia individual que se administran y las características del terapeuta. Un tratamiento habitual (TAU), donde los participantes cuentan con el tratamiento estándar disponible de su comunidad y una Terapia de Validación Comprensiva de 12 pasos (CVT + 12 Step). También se propone la TDC de “paso a paso” (Step-Down DBT) que combina 3 meses de TDC residencial con otros 6 de TDC ambulatoria y que incluye terapia de grupo semanal y mindfulness. En último lugar se utilizó un protocolo de exposición prolongada para TEPT (DBT PE) el cual trata de mejorar el tratamiento del TEPT en pacientes con comportamientos autolesivos severos.

En los grupos experimentales encontramos cuatro estudios (Linehan et al., 2015; Neacsiu et al., 2010; McMain et al., 2017; Krantz et al., 2018). Los otros cuatro estudios se encargaron de utilizar TDC en su forma completa, integral o bien combinada con otras terapias (Linehan et al., 2006; Van den Bosch et al., 2005; Sinnaeve et al., 2018; Harned et al., 2014).

El tamaño muestral de los estudios fue de entorno a 90 participantes, el total de individuos en los estudios fue de 581. De estos, el 79.1% eran mujeres con TLP y comportamientos lesivos o suicidas. La edad promedio de los participantes fue de 29.3 años, la mayor parte de los estudios cuentan con adultos jóvenes como participantes aunque en los criterios la muestra puede incluir una variación entre los 18-60 años. En las muestras de varios estudios se encontraron comorbilidades. Los estudios de Neacsiu et al. (2010) y McMain et al. (2017) incluyeron a mujeres con TLP que a la vez presentaban un trastorno depresivo, problemas de abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático (TEPT), fobia social o trastorno de pánico. Van den Bosch et al. (2005) y Harned et al. (2014) también contaron con muestras de participantes con TLP junto con abuso de sustancias y TEPT, respectivamente.

Se evaluaron múltiples variables, algunas comunes en varios estudios. Se midió la depresión (Linehan et al., 2015; Linehan et al., 2006; Neacsiu et al., 2010; Harned et al., 2014) utilizando diferentes medidas como la *Escala de Evaluación de Hamilton para la*

Depresión o HRSD. Con una menor frecuencia, en algunos estudios también fue medida la ansiedad (McMain et al., 2018; Harned et al., 2014).

Una de las variables más evaluadas en los distintos estudios fue las autolesiones no suicidas evaluadas mayoritariamente usando la *Entrevista de Intento de Suicidio y Autolesión o SASII*. (Linehan et al., 2015; Linehan et al., 2006; Neacsiu et al. 2010, Sinnaeve et al., 2018; McMain et al., 2018; Krantz et al., 2014; Harned et al., 2014). También se midió el uso de los servicios de salud, tanto las visitas a emergencias como las hospitalizaciones. (McMain et al., 2018; Van den Bosch et al., 2005).

Las habilidades de afrontamiento, como la regulación emocional, el mindfulness o la tolerancia a la angustia se consideraron en algunos estudios usando cuestionarios específicos como el *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills o KIMS* (McMain et al., 2018; Krantz et al., 2014). Harned y colaboradores (2014) tuvieron en cuenta también otras variables más específicas como la vergüenza, el trauma o el bienestar general.

Respecto al seguimiento de las intervenciones, algunos estudios evaluaron el tratamiento en un año (Linehan et al., 2015; Linehan et al., 2006). Otros (Van den Bosch et al., 2005; Sinnaeve et al., 2018) lo tuvieron en cuenta después de 6 meses del tratamiento y trimestralmente o bien midiendo los resultados durante 10, 20 y 32 semanas como McMain et al. (2017). También se midieron los resultados durante y después del tratamiento propuesto (Harned et al., 2014; McMain et al., 2018).

Discusión

En general, se puede afirmar que los resultados obtenidos en los estudios son positivos. Al contar con ECA, se ha podido valorar la eficacia de la TDC en la reducción de conductas suicidas y autolesivas en pacientes diagnosticados con TLP. Esta eficacia es visible tanto en estudios donde se examina la TDC en relación con otros tratamientos como en estudios donde se compara con un grupo de control en lista de espera.

La TDC es la psicoterapia más estudiada cuyos resultados han sido replicados numerosas veces. Es considerada una metodología firme y estructurada para considerar su eficacia en el tiempo y la influencia de variables alternas que estén involucradas en el proceso terapéutico.

Algunos estudios intentaron determinar qué componentes de la TDC eran más eficaces en el tratamiento de este trastorno. Por ejemplo, Linehan et al. (2015) encontraron evidencia en que la TDC estándar y la TDC con casos y entrenamiento de habilidades resultan ser más eficaces y se asociaban a unas tasas más bajas de autolesión, ansiedad y

depresión respecto a la DBT-I, terapia individual sin entrenamiento de habilidades. A su vez, otros estudios también respaldan la evidencia del entrenamiento de habilidades para la mejora de la regulación emocional y la reducción de frecuencia de ANS (Krantz et al., 2018; McMain et al., 2017; Neacsiu et al., 2010). En términos generales, la mejora de las habilidades de mindfulness, en particular la aceptación sin prejuicios, parece tener un impacto significativo en algunos resultados del tratamiento para los pacientes con TLP sometidos a TDC. Esto puede resultar del hecho de que esta aceptación ayuda a las personas a afrontar la vergüenza y reduce su tendencia a actuar con prejuicios con el fin de evitar manifestaciones como el daño autoinfligido.

Desde el enfoque de la salud pública, Linehan et al. (2006) destacaron la eficacia de la TDC con respecto a la adherencia del tratamiento y registraron menos hospitalizaciones psiquiátricas y menos visitas al departamento de emergencias. La TDC mejora la calidad de vida de las personas con TLP y optimiza el trabajo por parte de los equipos profesionales de salud mental. Los dos métodos de TDC (terapia individual y terapia de grupo) promueven el desarrollo de habilidades psicosociales y motivacionales y dan lugar a un comportamiento adaptativo y funcional (Linehan et al., 2015).

Si comparamos la TDC con otros tratamientos, el estudio de Linehan et al. (2006) muestra que la TDC es superior a la CTBE para reducir las tasas de intentos de suicidio y reducir la utilización de los servicios de emergencia. De igual manera, Neacsiu et al. (2010) descubrieron que la DBT en habilidades reducía de una manera significativa el comportamiento suicida y las autolesiones comparado con el CTBE o la terapia de validación integral de 12 pasos (CVT+12). Algunos estudios han confirmado que a pesar de la variabilidad de tratamiento, ambos muestran unos resultados positivos respecto a minimizar los síntomas del TLP y en el grupo “paso a paso” reduciendo las autolesiones no suicidas (Sinnaeve et al., 2018).

Al examinar la eficacia de la TDC para el tratamiento de comorbilidades en pacientes con TLP, varios estudios compararon diferentes tratamientos y obtuvieron resultados relevantes para la revisión. En el estudio de Linehan et al. (2015) se muestra como la TDC da resultados con una mejora de condiciones comórbidas como la depresión o la ansiedad con pacientes que padecen TLP. Neacsiu et al. (2010) también mostraron una significancia en el uso de TDC con habilidades en pacientes con TLP y comorbilidades.

En esta misma línea, el estudio de Harned et al. (2014) también halló resultados favorables al utilizar el protocolo de exposición prolongada (DBT PE) en pacientes con TLP y TEPT, reduciendo tanto su gravedad como la ansiedad y la depresión, entre otros síntomas.

La TDC también ha mostrado su eficacia en muestras de pacientes con TLP y abuso de sustancias (Van den Bosch et al., 2005), por la cual se encontraron beneficios a largo plazo respecto a los síntomas del TLP, como la impulsividad o conductas autolesivas y a la reducción en el abuso del alcohol. Como cualquier estudio, el presente trabajo presenta ciertas limitaciones que se comentarán a continuación.

Una limitación presente en la revisión es la cantidad de estudios disponibles, en especial, aquellos cuyas muestras masculinas resultan insuficientes, debido a que la mayoría de los estudios revisados se centran principalmente en mujeres. Son necesarios más estudios con una muestra representativa de ambos sexos para distinguir la influencia del género en los mecanismos de cambio en la TDC.

En resumen, la TDC se considera la primera opción de tratamiento en la atención comunitaria para personas diagnosticadas con TLP. Particularmente, en mujeres que tienen una tendencia al comportamiento suicida o de autolesión, tienen un trastorno crónico del Eje I y muestran abuso de sustancias concurrentemente asociado con el riesgo de suicidio, ira, impulsividad y comportamiento agresivo.

Teniendo en cuenta los resultados de la revisión, la terapia de TDC es potencialmente eficaz para la reducción de conductas suicidas y autolesivas además de otros síntomas del TLP. Los estudios analizados demuestran firmemente que la DBT, especialmente en su modelo de entrenamiento de habilidades, reduce tanto las conductas autolesivas y suicidas como otras comorbilidades como la depresión, TEPT o ansiedad entre otras.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Trastornos de ansiedad. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed.)
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Apfelbaum, S., & Gagliosi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15(58), 295-302.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder - a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 875.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198.
- Burgal Juanmartí, F. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Una revisión. *Papeles del psicólogo*, 38(2), 148–156.
- 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.
- del Cid, L. B. G., & Pérez, M. A. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66), 77-120.
- Díaz Curiel, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (78), 51-70.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.
- Fleischhaker, C., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., Schulz, E., & Böhme, R. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413.

- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17.
- Keuroghlian, A. S., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Shea, M. T., ... & Skodol, A. E. (2015). Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11), 9240.
- Krantz, L. H., McMain, S., & Kuo, J. R. (2018). The unique contribution of acceptance without judgment in predicting nonsuicidal self-injury after 20-weeks of dialectical behaviour therapy group skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 44-50.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: reward-based decision-making and its relationship to emotional distress. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 785-799.
- Lencioni, G., & Gagliesi, P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 216-226.

- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (pp. 35-40). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan M. (1993) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders* (pp. 20-31). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, Marsha M. ; Bohus, Martin & Lynch, Thomas R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. In James J. Gross (ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581-605). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, *67*(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 475-48.
- Mason, C. K., Kelley, K., & DeShong, H. L. (2023). Repetitive negative thoughts and thought control strategies within borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100693.
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)—review of recent findings. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *1*, 1-13.

- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *135*(2), 138-148.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *169*(6), 650-661.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(9), 832-839.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, *372*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Peters, E. M., Baetz, M., Marwaha, S., Balbuena, L., & Bowen, R. (2016). Affective instability and impulsivity predict nonsuicidal self-injury in the general population: a longitudinal analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *3*, 1-7.
- Raven, C. (2009). Borderline personality disorder: Still a diagnosis of exclusion? *Mental Health Today, (Brighton, England)*, 26–31.
- Richetin, J., Preti, E., Costantini, G., & De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in Borderline Personality Disorder: Evidence from network analysis. *Plos One*, *12*(10), e0186695.
- Sadek, J. (2024). Borderline Personality Disorder (BPD): A Narrative Review with Focus on BPD Comorbidities. Preprints.org
<https://doi.org/10.20944/preprints202402.0206.v1>
- Serrani, D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *Alcmeon*, *17*, 169-88.

- Shah, A. Q., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N., & de Azevedo Cardoso, T. (2023). The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*.
- Sinnaeve, R., van den Bosch, L. M., Hakkaart-van Roijen, L., & Vansteelandt, K. (2018). Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 1-10.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 201-214.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., ... & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2020(5).
- Svenaeus, F. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Publishing: Washington, D.C.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., ... & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., ... & McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443-451.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235-253.
- Üstün, B., & Kennedy, C. (2009). What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 82.

- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(9), 1231-1241.
- Valdivieso-Jiménez, G., Vásquez-Dextre, E., & Barroilhet, S. A. (2023). Indicadores de severidad clínica en la comorbilidad de trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Vásquez-Dextre, E. 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.
- Vega, I. D. L., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, *10*(1), 45-56.
- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy*, *77*, 162-169.
- World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- Zimmerman, M., & Balling, C. (2021). Screening for borderline personality disorder with the McLean Screening Instrument: a review and critique of the literature. *Journal of Personality Disorders*, *35*(2), 288-298.

Anexo

Tabla

Características y resumen de los resultados de los artículos seleccionados.

Autores	Muestra y Tratamiento	Duración	Seguimiento	Medidas	Tipo de estudio	Resultados
Linehan <i>et al.</i> (2015)	N=99 mujeres DBT vs DBT-S vs DBT-I	1 año	1 año	SASII, SBQ, RFL, THI, HRSD, HRSA	RCT	Mejora de todos los tratamientos respecto a la gravedad y frecuencia de los intentos e ideación suicida, y del uso de servicios de crisis.
Linehan <i>et al.</i> (2006)	N=101 mujeres DBT vs CTBE	1 año	1 año	SASII, SBQ, RFL, THI, HRSD-17	RCT	La DBT es más eficaz que el TCE para reducir a la mitad la probabilidad de intentos de suicidio, reducir la necesidad de hospitalización por ideación suicida y reducir el riesgo médico de cualquier autolesión o comportamiento suicida.
Neacsiu <i>et al.</i> (2010)	N= 108 mujeres DBT (n=52) CTBE (n=31) TAU (n=11) CVT + 12 Step (n=12)	1 año	4 meses	DBT-WCCL, SASII, HRSD, STAXI	RCT	Con el tiempo, el uso de habilidades DBT redujo por completo los intentos de suicidio, la depresión y mejoró el control de la ira. También redujo las autolesiones no suicidas.
Krantz <i>et al.</i> (2018)	N=84 DBT vs WL	20 semanas	No especificado	L-SASII, DBT Global Rating Scale, IPDE-BPD, SCID-I	RCT	El grupo de DBT con habilidades tuvo una disminución significativa en NSSI en comparación con el control, además se demostró que la aceptación sin juicio es un mediador fiable en la relación de DBT con habilidades y frecuencia de NSSI.

Tabla (continuación)

Autores	Muestra y Tratamiento	Duración	Seguimiento	Medidas	Tipo de estudio	Resultados
Sinnaeve <i>et al.</i> (2018)	N=84 (DBT step down) y 12 meses (DBT estándar)	12 meses	3, 6, 9 y 12 meses	SASII, SBQ, RFL, THI, HRSD, HRSA, EQ-5D-3L, TiC-P	RTC	Disminución de síntomas del TLP en ambos grupos y una menor probabilidad de autolesiones no suicidas (NSSI) en el grupo step-down.
McMain <i>et al.</i> (2017)	N=84 DBT Skills vs WL	20 semanas	10, 20, 32 semanas	SCID-I, IPDE, THI	RCT	Grupo de DBT consiguieron reducciones significativas mayores en conductas suicidas y autolesivas en comparación con los de lista de espera, también mostraron mejoras al medir la ira, la regulación emocional o la tolerancia a la angustia.
Van den Bosch <i>et al.</i> (2005)	N=58 mujeres DBT (n = 27) vs TAU (n = 31)	12 meses	6 meses después	TLEQ, CEQ, THI, EQ, CSQ, PSS-I, SASII, DES-T, DERS-16, PTCI, GSI, HRQOL	RCT	Mejoras en la tendencia de pensamientos suicidas y a comportamientos impulsivos al finalizar la intervención y en el seguimiento de esta.
Harned <i>et al.</i> (2014)	N=26 (DBT + DBT PE = 17 vs DBT = 9)	1 año	Intervalos de 4 meses en tratamiento + 3 seguimientos tras él.	IPDE, PSS-I, SCID-I, TLEQ, CEQ	RCT	Grupo con DBT PE mostraron unas tasas significativamente inferiores en intentos de suicidio y autolesiones así como mejoras significativas en la severidad del TEPT, ansiedad, depresión, culpa, disociación y funcionamiento global.

SASII = Suicide Attempt Self-Injury Interview; SBQ = Suicidal Behaviors Questionnaire; RFL = Reasons for Living Inventory; THI = Treatment History Interview; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; HRSD-17 = Hamilton Rating Scale for Depression - 17 items; DBT-WCCL = Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist; STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; L-SASII = Lifetime-Suicide Attempt Self-Injury Interview; DBT Global Rating Scale =

Dialectical Behavior Therapy Global Rating Scale; IPDE-BPD = International Personality Disorder Examination - Borderline Personality Disorder Module; SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; EQ-5D-3L = EuroQol Five Dimensions Questionnaire - 3 Level Version; TiC-P = Trimbos/iMTA Questionnaire for Costs associated with Psychiatric illness; BPDSI = Borderline Personality Disorder Severity Index; LPC = Life Problems Checklist; PSS-I = PTSD Symptom Scale-Interview; TLEQ = Traumatic Life Events Questionnaire; CEQ = Childhood Experiences Questionnaire; EQ = Expectancies Questionnaire; CSQ = Client Satisfaction Questionnaire; DES-T = Dissociative Experience Scale – Taxon; DERS-16 = Difficulties in Emotion Regulation Scale, 16-item version; PTCI = Posttraumatic Cognitions Inventory; GSI = Global Severity Index from the Brief Symptom Inventory; HRQOL = CDC Health-Related Quality of Life Healthy Days Core Module.