

El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad

Marsha Limit: behavioral dialectic therapy for boundary personality disorder

Steven Albarrán ¹; Piero Alva ¹; Milagros Correa; Elian De la Cruz ^{1*}; Tania Ramírez ¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, Trujillo, Perú.

* Autor correspondiente: elianjohan@hotmail.com (E. De la Cruz)

Fecha de recepción: 08 09 2020

Fecha de aceptación: 10 11 2020

Resumen

El presente ensayo científico se fundamentó en la necesidad de reunir, sistematizar, los fundamentos teóricos y conceptuales básicos sobre los que se fundamenta la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para tratamiento del Trastorno Límite de personalidad (TLP). La TDC fue creada por Marsha Linehan, basada en conceptos de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y articulada con elementos de mindfulness a través de la filosofía dialéctica y el zen. Está conformada por cinco modalidades de tratamiento: terapia individual, contacto telefónico, consulta del terapeuta, entrenamiento grupal en habilidades y estructuración del ambiente. Asimismo, posee cuatro tipos de habilidades que el paciente necesita desarrollar: habilidades centrales de toma de conciencia activa, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de modulación de emociones y habilidades de tolerancia al malestar. Cuenta con un tiempo de duración variable, empieza por la etapa de pretratamiento y continúa con cuatro etapas de tratamiento, cada una con sus respectivos objetivos. Los Retos y desafíos que presenta esta Terapia es, sobre su efectividad de los componentes de la TDC y su contribución a mejorar y adaptación en el TLP. Se concluye que la TDC ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas de TLP tales como conductas autoagresivas e ideación suicida, esto ha quedado demostrado y evidenciado en los numerosos estudios realizados hasta la fecha.

Palabras clave: Terapia dialéctica conductual; Mindfulness; Trastorno límite de la personalidad; visión dialéctica

Abstract

The present scientific essay was based on the need to gather, systematize, the theoretical foundations basic concepts on which Dialectical Behavioral Therapy (DBT) for treatment is based Borderline Personality Disorder (BPD). The DBT was created by Marsha Linehan, based on concepts from the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and articulated with elements of mindfulness through dialectical philosophy and en. It consists of five treatment modalities individual therapy, telephone contact, consultation of the therapist, group training in skills and structuring of the environment. It also has four types of skills that the patient needs to develop: core skills of active awareness, interpersonal effectiveness skills, emotion modulation skills, and tolerance skill discomfort. It has a variable duration time, starts with the pretreatment stage, and continues with four stages of treatment, each with its respective objectives. The Challenges and challenges presented by this therapy is, on its effectiveness of the components of the DBT and their contribution to improving and adaptation in the BPD. It is concluded that DBT has been shown to be effective in reducing symptoms of BPD such as self-aggression and suicidal ideation; this has been demonstrated and evidenced in numerous studies made to date.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy; Mindfulness; Borderline personality disorder; dialectical vision

DOI: <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.1>

Introducción

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue creada por Marsha Linehan, sustentado en definiciones de la ciencia de la conducta, validada y relacionada con mindfulness (Vásquez-Dextre, 2016). Además, según Elices & Cordero (2011) se basa en la filosofía dialéctica, la cual dicta que la realidad se forma con fuerzas opuestas, tesis y anti-tesis. La finalidad es encontrar un punto medio, la síntesis que para la TDC significa un cambio y aceptación en la persona.

Vega & Sánchez (2013) refiere que la TDC está constituida por cinco modalidades de tratamiento: psicología individual, adiestramiento de habilidades, consultas por teléfono en caso de desequilibrios y seguimiento de caso constante. Además, hay que tener en cuenta la duración de la terapia, consta de un pretratamiento y cuatro sesiones de tratamiento, La TDC ha sido eficaz en la disminución de síntomas de Trastorno límite de personalidad (TLP) específicamente de las conductas auto agresivas e ideación suicida, además se ha demostrado su efectividad en trastornos de conducta alimentaria, abuso de sustancias y otros trastornos de personalidad y comorbilidades psiquiátricas.

La TDC se centra en ayudar a las personas a controlar sus intensas emociones y el manejo de la angustia estabilizándose de manera correcta (McKay, Wood & Brantley, 2020). El TLP se aborda como objetivo de esta terapia, actuando sobre los síntomas de inestabilidad e impulsividad (Hayes, Villate, Levin & Hildebrandt, 2011); Gempeler (2008) refiere que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) aplicada a Marsha Linehan hizo que pueda crear la TDC que agrupa conocimientos y acción sobre el TLP junto con una propuesta, la Teoría Biosocial, donde se desarrolla su intervención. Una vulnerabilidad biológica que es el componente hereditario y un ambiente invalidante serían los factores con lo que trabaja la Teoría Biosocial para dar una causal a la desregulación emocional que da pie a los problemas de conducta que están presentes en el TLP (Linehan, 1993).

Para Teti, Boggiano & Gagliosi (2015), esta vulnerabilidad biológica tiene tres características determinantes, la alta sensibilidad a estímulos mucho más con estímulos negativos, alta intensidad en sus respuestas y un pausado proceso para calmarse. En cambio, Linehan (1993) refiere que el ambiente invalidante se describe como un contexto donde existe reacciones que son inadecuadas o exageradas. En los últimos años la TDC ha demostrado ser una terapia eficaz, siendo recomendada por las Guías Clínicas de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como primera línea por sus buenos resultados sobre las conductas disfuncionales del TLP y el mejoramiento de habilidades que ayuda en la regulación emocional (Acuña, Bermúdez, Lago, Vilavedra, Marín & Ibarra (2009).

El presente ensayo científico se fundamenta en la necesidad de reunir, sistematizar, los fundamentos teóricos y conceptuales básicos sobre los que se fundamenta la TDC para el TLP.

Visión dialéctica

La visión dialéctica de la realidad, el mundo y la conducta puede resumirse en los puntos subsecuentes (Linehan, 1993):

1. La realidad está constituida por partes que se interrelacionan y que funcionan como un todo: las conductas de una persona no pueden entenderse de forma individual, sino como partes de una extensa colección dentro de un ambiente complicado.
2. La realidad es un acumulado de fuerzas que se contraponen entre sí. El sujeto que padece de TLP está dentro de polaridades y no es capaz de obtener la síntesis. El terapeuta debe apoyar al paciente para lograr una síntesis factible, entre, por ejemplo, su necesidad de aceptarse a sí mismo tal cual es y su necesidad de cambiar.
3. La naturaleza esencial de la realidad es el cambio o proceso, el individuo y el ambiente llevan a cabo una transacción perenne; la terapia debe centrarse en ayudar al paciente a estar cómodo con el cambio.

Objetivos de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

Vega & Sánchez (2013) refieren que Linehan plantea 4 objetivos de la TDC, según su orden de importancia:

1. Aminorar las conductas que de agresión contra la vida del paciente: intentos de muerte, pensamientos suicidas y autoagresiones.
2. Disminuir conductas que obstaculizan el tratamiento: no acudir a terapia, llegar tarde, asistir intoxicado, distanciarse de las personas que no apoyan, no efectuar las tareas terapéuticas o acudir a la hospitalización como única forma de dirigir una crisis.
3. Simplificar conductas que interponen de forma seria en la calidad de vida: uso de sustancias,

trastornos de alimentación, ausencia laboral o escolar, olvido de enfermedades, no aplicación de la red social de apoyo.

4. Ampliar las estrategias destinadas a la regulación emocional: puesta en marcha de habilidades de conciencia, de relación interpersonal, de manejo emocional y de tolerancia al malestar.

Estrategias de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La TDC utiliza algunas estrategias de la TCC para dar solución a las problemáticas a las que se enfrentan los individuos (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández & Virués-Ortega, 2005). El primer conjunto de estrategias es aquellas que comprometen al paciente/cliente con la TDC, más que técnicas específicas, son elementos incorporados por lo psicoterapeutas, como una forma de ayudar al compromiso de los consultantes con el tratamiento (Dimeff & Koerner, 2007). En las estrategias de cambio se aplican técnicas de exposición las cuales incluyen: autocontrol emocional, la reestructura cognitiva, el entrenamiento en relajación, la estimulación en habilidades sociales y de comunicación asertiva, el entrenamiento en resolución de problemas y conflictos, el entrenamiento en el manejo del estrés, de contingencias y la programación constructiva del ambiente (Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007).

Finalmente tenemos a las estrategias dialécticas que son utilizadas como una forma de promover una visión compartida con la paciente/cliente, por lo que incluye un equilibrio entre la aceptación y el cambio, entre el cuidado y el reto, así como, entre ser flexible y estable (Feigenbaum, 2007).

Modalidades de intervención de la TDC

Gempeler (2008) publicó y explicó que existen cuatro modalidades principales de intervención en el tratamiento de la TDC: la terapia individual, contacto telefónico, consulta del terapeuta, entrenamiento grupal en habilidades y estructuración del ambiente. Para ello se realiza un trabajo conjunto entre el terapeuta individual en cuestión y un equipo que lo secunda de manera permanente, ambos realizan una junta semanal para mantener el balance en cuanto a la aproximación al paciente y de este modo se le acompaña en el proceso de aplicación de técnicas efectivas que a continuación serán explicadas.

- ✓ La terapia individual está dirigida a mantener la motivación del paciente para poder continuar con el proceso del tratamiento. En este caso las intervenciones semanales se realizan centrándose en el aprendizaje de sus habilidades de acuerdo con las metas específicas y se toma en cuenta las particularidades y necesidad de la persona.
- ✓ Para la facilidad tanto del cliente como terapeuta se puede hacer uso del contacto telefónico que ayudará en el seguimiento de las habilidades que estaría realizando el paciente, de esta manera se elude la automutilación y a la vez se fortalece la relación terapéutica; siempre y cuando se coloquen reglas para establecer las razones del contacto al igual que los horarios de atención.
- ✓ En los grupos de consulta los terapeutas reciben TDC entre sí, con el fin de instruirse y mantener una posición dialéctica, así como también las dificultades que puede llegar a tener cada uno en el proceso de implementación de este tipo de tratamiento.
- ✓ El entrenamiento grupal tiene el fin de mejorar y fortalecer las capacidades del paciente, para ello el ambiente debe ser propicio y debe contar con un formato psicoeducativo donde las personas que asisten puedan aprender y ensayar nuevas habilidades que aún no se encuentran en el repertorio conductual del individuo.
- ✓ La estructuración ambiental consiste en asistir a las personas que forman parte de la persona consultante, con la finalidad que estos sean reforzadores del cambio conductual que se requiere, además cuentan como agentes de apoyo para el paciente.
- ✓ Vega & Sánchez (2013) describe las habilidades para desarrollar en TDC:
- ✓ Habilidades centrales de toma de conciencia activa y de atender cuidadosamente (core mindfulness skills): son las primeras que se enseñan y tienen como objetivo posibilitar en el paciente una conciencia clara del contexto de su experiencia. Es una técnica que tiene como base la meditación budista sin que su aplicación esté ligado a una intencionalidad religiosa. El terapeuta expone a los pacientes lo siguiente: "Aprender a controlar nuestra propia mente, en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros". Asimismo, en el módulo se propone tres estados mentales fundamentales: 1. La mente racional, que piensa de forma lógica y fría; 2. La mente emocional, que actúa en caliente, dejándose guiar por las emociones del momento, y 3. La mente sabia, que integra las dos anteriores.

- ✓ Habilidades de efectividad interpersonal: se desarrollan para el logro de objetivos personales que incluyan a otras personas. Fortalece la autoestima y ayuda a mantener buenas relaciones interpersonales. Incluye tres módulos, el primero trata de que los pacientes analicen las situaciones y determinen los objetivos a lograr en las mismas. El segundo analiza factores que contribuyen a la efectividad interpersonal, así como lo que interfiere en la misma y el tercero y último está dedicada a analizar aspectos a considerar antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no. Se facilita una lista de ejemplos para practicar las habilidades de eficacia interpersonal en la vida cotidiana.
- ✓ Habilidades de modulación de emociones: instruye al sujeto a sentir y a la vez tolerar aquellas emociones negativas y aprenda que forman parte de su experiencia. por lo tanto, en este módulo se aprende a identificar y colocar nombre a las emociones y a la vez reconocer la función que estas cumplen en el entorno, para ello se utiliza técnicas destinadas a reducir la vulnerabilidad asociada a un estilo de vida poco saludable respecto al sueño o la alimentación.
- ✓ Habilidades de tolerancia al malestar: lo fundamental en este caso no es evitar el dolor o sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad. Es así que el paciente verá que el dolor es parte de la vida y que aceptarlo ayudará en el proceso de cambio. Para este módulo se proponen dos bloques: las habilidades de supervivencia las cuales van dirigidas a aprender a tolerar el dolor de un suceso sin necesidad de conductas que mantengan o aumenten el sufrimiento; y las habilidades de aceptación de la realidad que tienen que ver con asimilar y aceptar, de manera no enjuiciadora, ya sea a uno mismo o a la circunstancia actual tal como se presenta en el momento.

Etapas de Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La TDC se organiza de forma que la persona cumple una fase de pre- compromiso para luego continuar con cuatro etapas de tratamiento con sus respectivas metas (Linehan, 1993).

La etapa de Pretratamiento es un período fundamental, donde se debe alcanzar tres objetivos antes de emprender el tratamiento: el primero es la evaluación de los pacientes; el segundo se orienta al paciente sobre la naturaleza de tratamiento, es decir, se explica sobre la Teoría Biosocial y las características de la TDC y de esta manera obtener el compromiso; y por último instaurar objetivos en relación tanto a las áreas de desregulación como a las conductas disfuncionales llegando así a acuerdos sobre lo que se brindará al cliente (Gempeler, 2008).

La primera etapa busca controlar el comportamiento reduciendo y eliminando comportamientos que trasgreda la vida del paciente, luego los comportamientos que interfieran contra el tratamiento, después disminuir comportamientos que afecten la calidad de vida del paciente, y, por último, puedan aprender habilidades que le ayude a crecer como persona (Feigenbaum, 2007).

La "segunda etapa" gestiona el aumento de las habilidades de la persona consultante para experimentar las emociones en todas sus dimensiones. Se va a centrar en que el sujeto se enfrente a situaciones emocionales sin que hubiese la necesidad de disociarse, evitar la situación o presentar sintomatología de estrés postraumático (Feigenbaum, 2007). Esta etapa, al igual que la anterior, tiene una duración media de un año como mínimo (Gempeler, 2008).

La "tercera etapa" se focaliza en el desarrollo del respeto propio, procurando que la persona consultante inicie la construcción de una vida más estable (Feigenbaum, 2007). Aquí, las temáticas usualmente abordadas giran en torno a relaciones interpersonales, insatisfacción laboral y metas profesionales, principalmente. Debido a que la persona se encuentra ahora en un estadio avanzado de tratamiento, este estadio puede desarrollarse en ambientes distintos al contexto terapéutico, por lo que tiene una duración indefinida dependiendo de las características del caso (Gempeler, 2008).

Finalmente, la "cuarta etapa" se da la resolución de problemas existenciales (Feigenbaum, 2007). Se espera entonces que el paciente realice un cambio de la sensación de sentirse incompleta, a la sensación de estar completa y conectada, para ello se trabaja con temáticas de espiritualidad, aportadas por la tradición zen, utilizado dentro del modelo (Gempeler, 2008).

Trastorno Límite de la Personalidad

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) el trastorno límite de la personalidad (TLP) es definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto- imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos, tal como lo indica la presencia de cinco

o más de las siguientes características (APA, 2017):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
3. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Evidencia científica

Linehan et al. (1994) realizaron un estudio con 44 mujeres con TLP con repetidos intentos de suicidio, los resultados obtenidos fueron: reducción de la frecuencia y gravedad de las conductas parasuicidas, reducción del número de días de ingreso hospitalario, aumento de permanencia en el tratamiento, decremento en el nivel de ira, y se apreciaron mejorías significativas en medidas que evalúan depresión, desesperanza, razones para vivir e ideación suicida; concluyendo que existe una mejoría en el funcionamiento general de los pacientes.

Bohus et al. (2004) realizaron un estudio en una muestra de 50 pacientes hospitalizadas en Alemania, que habían tenido algún intento de suicidio o dos conductas autolesivas. Al mes del seguimiento, el grupo de tratamiento con TDC mostró cambios en depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social y autolesiones.

Otro estudio controlado (McMain et al., 2009), con 180 participantes que presentaban intentos de suicidio en los últimos 5 años recibieron un año de tratamiento con TDC. Los resultados mostraron que mejora significativamente la sintomatología clínica.

Pistorello, Fruzzetti, Maclane, Gallop, & Iverson (2011) concluyeron que la TDC mostró disminuciones significativamente mayores en el suicidio, la depresión, el número de eventos de autolesiones no suicidas y significativamente mejoras en el ajuste social.

Bloom (2012) realizó una revisión sistemática de estudios sobre la eficacia de la TDC en pacientes internados; hallaron reducción significativa en la ideación suicida, conductas autolesivas, ansiedad y depresión. Los hallazgos sugieren que la TDC podría ser eficaz en internamiento, pero debería estandarizarse debidamente el programa para internamiento.

De la Vega & Sánchez (2013) afirman que los resultados de eficacia han sido replicados recientemente por la autora Linehan en un diseño de seguimiento de dos años, donde muestra que la TDC es más eficaz que una terapia no conductual aplicada por psicoterapeutas expertos para reducir los intentos de suicidio, las automutilaciones, las visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones de estos pacientes. Según el estudio realizado en una joven ecuatoriana, que presentaba sintomatología de TLP, se determinó que la intervención de TDC fue efectiva en la disminución de síntomas depresivos, ansiosos y para disminuir el impacto de la sintomatología del TLP. La intervención logró eliminar la conducta suicida y autolesiva (Hugo, 2014).

Wagner et al. (2014) realizaron una evaluación de los costos de salud del TLP antes, durante y después de recibir TDC, y concluyeron que la implementación de un programa de TDC se asociaba con importantes ahorros de costos en general, lo que es indicativo de los beneficios a nivel de costes de salud que la TDC reportaría con su uso.

Desde el primer ensayo clínico controlado publicado a principios de 1990 hasta el día de hoy, se ha acumulado evidencia suficiente para demostrar la eficacia de la TDC como tratamiento para el TLP. Como lo demuestran distintos ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la TDC es hoy en día el único tratamiento para el TLP que ha sido suficientemente investigado como para considerarse basado en la evidencia (Soler, Elices & Carmona, 2016).

Según los estudios realizados en pacientes con TLP en un Hospital Psiquiátrico de Santiago de Chile, se demostró una diferencia significativa ($p = 0,000$) en el número de hospitalizaciones psiquiátricas pre y

post tratamiento, una disminución ($p = 0,000$) del número de intentos suicidas posterior al tratamiento y mejoría en los puntajes del cuestionario OQ-45.2. Esto quiere decir que la TDC fue efectiva en disminuir las 3 variables estudiadas (Ponce et al., 2017).

Desafíos y retos

Swales (2009) refiere que las investigaciones futuras deberán centrarse en el estudio de la efectividad de cada componente de la DBT (grupo de habilidades, terapia individual, consultoría telefónica) por separado puesto que tal vez no todos los componentes sean igualmente efectivos y necesarios. Linehan & Wilks (2015) plantean que es necesario que surjan investigaciones acerca de las nuevas habilidades y aplicaciones de la TDC que contribuyan a mejorar y adaptar el tratamiento del TLP.

Conclusiones

La TDC se fundamenta en la TCC, del Mindfulness y la visión dialéctica para la intervención terapéutica. Se constituye de psicología individual, adiestramiento de habilidades, consultas por teléfono en caso de desequilibrios y seguimiento de caso constante.

El abordaje del TLP requiere un tiempo de tratamiento largo, basado en el establecimiento de una buena relación terapéutica con el paciente, puesto que solo así se puede obtener el compromiso necesario del paciente para continuar avanzando en la terapia.

La TDC ha sido ampliamente estudiada y se proyecta a ser la más efectiva para el tratamiento de los pacientes con TLP, especialmente en la reducción de las conductas que afectan la vida y en la adherencia al tratamiento.

Referencias bibliográficas

- Acuña, M., Bermúdez, C., Lago, E., Vilavedra, A., Marín, N., & Ibarra, O. (2009). Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialéctica - conductual. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 29(2), 523-532.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2017). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ° ed.) (DSM-V). Washington DC. 1 -29.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., Lieb, K., & Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42(5), 487- 499.
- Bloom, J., Woodward, E., Susmaras, T., & Pantalone, D. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatr Serv*, 63(9), 881-888.
- Dimeff, L., & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. Nueva York: Guildford Press.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16(1), 51-68.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 141-168.
- Hugo, E. (2014). *Aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual: Un Caso Comórbido de Trastorno de Personalidad Límite*. (Tesis de Posgrado). Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero A., Luis, Fernández, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 349-371.
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2020). *Manual Práctico de Terapia Dialéctica Conductual*. España, Bilbao. Editorial: Desclée De Brouwer.
- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L., & Streiner, D. (2009). Un ensayo aleatorizado de terapia dialéctica conductual versus tratamiento psiquiátrico general para el trastorno límite de la personalidad. *American Journal of Psychiatry*, 1365- 1374.
- Linehan, M. (1993). *Manual de Entrenamiento de Habilidades para Tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Nueva York. La prensa de Guilford. (1.ª Ed.).
- Linehan, M., Tutek, D., Heard, H., & Armstrong, H. (1994). Resultado interpersonal del tratamiento cognitivo conductual para pacientes límite suicidas crónicos. *American Journal of Psychiatry*, 1771-1776.
- Linehan, M., & Wilks, C. (2015). El Curso y Evolución del Comportamiento Dialéctico. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97-110.

- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual review of clinical psychology*, 3, 181-205.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A., Maclane, C., Gallop, R., & Iverson, K. (2011). Terapia conductual dialéctica (DBT) aplicada a estudiantes universitarios: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 80 (6), 982-994.
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de Conducta*, 42 (165-166), 35-49.
- Swales, M. (2009). Terapia dialécticaconductual: descripción, investigación y direcciones futuras. *Revista internacional de consulta y terapia conductual*, 164- 177.
- Teti, G., Boggiano, J., Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Rev. Arg. de Psiquiat.* XXVI, 57-64
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Dialectic Behavioral Therapy in Borderline Personality Disorder: The balance between acceptance and change. *Rev Neuropsiquiatr* 79 (2): 108-118
- De la Vega, I., & Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H., Renneberg, B., et al. (2014). Comportamiento Dialéctico. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97-110.