

Aplicación de técnicas de la terapia dialéctico conductual en un proceso de psicoterapia breve para la adquisición de habilidades de regulación de emociones, tolerancia al malestar y básicas de conciencia en un paciente con trastorno límite de la personalidad. Revisión de caso

Application of Dialectical Behavior Therapy techniques in a brief psychotherapy process for the acquisition of emotion regulation skills, distress tolerance, and basic mindfulness, in a client with Borderline Personality Disorder

Édgar Alonso Madrigal Ramírez¹.

¹ Master Psicología, Poder Judicial. San Jose Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: doctoralonso@yahoo.com

RESUMEN

Las personas portadoras del trastorno límite de la personalidad (TLP) muestran un patrón clínico característico, dado principalmente por la desregulación emocional, la sensación persistente de vacuidad, la conducta suicida, el autolesionismo y la alteración en la relación intrapsíquica e interpersonal. Esto conlleva a un importante abanico de limitaciones en la expresión de las actividades de la vida diaria. La terapia dialéctico conductual (TDC) ha demostrado según varios estudios científicos serios, incluyendo estudios Cochrane, su efectividad, al aplicar la enseñanza de una serie de habilidades para la puesta en marcha en la vida cotidiana. A este respecto, se instauró un proceso de psicoterapia breve basado en TDC, con adaptaciones, a un sujeto adulto joven portador de dicho trastorno. Se obtuvo como resultado una mejoría en la sintomatología ansiosa y depresiva, así como también en el rubro de hostilidad, ausencia de intentos suicidas, autolesionismo e internamientos hospitalarios y una disminución en el número de síntomas presentes.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctico conductual, disregulación emocional, sensación persistente de vacuidad, conducta suicida.

ABSTRACT

People with Borderline Personality Disorder (BPD) exhibit a characteristic clinical pattern, primarily marked by emotional dysregulation, chronic feeling of emptiness, suicidal behavior, self-harm, and disturbances in both intrapsychic and interpersonal relationships. These factors lead to a range of limitations in the expression of a large amount of daily life activities. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has been shown through various rigorous studies, including Cochrane reviews, to be effective by teaching a set of skills for implementation in daily life. In this regard, a brief DBT-based psychotherapy process was administered to a young adult with this disorder,

Cómo citar:

Madrigal Ramírez, Édgar A. Aplicación de técnicas de la terapia dialéctico conductual en un proceso de psicoterapia breve para la adquisición de habilidades de regulación de emociones, tolerancia al malestar y básicas de conciencia en un paciente con trastorno límite de la personalidad. Revisión de caso. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 10(2). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v10i2.914>

Recibido: 03/Jul/2026

Aceptado: 28/Ago/2026

Publicado: 18/Sep/2026



resulting in improvements in anxiety and depressive symptoms, as well as reductions in hostility, suicide attempts, self-harm, hospitalizations, and the overall number of symptoms present.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectical behavior therapy, Emotional Dysregulation, Persistent belief of emptiness, Suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

Para la psicología clínica, los estudios de caso único, se han convertido en elementos de gran importancia para su desarrollo, pues sirven como elementos de apoyo empírico para el estudio de los protocolos de intervención, ya que en esta área de la psicología resulta vital la correlación de los constructos de investigación experimental en torno a la etiología, los cuadros clínicos y los modelos psicoterapéuticos que se pretenden evaluar [1], lo cual redundará en el enriquecimiento de la psicología como ciencia de la salud. Es así como el presente trabajo pretende ser un eslabón más en los aportes que puede tener la terapia suscrita, en el contexto de la eficacia del tratamiento.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) corresponde al clúster B, siendo que la persona portadora de este tipo de trastorno muestra una serie de alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y psicofisiológicas que limitan tanto su interacción con los demás, como de forma intrapsíquica, por lo que, dada la cronicidad de este en el tiempo, el sufrimiento implica dolor psíquico persistente. La alteración afectiva, de la autoimagen, la impulsividad y la inestabilidad en las relaciones interpersonales constituyen un patrón dominante en estas personas [2].

Algunas manifestaciones particulares incluyen la sensación crónica de vacío, irritabilidad, disforia, irascibilidad, los fenómenos de tipo suicida y parasuicida, el miedo al abandono real o imaginado, una alteración en la autoimagen y sentido del yo, impulsividad, así como la automutilación e inclusive ideas paranoides o síntomas disociativos graves. Esto es sin olvidar que algunos sujetos pueden desarrollar síntomas de tipo psicótico bajo ciertas circunstancias estresantes. Todo lo anterior traza una línea divisoria entre psicosis y neurosis, tal como antiguamente se conocía, de ahí que reciba el nombre de “límite” [3].

Como puede verse, el elemento distintivo común es la desregulación emocional y el uso de estrategias de manejo de emociones de forma desadaptativa. A su vez, suele existir un entorno y dinámicas de vida disfuncionales, lo que produce conductas, cogniciones y emociones de tipo dicotómico y extremas, a lo que se le ha llamado “fracaso dialéctico” [4].

Existen varias estrategias psicoterapéuticas para el abordaje de pacientes con TLP. De acuerdo con un análisis Cochrane [5], se han hecho varios estudios sobre la terapia dialéctico conductual (TDC) que indican la utilidad de esta para el tratamiento del TLP, ya que se encontró su eficacia en la disminución de la ira inapropiada, del autolesionismo y una mejora en el funcionamiento general de la persona. Esta terapia fue creada por Marsha Linehan como respuesta al fracaso dialéctico propio del TLP, que da como resultado que los pensamientos, emociones y conductas sean extremos y dicotómicos, de tal modo que esta terapia tiene como objetivo reemplazar la conducta ineficaz y desadaptativa por todo lo contrario, y se basa en enseñar a la persona tratada diversas habilidades de autorregulación, tolerancia al malestar y de relación interpersonal. Lo anterior se da a través del análisis de conductas, trabajo por objetivos y puesta en práctica de estrategias dialécticas [6].

Es por esta razón que, para el paciente intervenido, se utilizó la TDC para buscar la mejoría en sus áreas prioritarias de atención, a través de la enseñanza de técnicas para la adquisición de habilidades básicas de

conciencia, de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar, durante un proceso de psicoterapia breve.

Presentación del caso

La evaluación clínica parte del supuesto de que hay elementos medibles en la persona a nivel psicológico [7], e implica la utilización de diversas técnicas e instrumentos evaluativos que parten de la consideración de un estado “ideal” relacionado con el concepto de salud, basado en la identificación de las variables que se van a tratar psicoterapéuticamente.

El presente caso trata de un hombre de 23 años de edad, soltero, con estudios universitarios incompletos, desempleado, costarricense, al cual se le aplicó consentimiento informado, de acuerdo con las directrices del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica [8]. Como motivo de consulta refirió deseos suicidas constantes y rumiación de pensamientos de autolesionismo, con una sensación de no ser comprendido por los demás. En su historia reporta una niñez y adolescencia con agresiones psicofísicas por parte de padrastro, episodio de abuso sexual y deseos constantes de autolesionismo (realizándose cortes e intoxicándose con psicofármacos) y suicidio, con algunos intentos, lo cual lo ha llevado históricamente a múltiples internamientos. Asocia una sensación casi diaria de tristeza, anhedonia, síntomas ansiosos, insomnio persistente de conciliación y mantenimiento, sensación crónica de vacío, dificultades para enfocarse en proyectos vitales, miedo al rechazo, tendencia al aislamiento y esfuerzos para evitar el abandono. Refiere que la sintomatología es constante y ubica a todos los síntomas en el mismo nivel de gravedad; reconoce como disparador de la agudización sintomática a los problemas interpersonales. Al momento de la valoración y desde varios años atrás, se ha encontrado en tratamiento psicofarmacológico, incluyendo antipsicóticos, antidepresivo y benzodiacepina, con poca respuesta.

Al examen del estado mental [9] sobresalió el afecto aplanado, con un discurso tendiente a la magnificación de síntomas, con ideas de minusvalía e hipocondría. El Inventario de Evaluación de la Personalidad [10] mostró reporte de múltiples quejas y problemas, lo que refleja preocupaciones sobre aspectos de su salud y deterioro de esta de forma crónica, así como la posibilidad de somatización, hipocondría e inclusive síntomas conversivos. Asimismo, hubo elevación en muchas otras escalas. El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado [11], si bien es interpretable, reportó síntomas poco frecuentes, lo cual hace considerar la exageración de alteraciones psicológicas, o bien, datos de psicopatología grave, con alteraciones emocionales o internalizadas que se reflejan en un amplio espectro de síntomas y dificultades relacionados con la desmoralización, falta de emociones positivas y experiencias emocionales negativas, sobresaliendo la ideación suicida, la ansiedad, el estrés y las preocupaciones, la ineficacia, la inseguridad, la propensión a la ira y miedos incapacitantes. El Neuropsi Atención y Memoria [12] no mostró alteraciones. El LSB-50 -Listado de Síntomas Breves- [13] mostró un alto índice de severidad, con gran número de síntomas presentes e intensos, así como índice psicopatológico muy alto, resultando con elevación en todos los grupos sintomáticos. Su diagnóstico principal fue trastorno de la personalidad límite; asimismo, otra historia personal de trauma psicológico (en relación con la historia de abusos).

Intervención psicoterapéutica

De acuerdo con Linehan [6], el cliente con TLP presenta un fracaso dialéctico, en que se presentan fuerzas que se contraponen en términos de tesis y antítesis, lo cual ocasiona contradicciones que no permiten que se elabore una adecuada síntesis en torno a las emociones, pensamientos y conductas, convirtiéndolos en dicotómicos y extremos, lo cual atrapa al paciente en polaridades. Esto produce desregulación emocional con una alta sensibilidad y respuesta muy intensa al estímulo emocional, así como una incapacidad para modular las emociones fuertes y las acciones correspondientes, y un retorno lento a la calma luego de la excitación emocional. Esta desregulación incluye conductas impulsivas extremas y problemáticas, conductas autolesivas (por incapacidad para tolerar el malestar emocional), sensación crónica de vacío, relaciones caóticas, intensas, dificultades para abandonar las relaciones al realizar grandes esfuerzos por evitar el

rechazo, e inclusive alteraciones cognitivas tales como ideas delirantes, despersonalización o disociación ante el estrés. El método de la TDC permite enseñar al paciente diversas habilidades de autorregulación emocional básicas de conciencia, de tolerancia al malestar y de relación interpersonal, siendo una alternativa valiosa para tratar a este tipo de población. Esta terapia incluye una visión dialéctica del mundo, a través de un diálogo y una relación persuasiva, en los que además debe considerarse la interrelacionalidad de los déficits de las habilidades del paciente.

Las habilidades de regulación emocional responden a la dificultad del paciente en la gestión de sus emociones, lo cual le genera tensión. Estas habilidades implican la toma de conciencia de las propias emociones, identificarlas, entenderlas, revisarlas y gestionarlas, así como aumentar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos. Por otro lado, las habilidades básicas de conciencia consisten en aprender a observar y experimentar conscientemente los acontecimientos y las emociones, logrando describirlos sin una postura sentenciosa y no evaluativa, sin juzgarlos como buenos o malos, logrando realizar una respuesta efectiva, para esto se utilizan ejercicios tendientes a la autorregulación autónoma y la relajación. Las habilidades de tolerancia al malestar significan la capacidad de tolerar y sobrevivir las crisis y de aceptar la vida tal como es en el momento determinado [6]. El último tipo es el de habilidades de efectividad interpersonal, que para el presente caso no forman parte del objetivo principal, pero que, en definitiva, guardan relación con las otras habilidades.

El objetivo terapéutico trazado fue el aplicar técnicas para la adquisición de habilidades básicas de conciencia, de regulación de las emociones y tolerancia al malestar, según la TDC. Si bien la persona evaluada ha reportado alteración en múltiples áreas emocionales, de pensamiento, fisiológicas y conductuales, se han considerado como las más relevantes el malestar emocional como punto común a muchas de sus manifestaciones y la creencia persistente de vacuidad (desde el área cognitiva). Al haber una interrelación entre ambos factores, se trabajó en ambas vertientes de forma conjunta; por un lado, mejorando la expresión emocional, y, por otro, reestructurando formas más adaptativas de pensar en el inmediato y en el futuro a corto plazo. Esto es en términos de actividades y conductas que le movilicen hacia una conciencia de tener capacidad de crear una vida que le proporcione sentido hacia la consecución de diversos objetivos, no solo a gran escala, sino también desde la cotidianidad.

Las sesiones consistieron principalmente en diálogos y tareas acerca de la gestión de las emociones en general y en especial de las emociones negativas a través de la enseñanza de habilidades de regulación emocional, así como en actividades para combatir la sensación crónica de vacío, a través de la realización de actividades agradables, el aumento en la experiencia de acontecimientos emocionales positivos, la respiración y la relajación (habilidades básicas de conciencia). Asimismo, se trabajó en actividades para distraerse, darse estímulos positivos, mejorar el momento y centrarse en los pros y contras de las crisis (habilidades para tolerar el malestar). Con esto se buscó una mejoría en la forma de respuesta intrapsíquica y exteriorizada de la emoción de una forma más adaptativa para evitar que el vacío emocional precipite actividades de autolesionismo, conducta e ideación suicida, y para mejorar la adquisición y mantenimiento de relaciones interpersonales sanas de forma secundaria. Asimismo, hubo algunas intervenciones telefónicas breves a solicitud del consultante. Las tareas para el hogar utilizadas estuvieron basadas en fichas publicadas por Marsha Linehan en su libro “Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite” [6]. Los objetivos trazados en las sesiones fueron:

1. Dar a conocer el modelo TDC.
2. Identificar y comprender el concepto general de emoción y sus tipos.
3. Facilitar el autoconocimiento de la forma en que el cliente gestiona sus emociones.
4. Adquirir habilidades en regulación de emociones.

5. Adquirir habilidades básicas de conciencia para combatir la creencia de vacuidad.
6. Brindar técnicas para facilitar el sueño en vista del insomnio crónico.
7. Adquirir habilidades de tolerancia al malestar en la experiencia vital en el contexto del cliente.
8. Confrontar el estado actual con manifestación persistente de síntomas incompatibles con dicho estado, como forma de adquirir conciencia de los cambios tendientes a la mejoría, debido a resistencia a esta.
9. Realizar retroalimentación y resumen de las habilidades aprendidas, logros y desafíos.

Se presenta un esquema resumido del protocolo de intervención aplicado (Tabla 1).

Tabla 1. Protocolo de Intervención Psicológica Breve Resumido (TDC)

Sesión	Actividades y técnicas empleadas	Objetivos
1	Psicoeducación, diálogo con preguntas generadoras y escucha atenta*. Conversatorio sobre el modelo. Diálogo y expresión de las propias concepciones sobre el tema.	1 y 2.
2	Conversatorio sobre el esquema de respuesta emocional según TDC. Diálogo sobre la forma en que el cliente gestiona sus emociones. Tarea: identificar una emoción negativa propia y revisar el acontecimiento desencadenante.	2, 3 y 4.
3	Continuación del diálogo de la sesión previa. Revisión de ficha: "Observar y describir las emociones". Tarea: revisar emociones "negativas" a la luz de ficha "Regulación de las Emociones".	4.
4	Diálogo en torno a reconocer y abordar las emociones propias y su papel en la propia existencia y la felicidad. Enseñanza de algunos pasos para dejar que las emociones no queden atrapadas. Revisión de tarea. Entrenamiento en técnicas generales para facilitar el sueño. Tarea: realizar actividades de autoeficacia y distractoras. Lectura de ficha sobre "Programa de actividades agradables para el adulto".	4, 5 y 6.
5	Diálogo sobre: - Habilidades para tomar acciones en torno a las emociones negativas. - Aumentar el número de acontecimientos emocionales positivos (darse y regalarse momentos). Revisión de tarea.	4 y 5.
6	Diálogo sobre actividades recreativas y positivas. Enseñanza y práctica de respiración profunda y relajación progresiva de Jacobson.	5.
7	Diálogo en torno a: - Significado de la tolerancia al sufrimiento. - Estrategias de supervivencia a las crisis y emociones insoportables invasivas.	5 y 7
8	Diálogo en torno a: - Estrategias y habilidades de tolerancia al sufrimiento. - Actividades recreativas y positivas. Tarea: ficha "Dejar que el sufrimiento emocional siga su curso: conciencia de la emoción actual".	5 y 7
9	Diálogo en torno a: - Estrategias y habilidades de tolerancia al sufrimiento. - Actividades recreativas y positivas que pueden realizarse. Revisión de tarea. Revisión de ficha "Controlar la propia mente".	5 y 7
10	Diálogo en torno a: - Estrategias y habilidades de tolerancia al sufrimiento. - Actividades recreativas y positivas que puede realizar el paciente. Confrontación con sus propios avances clínicos.	5, 7 y 8.
11	Retroalimentación sobre habilidades aprendidas, logros y desafíos. Se entrega Hoja de Recomendaciones.	9.

Nota. Elaboración propia.

* La psicoeducación, el diálogo y la escucha atenta estuvieron presentes en todas las sesiones.

Discusión

De acuerdo con Storebo et al. [5], a través de un análisis Cochrane, la TDC demostró eficacia en el tratamiento de los sujetos portadores de TLP, logrando disminuir el autolesionismo, la ira inadecuada y mejorando el funcionamiento general de la persona. Asimismo, García Saiz y Camus Bueno [14] observaron, a través de un estudio con 4 pacientes con TLP de un hospital español, que la intervención de los pacientes en este tipo de terapia aportó una mayor cantidad de recursos que les permitieron gestionar de mejor forma sus emociones, para la autorregulación y para frenar conductas de índole impulsivo perjudiciales para sí mismos. Otro estudio de Berk et al. [15], que evaluó a 173 jóvenes con historia de autolesionismo e ideación suicida tratados con TDC, mostró que el 70 % tuvo remisión de los intentos de suicidio y mejores tasas de recuperación en el autolesionismo no suicida. Asimismo, Crawford y Barnicot [16] estudiaron a 90 pacientes a los que se les aplicó la TDC versus terapia basada en la mentalización, encontrándose que los que recibieron la TDC reportaron mayor reducción en el autolesionismo y una mejoría en la regulación emocional a un año de instaurado el tratamiento. Dado lo anterior, se procedió a aplicar la TDC al paciente, dado el cuadro clínico que exhibía y a la efectividad evidenciada en la documentación científica disponible.

Desde el punto de vista cuantitativo, al comparar los resultados de la prueba LSB-50 al inicio y final de la intervención, pudo observarse que las escalas de validez siguen mostrando datos de magnificación, al reportar un alto índice de severidad, con un gran número de síntomas presentes e intensos. Muestra sin embargo una leve mejoría en el número total de síntomas presentes, persistiendo con un índice de riesgo psicopatológico muy alto.

No obstante, resulta prudente comprender que, si bien las escalas de validación muestran datos de magnificación, desde el punto de vista clínico pudo observarse la mejoría reportada. Esto describe al paciente como una persona con importante dolor emocional y que manifiesta adicionalmente ideas hipocondríacas y de minusvalía, como una forma de pedir ayuda. Al finalizar el tratamiento, se refleja una mejoría en algunos ámbitos relevantes, principalmente en hostilidad, que se había venido manifestando con conductas abiertas de autoagresión y de dificultades en la interacción interpersonal. También se denota una disminución de los síntomas depresivos, ansiosos y del número de síntomas presentes (Figura 1), lo cual representa indicadores de que el tratamiento ha logrado producir una mejoría clínica y por lo tanto, refleja su efectividad. Lo anterior es dado que el paciente ya tenía instaurada de forma larvada en el tiempo otros esquemas psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, y no había mostrado cambios.

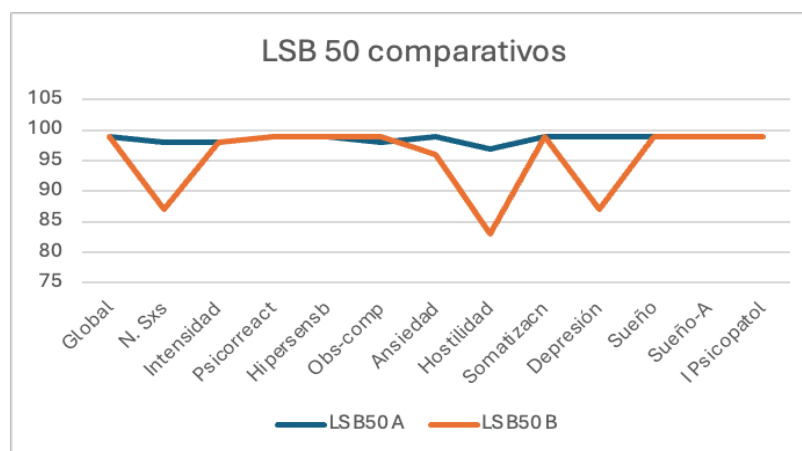


Figura 1. Comparación de los puntajes de la prueba LSB 50 antes y después de la intervención psicoterapéutica

Nota. Comparativo de resultados de las pruebas LSB 50 aplicadas al cliente antes (LSB-50 A) y después (LSB-50 B) del proceso psicoterapéutico breve (LSB50 B).

Fuente: Elaboración propia con los resultados de las pruebas.

Desde la perspectiva cualitativa, mostró un cambio actitudinal sobre el proceso terapéutico, con una visión proactiva. Además, demostró un cambio positivo en su estado emocional, pasando de un afecto aplanado y en ocasiones disfórico, a la eutimia, a sonreír y a mostrarse empático. Se describió más pleno y organizado, con mayor energía e interés para actividades cotidianas y de interacción con pares, proponiéndose nuevos proyectos laborales y académicos. Todo lo cual contrasta con su creencia de vacuidad.

En vista de lo breve de la psicoterapia instaurada, al intuir que el número de sesiones llegaba a su fin, comenzó a referir aumento de la sintomatología, lo cual pudo estar relacionado con su miedo al abandono, lo cual obligó a trabajar en un objetivo al respecto, ya que contrariamente, en su discurso expresaba elementos claramente tendientes a la mejoría.

Durante su proceso, no presentó gestos ni intentos suicidas, así como tampoco autolesionismo o internamientos hospitalarios, e indicó adherencia al tratamiento psicofarmacológico a dosis terapéuticas. Debido a lo corto del proceso, no se pudo trabajar directamente con habilidades de relación interpersonal, sin embargo, secundariamente refirió mejoría en la forma en que ha abordado una relación conflictiva, de una manera más asertiva y equilibrada.

CONCLUSIÓN

Se evidenció mejoría clínica en la persona tratada, coincidente con los resultados de otros estudios clínicos según la literatura científica, incluyendo estudios Cochrane [5, 14, 15]. Se observó una clara mejoría dada por la ausencia de intentos suicidas o autolesionismo; un mejor ajuste emocional pasando del aplanamiento afectivo y la disforia hacia la eutimia; mayor tendencia hacia la proyección a futuro y en las actividades de la vida diaria; disminución de la hostilidad y adherencia al tratamiento psicofarmacológico; además, no se dieron nuevos ingresos hospitalarios, y hubo una baja en el número de síntomas presentes, de los síntomas ansiosos y depresivos.

En vista de estos resultados, se asocia mejoría clínica con el protocolo utilizado en el abanico de habilidades trabajadas. Se requieren más estudios científicos, incluyendo los estudios controlados, para medir eficacias similares en otros sujetos con características similares; no obstante, el caso particular ha redundado en los rubros de autolesionismo, ideación suicida, disminución en la frecuencia de internamiento y en la hostilidad, así como el mejoramiento general en la regulación emocional.

El esquema terapéutico debe asociarse con una relación profesional empática, en que la escucha activa sea la constante en todas las intervenciones y se instauren tareas para el hogar, que impliquen la revisión de lo trabajado en sesiones y la experimentación de actividades propias de la habilidad que se esté trabajando.

Como es sabido, los clientes portadores de TLP tienden a establecerse en el síntoma desde una perspectiva de negativismo hacia su mejoría, por lo que, de acuerdo con lo experimentado en el presente plan terapéutico, resulta conveniente tomar algunas sesiones finales, para realizar devoluciones de los avances, con el fin de favorecer en el cliente la comprensión de la mejoría de sus molestias.

El cliente con TLP tiene una tendencia a evitar el abandono real o imaginado, lo cual puede ser llevado al seno de la relación con el terapeuta, para lo cual se recomienda instaurar en las últimas sesiones devoluciones de los cambios tendientes a la mejoría, enfatizando en que estos se pueden mantener, con el trabajo proactivo, una vez que cese la intervención terapéutica; así como hacer ver su propia capacidad para conservar y mejorar su salud, su independencia y autonomía. Asimismo, comunicar que es esperado sentir miedo de

abandonar la relación terapéutica y asumir los retos de afrontar la vida sin ella, pero que cuenta con nuevas habilidades que le ayudarán a la consecución de sus objetivos vitales.

Declaración de conflicto de interés

No existe ningún conflicto de intereses en el presente estudio de caso.

Declaración de financiamiento

No se obtuvo financiamiento externo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz Blasco R. Estudios de caso único siguiendo el protocolo de los tratamientos bien establecidos: un nexo entre la investigación y la práctica clínica. *Rev Casos Clín Salud Ment.* 2015;3(1):I-III.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.* 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
3. Pinta Riofrio M, Tovar Proaño A, Checa Huilcatoma S, Manuel Benites R. Actualización sobre el trastorno límite de la personalidad. *Rev Cienc Méd Pinar Río.* 2023;27(Suppl 2).
4. Chacón Retana F. Estudio de caso sobre regulación emocional de la terapia dialéctica conductual en paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad límite. *Cienc Salud-UCIMED.* 2023;7(1):59-71.
5. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5(5):CD012955.
6. Linehan MM. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.* Barcelona: Paidós; 2003.
7. Vargas Bustos J. Evaluación psicológica clínica: conductual, cognitivo conductual e interconductual. *Cienc Tecnol Interconductual.* 2023;3(1):1-15.
8. Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. Código de Ética y Deontología del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica [Internet]. San José: Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica; 2019 [citado 2025 jun 27]. Disponible en: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=88959&nValor3=116568&strTipM=TC
9. Rojas Alfaro Z. *El examen psiquiátrico del paciente.* San José: CENDEISSS-UCR; s.f.
10. Morey L. *Inventario de la evaluación de la personalidad (PAI): manual de aplicación, corrección e interpretación.* 2a ed rev. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
11. Ben-Porath YS, Tellegen A. *MMPI-2-RF: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado: manual.* Madrid: TEA Ediciones; 2009.
12. Ostrosky F, Gómez E, Matute E, Rosselli M, Ardila A, Pineda D. *Neuropsi Atención y Memoria.* 2a ed. México: Manual Moderno; 2012.
13. de Rivera L, Abuín M. *LSB-50: listado de síntomas breves: manual.* Madrid: TEA Ediciones; 2012.

14. García Saiz A, Camus Bueno A. Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Psychol Res. 2021;4(2):71-92.
15. Berk M, Gallop R, Asarnow J, Adrian M, Hughes J, McCauley E. Remission, recovery, relapse, and recurrence rates for suicide attempts and nonsuicidal self-injury for suicidal youth treated with dialectical behavior therapy or supportive therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2024;63(9):888-897.
16. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalization-based therapy for borderline personality disorder. Psychol Med. 2019;49(12):2060-2068.