

Entrenamiento en habilidades de regulación emocional: estudio de caso de una paciente con Trastorno Límite de Personalidad, ansiedad y problemas tiroideos

Training in emotional regulation skills: Case study of a patient with Borderline Personality Disorder, anxiety and thyroid problems

Tatiana María Blanco-Alvarez

Universidad Estatal a Distancia (UNED), San José, Costa Rica

Resumen

Este artículo presenta un estudio de caso clínico único realizado sobre una consultante con comorbilidad de trastorno límite de personalidad y ansiedad asociada a hipotiroidismo. Con el objetivo fortalecer sus habilidades de regulación emocional, se llevó a cabo un proceso de psicodiagnóstico y psicoterapia breve basado en la Terapia Dialéctico Conductual. Con este, se logró una reducción significativa de la sintomatología y una mejora la gestión emocional, especialmente para manejo del su enojo.

Palabras clave: Regulación emocional, psicoterapia breve, trastorno límite de personalidad, ansiedad, hipotiroidismo.

Abstract

This article presents a unique clinical case study carried out with a client with comorbidity of borderline personality disorder and anxiety due to hypothyroidism. With the aim of training emotional regulation skills, a brief psychodiagnosis and psychotherapy process based on Dialectical Behavioral Therapy was carried out, with which a significant reduction in the symptoms presented by the client was achieved and she developed skills to mainly manage her anger.

Keywords: Emotional Regulation, Brief Psychotherapy, Borderline Personality Disorder, Anxiety, Hypothyroidism.

Tatiana María Blanco-Alvarez, Ministerio de Justicia y Paz, San José, Costa Rica. Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Tatiana Blanco Alvarez, Universidad Estatal a Distancia (UNED), San José, Costa Rica. Correo electrónico: tblanco@uned.ac.cr



Los estudios de caso único son herramientas de comunicación entre miembros de la comunidad científica que permiten develar resultados específicos en personas con características clínicas particulares luego de la aplicación de modelos de diagnóstico, intervención y seguimiento. Son conocidos como diseños de $N = 1$, y “[...] evalúan el efecto de una intervención particular en una unidad específica, siendo su principal objetivo el control de las variables extrañas para determinar con mayor seguridad si los cambios observados se deben a la intervención” (Kazdin, 2016 citado en [De Vicente et al., 2020](#), p. 70). Particularmente, en el presente estudio, se aplicó esta estrategia con el fin de establecer el diagnóstico psicopatológico y los resultados obtenidos luego de implementar una psicoterapia breve basada en el modelo de Terapia Dialéctico Conductual (TDC), la cual ha demostrado eficacia en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

El trastorno límite de personalidad (TLP) es una psicopatología caracterizada, principalmente, por la disregulación emocional, lo que tiene consecuencias a nivel de relaciones interpersonales, toma de decisiones y la definición del sí mismo, con alteraciones conductuales significativas en cuanto al manejo de la ira y la impulsividad ([Domenech, 2019](#)). Además, es uno de los trastornos mayormente asociados a la presencia de conductas de riesgo, como suicidas o autolesivas, con tasas de hasta el 10% de consultantes que cometen suicidio y de hasta 60 o 70% que presentan intentos suicidas ([Vera et al., 2019](#)). Esta situación impacta tanto la calidad de vida de las personas que lo padecen como las de sus redes de apoyo, quienes suelen experimentar frustración y enojo al no poder comunicarse o negociar con este tipo de consultantes.

En el presente caso, el abordaje del área de regulación emocional desde la TDC permitió dar atención a la sintomatología del trastorno de ansiedad de la consultante que es comorbilidad con el TLP y originado por hipertiroidismo. Es frecuente que consultantes con TLP presenten trastornos de ansiedad asociados ([NIHM, 2022](#)).

El hipotiroidismo es una “patología sistémica generada por la disminución funcional de la glándula tiroides a nivel tisular, esta es una glándula endocrina, que entre sus funciones se destaca por la regulación de hormonas” ([Aldas et al., 2021](#), p. 22). Esta enfermedad suele ser más prevalente en mujeres que en hombres, entre 1 y 2% de la población mundial, suele diagnosticarse a través de análisis de los niveles de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y, aunque existe farmacoterapia específica para tratar los síntomas, la tiroidectomía suele ser una opción cuando otros tratamientos han fallado o están contraindicados.

Cuando se desarrolla cáncer de tiroides, suele deberse a predisposición genética o exposición a radiación ([Zambrano et al., 2021](#)). Cabe destacar que:

La ansiedad es un síntoma común frecuente en esta patología que puede acompañar o incrementar los síntomas característicos de la enfermedad hipotiroides, que son ánimo triste, letargo, ganancia de peso, hipersomnia, disminución en la concentración y alteraciones en la memoria, disminución de la libido e ideas suicidas, piel seca, intolerancia al frío, cabello escaso y quebradizo y mixedema. ([Balderas et al., 2023](#), p. 2).

Terapia Dialéctico Conductual

Generalmente, los modelos de psicoterapia cognitivo conductual de tercera generación cuentan con soporte empírico que evidencia su eficacia; dentro de los modelos de tercera generación, se encuentra la terapia dialéctico conductual (TDC). González (2020), con respecto a los modelos psicoterapéuticos dialéctico conductual y cognitivo conductual, destaca que “la TDC se puede diferenciar de la TCC en que esta última sólo se enfoca en la necesidad de cambio en el paciente, mientras que la primera incluye tanto el cambio como la aceptación del entorno y del sí mismo” (p. 6). La doctora Marsha Linehan, autora del modelo de la TDC, se basa en la teoría biosocial y en terapias psicológicas basadas en evidencia, como la terapia cognitivo conductual. Recurre a un marco filosófico dialéctico y de budismo Zen con la aplicación del Mindfulness como estrategia por utilizar en personas que presentan TLP (Albarrán et al., 2020).

Uno de los objetivos del modelo de la TDC es “ampliar las estrategias destinadas a la regulación emocional” (Albarrán et al., 2020, p. 7). Lo anterior se consigue a través del entrenamiento grupal e individual en habilidades de modulación emocional; sus diferentes modalidades de atención propician “la terapia individual, contacto telefónico, consulta del terapeuta, entrenamiento grupal en habilidades y estructuración del ambiente” (Albarrán et al., 2020, p. 7).

Al ser un tipo de intervención transdiagnóstica, permite disminuir la desregulación emocional asociada a diferentes patologías (Feliu, 2021). Por regulación emocional, se entiende a “la capacidad de la persona para disminuir el malestar emocional que le provocan las respuestas secundarias intensas a las emociones primarias” (Chacón, 2023, p. 63).

En esta línea, Feliu (2021) llevó a cabo un estudio metaanalítico para establecer la efectividad de la TDC en disminuir la desregulación emocional y encuentra que “la TDC evidencia mejores resultados en el desarrollo de habilidades para gestionar adecuadamente las emociones” (p. 16). En relación con el presente caso de estudio, uno de los principales resultados de Feliu (2021) fue que “el entrenamiento en habilidades de la TDC tiene un efecto en la experiencia y expresión de la ira, aumentando la frecuencia de la expresión asertiva de esta” (p. 16).

Por su parte, el metaanálisis de Domenech (2019), encontró que al comparar la TDC contra otros modelos psicoterapéuticos, esta presenta reducciones en las conductas parasuicidas y autolesivas, los ingresos a nivel hospitalario, la sintomatología depresiva y ansiosa, la presencia de angustia emocional, las ideas disociativas y en la sintomatología psiquiátrica global. Además, se hallaron mejorías significativas del funcionamiento global de la persona que padece TLP en cuanto a la relación terapéutica establecida.

Por otro lado, en el metaanálisis realizado por González (2020), se tomaron en cuenta estudios realizados durante las dos décadas anteriores. Destaca que las modificaciones y adaptaciones que se suelen realizar al modelo tienen implicaciones al momento de obtener resultados favorables según la sintomatología que se pretende dar atención. Sin embargo, se destaca que “la TDC da lugar a mejores resultados que el tratamiento usual en pacientes con TLP, tanto en la severidad de los criterios diagnósticos de dicho trastorno como de las variables psicológicas secundarias que se relacionan con el mismo” (p.

29). Por su parte, el metaanálisis realizado por Blázquez et al. (2020) encontró que “si el factor de disregulación emocional es transdiagnóstica en el TLP y TAG (trastorno de ansiedad generalizada), como en otros diagnósticos clínicos, los mecanismos de cambios subyacentes a la TCD para el TLP podrían ser igualmente efectivos en ambos casos” (p. 28).

Según lo anterior, con el fin de alcanzar el objetivo terapéutico se aplicaron las técnicas de psicoeducación, entendida como el “proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo” (Bulacio et al., 2004, p. 2). El debate dialéctico es una herramienta utilizada en TDC mediante el cual se “presenta una posición extrema (tesis) y pregunta si el consultante está de acuerdo. Una vez que el consultante acuerda, el terapeuta argumenta en contra (antítesis), el consultante debe acercarse hacia el centro para de ese modo estar más balanceado” (Boggiano & Gagliesi, 2020, p. 479).

Otro concepto que es relevante en este estudio es el de entrenamiento o ensayo conductual, que es un procedimiento mediante el cual se logra el cambio de conducta a través de la representación de respuestas asertivas y efectivas para hacer frente a diferentes situaciones que se pueden presentar en la vida real y que tienden a ser problemáticas en la persona consultante (Caballo, 2007). El entrenamiento o modelamiento encubierto, por otro lado, es un proceso mediante el cual “se entrena al paciente en la repetición simbólica de la conducta apropiada mediante un modelo imaginado” (Dahab et al., 2005, p. 3).

Identificación de la consultante

La consultante es una mujer cisgénero de 48 años, costarricense, casada hace 27 años; con su actual esposo, procreó a un hijo de 27 años y una hija de 23 años. Cuenta con un nivel educativo de licenciatura universitaria en administración de empresas y trabaja como encargada de una tienda de mascotas. Cuenta con antecedentes de hipotiroidismo, cáncer de tiroides y posible cáncer de mama.

Motivo de referencia, consulta o evaluación

La consultante fue informada de las implicaciones del proceso de evaluación y atención psicoterapéutica, y firmó el consentimiento informado aceptando participar voluntariamente en él, tomando en cuenta las condiciones que establece el Código de Ética y Deontológico del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, en sus artículos 32 y 33. Asimismo, en apego al Lineamiento del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica para la práctica de la Telepsicología en adscripción al Art. 49, se informó y autorizó la posibilidad de realizar sesiones vía virtual.

La consultante asiste al proceso por sus propios medios, respondiendo a un anuncio en redes sociales en el que se solicitaba una persona dispuesta a participar de un proceso de psicodiagnóstico y psicoterapia breve gratuito con fines académicos. Como motivo de consulta, indicó: “Creo que mucho de lo que he pasado es depresivo. Pienso que nadie me entiende. Quiero que me ayuden a poder sentirme bien, estar tranquila, no sentir ganas de llorar, y no frustrarme”.

Historia clínica de relevancia

La consultante es la hija mayor de una pareja divorciada; tiene un hermano quien, con su nacimiento, la llevó a pensar que perdería el amor de sus padres, por ser más blanco que ella; también, tiene una hermana a quien ha considerado como una hija, pues es 21 años menor. Además, indicó que dos primas y un primo tuvieron internamientos psiquiátricos a raíz de que intentaron quitarse la vida.

Se describe a sí misma como mujer, esposa y madre, con dificultad para señalar aspectos positivos o negativos de sí misma más allá de dichos roles. A nivel interpersonal, no contaba con amistades, ya que le recargaba tener que interactuar con otras personas, llegando a no contestar el teléfono así fuese su familia quien le contactara.

Sobre su infancia, destacó varios eventos significativos. De niña, murió su bisabuela atropellada por un autobús, hecho que la afectó emocionalmente por el vínculo que compartían. A los cuatro años estuvo en control en el Hospital Nacional de Niños porque era inquieta, impulsiva y agresiva tanto con sus familiares como con sus compañeros; estuvo en seguimiento durante un año, pero luego de que le realizaran exámenes neurológicos, le dieron de alta, sin saber precisar el diagnóstico. A los seis años estuvo en seguimiento por audiología, ya que gritaba y estaban descartando que fuera sorda. En la primaria, le era difícil concentrarse; a su madre la llamaban constantemente de la escuela porque peleaba físicamente con sus compañeros y no ponía atención en clase; golpeaba a los niños que le atraían y, en una ocasión, le enterró un lápiz en el brazo a un compañero por apuntar su nombre en la pizarra. Desde que nació, padeció de enuresis hasta los 11 años. A los 11 años empezó a comer helados como estrategia para sentir bienestar; desde entonces, solía ingerir helados la mayor parte de los días, con problemas digestivos de no hacerlo.

La paciente nombra, también, acontecimientos significativos en la adolescencia. A los 18 años, cuando termina una relación con su segundo novio, experimentó una crisis emocional. A los 19 años tuvo su primer trabajo, en el que tenía problemas con su jefatura debido a que no era de su agrado que le dieran órdenes con respecto a aspectos que ella no compartía, por lo que decide renunciar antes de que la despidieran.

Luego, y también a nivel laboral, trabajó durante seis meses en un banco, pero renunció debido a que quedó embarazada de su primer hijo y experimentó depresión en esa época. Después, trabajó en un supermercado, donde inicialmente tuvo conflictos con su jefatura directa, por lo que la cambian de departamento, donde trabajó adecuadamente hasta que recibió el diagnóstico de cáncer de tiroides; renunció a raíz de las cirugías y allí fue que perdió sus beneficios económicos. Cuando trabajaba como contadora en su último trabajo, solía robar dinero maquillando los números, hecho que hacía adrede y sin que fuera descubierta por sus jefaturas. Al momento del psicodiagnóstico e intervención, trabajaba atendiendo una tienda de alimento para mascotas de su familia.

En su adultez se han presentado varios acontecimientos significativos. A los 27 años le realizan una salpingectomía. A los 30 años le diagnosticaron cáncer de tiroides, el cual fue tratado con yodo radiactivo, radioterapia y cirugía; indicó que, según el diagnóstico, sus problemas de tiroides iniciaron a los 13 años, hecho agravó sus síntomas emocionales.

A los 33 años le extrajeron la tiroides y 21 tumores que tenía a nivel linfático. A los 35 años tuvo un accidente de tránsito en el que experimentó el síndrome del latigazo. A los 38 años murió su padre y, una semana después, la someten a la segunda cirugía de tiroides, lo que agravó su tristeza del duelo. A los 45 años fue sometida a una histerectomía y fue diagnosticada con tumores mamarios a los 47 años, los cuales le desencadenaron síntomas depresivos. Desde los cinco años hasta los 43 años se desmayaba sin razón.

Con respecto a sus antecedentes de consumo de sustancias, indica que, a los 15 años inicia el consumo de tabaco y alcohol, lo cual reduce a los 20 años, con una ingesta máxima de cuatro litros de alcohol en un solo día. Menciona que, tras el diagnóstico del cáncer y a raíz del tratamiento farmacológico, elimina la ingesta de drogas por completo. Menciona que solía consumir jarabe para la tos como estrategia para conciliar el sueño, hasta que le recetan imipramina en el 2020.

La farmacoterapia que le han recetado incluye alfalcaldol, calcio iónico, butilbromuro de hioscina, cimetidina, morfina, nitrofurantoina, diclofenaco sódico (al cual es alérgica), paracetamol, metoclopramida, levotiroxina sódica y dimenhidrinato.

Mencionó que solía experimentar frustración, desinterés por la vida y el futuro y culpa. Estos se originaron por los cambios de estilo de vida producto de su renuncia a su trabajo luego de la segunda cirugía, pues tuvo que mudarse y alquilar vivienda.

Generalmente, sus pensamientos se disparaban por situaciones externas que le recuerdan su condición de vida; cuando no podía solucionar los problemas, experimentaba ira, y el enojo solía aparecer luego de experimentar tristeza. El enojo solía dirigirse hacia otras personas; no obstante, cuando alcanzaba el nivel máximo de frustración, solía auto lacerarse. Le han indicado que su semblante cambia repentinamente cuando experimenta enojo o frustración.

Por otro lado, experimentaba sentimientos de vacío sin encontrarle sentido a la vida. También, presentaba arrebatos conductuales, a los que se refería como berrinches, en los que pasaba hasta cinco días sin ingerir alimentos y cuando se enojaba llegaba a provocarse el vómito. Señaló varios intentos de recibir atención por parte de profesionales en salud mental en el sistema de salud nacional, pero los médicos le indicaban que sus síntomas eran esperables para su condición, lo que le provocaba malestar emocional, al considerar que no prestaban especial atención a la afectación funcional que experimentaba a causa de sus síntomas.

Evaluación clínica con diagnóstico

Como se adelantó, en este estudio de caso único $N = 1$ se realizó una intervención breve basada en la TDC. Inicialmente, se llevó a cabo un psicodiagnóstico mediante la aplicación de una entrevista psicológica clínica semiestructurada proporcionada por la Universidad Fidelitas; también, se realizó una observación conductual y un examen mental, además de pruebas psicométricas auto aplicadas para la obtención de información psicopatológica, de personalidad y de funcionamiento cognitivo; por último,

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

se realizó una consulta a información clínica relevante de registros médicos en el Sistema Integrado de Salud (EDUS). A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

Inventario de Evaluación de Personalidad (PAI). Es un instrumento de evaluación diseñado para proporcionar información sobre las variables clínicas críticas. Se utiliza con la finalidad de detectar sintomatología asociada a trastornos clínicos, rasgos y trastornos de personalidad, funcionamiento a nivel interpersonal, así como posibles consideraciones para efectos del tratamiento (Morey, 2012). Los resultados obtenidos fueron válidos, consistentes e interpretables. La paciente, prestó la adecuada atención y respondió a los ítems de manera consistente.

De acuerdo con las escalas clínicas y subclínicas, se encontraron indicadores de infelicidad al menos una parte del tiempo; de sentirse impotente y sin capacidad para realizar cambios positivos en su vida; labilidad emocional, con cambios emocionales rápidos y extremos; y sentir frustración a menudo. Se suman preocupaciones significativas sobre la salud y el cuerpo, miedos específicos o preocupaciones, poca confianza en sí misma, con predisposición a dudar de sí misma, pesimista, pragmática, incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales importantes, dificultad para darle un sentido a la vida y egocentrismo. También, hay indicadores de ansiedad social, problemas de concentración e indecisión, irritabilidad, suspicacia y hostilidad, confusión y retraimiento, impasibilidad y reserva, impulsividad e imprudencia, enfado, con conductas ambivalentes en sus relaciones sociales, furiosa gran parte del tiempo y expresa libremente su ira y hostilidad, y riesgo moderado de conducta violenta. Además, enfermedad física debilitante que causa problemas sensoriomotores, y señales fisiológicas asociadas a ansiedad; desconfianza en las relaciones cercanas y pocas amistades, suele mantener relaciones superficiales guardando cierta distancia, con relaciones laborales y sociales probablemente muy forzadas, que probablemente envidia los logros y éxitos de otras personas, poco interés por la vida de las demás personas e incomodidad en las interacciones sociales. En cuanto a las consideraciones psicoterapéuticas, se encontraron indicadores de presencia de rasgos límites de la personalidad, capaz de reconocer grandes dificultades en su día a día y percibir clara necesidad de ayuda para tratar dichos problemas.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2RF). Es una versión revisada de los 338 reactivos del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2, de Butcher et al., 2001), diseñado para proporcionar una evaluación exhaustiva y eficiente de las variables clínicas. Este instrumento se utiliza con la finalidad de detectar sintomatología asociada a trastornos mentales desde el modelo dimensional de la psicopatología, por lo que se tienen en cuenta aspectos somáticos, de internalización y externalización, relaciones interpersonales e intereses (Ben-Porath & Tellegen, 2015).

Los resultados fueron válidos, consistentes e interpretables. Se encontró psicopatología genuina, con combinación de respuestas que puede presentarse en personas tanto con problemas médicos como alteraciones emocionales sustanciales que reportan síntomas verosímiles. De acuerdo con las escalas globales, clínicas y subclínicas, se encontró malestar emocional considerable que puede percibirse como crisis, con confusión emocional considerable, sentirse abrumada y sumamente desdichada, triste e insatisfecha con su vida, sin esperanza y pesimista, sentirse inútil y carecer de confianza.

Además, la paciente reportó problemas de memoria, dificultades para concentrarse, limitaciones intelectuales y confusión, anhedonia significativa y falta de interés, experiencias emocionales negativas, como ansiedad, enojo y miedo, rumiación, miedos múltiples que limitan significativamente su actividad normal dentro y fuera de casa y creencias cínicas hacia los demás. También, reportó pasividad, indecisión e ineficacia, con reactividad al estrés, con inhibiciones conductuales debidas a emociones negativas, impulsividad, con características antisociales, antecedentes de conducta problemática en la escuela, conductas agresivas, violentas físicas y pérdida de control.

Aunado a lo anterior, reportó sensación general de malestar manifestado en mala salud y cansancio, debilidad e incapacidad física, muchas quejas gastrointestinales, dolor difuso de cabeza y cuello, dolores de cabeza recurrentes y desarrollo de dolor de cabeza cuando se altera, y numerosas quejas neurológicas. Por último, reportó alejamiento social y la evitación de situaciones e interacciones sociales, introversión social, sospecha de las demás personas y se alinea respecto con ellas, con agresividad en las relaciones interpersonales, relaciones familiares conflictivas y falta de apoyo, sin disfrute de eventos sociales, avergonzarse con facilidad y sentirse incómoda con otras personas. En cuanto a los rasgos de personalidad patológica, se encontraron indicadores de emocionalidad negativa e introversión, los cuales son consistentes con el trastorno de personalidad limítrofe del grupo B.

Listado de Síntomas Breve (LSB-50). Este instrumento se utiliza con la finalidad de detectar tanto síntomas que sugieren presencia de patología como indicadores de molestias de la vida cotidiana, sin que resulten patológicas necesariamente (Rivera & Abuín, 2012). Los resultados de la consultante fueron válidos e interpretables.

Ella reportó síntomas con intensidad clínicamente significativa, como pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento, malestar corporal debido a patología médica, síntomas característicos de depresión y alteraciones del sueño inherentes a estados depresivos-ansiosos. Al comparar sus resultados contra los obtenidos por poblaciones clínicas, se detectó presencia de malestar clínicamente significativo asociado a un cuadro psicopatológico.

NEUROPSI. Atención y Memoria (2 Ed). Es una prueba diseñada para evaluar en detalle distintos tipos de atención, entre los que se encuentran la atención selectiva, la sostenida y el control atencional, así como los tipos y etapas de memoria de trabajo, codificación, evocación y funciones ejecutivas. Esta prueba se utiliza para evaluar funciones cognitivas y ejecutivas, específicamente aquellas asociadas a orientación, atención y concentración, memoria y funciones ejecutivas (Ostrosky et al., 2012).

En cuanto al desempeño demostrado, se encontró que es capaz de ubicarse en tiempo, lugar y persona; sus habilidades de atención y concentración se encuentran preservadas, considerando su edad y nivel educativo. Así como su memoria de trabajo y codificación de información se encuentran preservadas, no obstante, presentó dificultades para la evocación de información. De igual manera, su funcionamiento ejecutivo fue el esperado para su edad y nivel educativo. Se encontraron dificultades a nivel de evocación de memoria lógica, verbal y figuras. Al realizar la sumatoria de las puntuaciones, se encontró que presenta preservadas la atención y funcionamiento ejecutivo, alteraciones leves para memoria y alteraciones leves para atención y memoria, al comparar sus resultados contra muestras normativas.

Diagnóstico

En el proceso de psicodiagnóstico, que llevó cinco sesiones, se encontró presencia de sintomatología ansiosa; si se toman en cuenta los problemas hormonales de la consultante, particularmente del hipotiroidismo, esta condición parece explicar los síntomas psicofisiológicos que presentaba. Por otro lado, su inestabilidad emocional era consistente con la presencia de un trastorno límite de personalidad, el cual incluye síntomas depresivos, enojo y cambios del estado del ánimo según las situaciones que debe afrontar a lo largo del día.

Se encontraron signos de desregulación emocional que afectaban su funcionamiento diario, desatendiendo su cuidado personal, alterando sus patrones de sueño y alimentación, provocando anhedonia y desinterés por la interacción social. La visión de sí misma estaba permeada por una sobredimensión de sus roles de pareja y materno, con dificultad para proyectarse a futuro, emitiendo conductas riesgosas, como escoriaciones, conductas delictivas, y no ingerir alimentos durante días, sin que hubiese un análisis de las consecuencias de estas, con dificultad para regular y expresar la ira y el experimentar episodios de despersonalización.

Se utilizó el modelo diagnóstico seccional citado en el DSM 5 ([Asociación Americana de Psiquiatría](#) [APA], 2014).

Sección 1:

301.83 (F60.3) Trastorno de la personalidad límite (A 3, 4, 6, 7, 8)

E03.9 Hipotiroidismo (adquirido); 293.84 (F06.4) Trastorno de ansiedad debido a hipotiroidismo (A, B, C, D, E)

Sección 2:

V62.29 (Z56.9) Otro problema relacionado con el empleo

V69.9 (Z72.9) Problema relacionado con el estilo de vida

V71.01 (Z72.811) Comportamiento antisocial del adulto

Sección 3:

Se administró el cuestionario de evaluación de la discapacidad mental WHODAS 2.0 de la OMS (2010). La puntuación del promedio fue 2.2 %; por tal motivo, se registró discapacidad mental global leve. Los dominios con alteración significativa de mayor a menor fueron: participación en sociedad (67.5%), principalmente en el impacto económico que ha tenido su condición de salud tanto a nivel personal como familiar; comprensión y comunicación (53.3%); cuidado personal (46%); y capacidad para moverse a su alrededor (44%), sin deterioro para relacionarse con otras personas y actividades de la vida diaria.

Intervención terapéutica

Para la intervención psicoterapéutica se tuvo como objetivo facilitar el desarrollo de habilidades de regulación emocional que propiciaran el afrontamiento de manera adaptativa a los estímulos externos que disparan la sintomatología; además de mejorar la calidad de las relaciones intra e interpersonales a través de la implementación de entrenamiento encubierto de estrategias de regulación, con base en el modelo de Terapia Dialéctico Conductual.

Áreas prioritarias de atención clínica

Partiendo de que la consultante presentaba diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno de ansiedad asociada a hipotiroidismo, con presencia de discapacidad mental (dificultades a nivel psicosocial que producen una alteración clínicamente significativa en su funcionamiento diario) y diferentes áreas de interés clínico, se consideró que el eje principal de atención debía ser la regulación emocional. Siguiendo el modelo de atención de McKay et al. (2017) basado en la Terapia Dialéctico Conductual de la Dra. Linehan, se consideró prioritario el desarrollo de habilidades básicas y avanzadas de regulación emocional, las cuales permiten reconocer, exponerse a y tener conciencia sin juzgar de las emociones, reducción de vulnerabilidad física y cognitiva, el incremento de emociones positivas y aprender a solucionar problemas, lo cual facilitó la disminución de la sintomatología psicofisiológica, emocional y cognitiva de la consultante.

Protocolo de atención

Se entiende por psicoterapia breve al modelo de atención centrado en las condiciones presentes de la persona, alcanzando el inicio del cambio conductual a través del trabajo de la sintomatología a nivel cognitivo y emocional (Chacón, 2023). Debido a que la atención brindada era de este tipo, se focalizó la atención en el eje de regulación emocional, lo que permitió estabilizar la sintomatología de la consultante y reducir sus conductas de riesgo.

Se llevaron a cabo nueve sesiones de una hora de duración una vez a la semana, en las que se hizo entrega de los resultados obtenidos en el proceso de psicodiagnóstico y se trabajaron las temáticas señaladas por McKay et al. (2017) para desarrollar estrategias de regulación emocional. Además, se realizaron recomendaciones clínicas relevantes con el fin de dar seguimiento al proceso psicoterapéutico y alcanzar adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico (ver Tabla 1).

Tabla 1
Protocolo de intervención

Sesión	Objetivos	Actividades realizadas	Técnicas empleadas
1	Entregar resultados del psicodiagnóstico y psicoeducar sobre TDC y TLP.	Se aclaró cada una de las secciones del diagnóstico. Se brindó información basada en evidencia con respecto a la TDC y el TLP.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Validación de emociones.
2	Entrenar en regulación emocional a través del reconocimiento emocional y la respiración y relajación.	Se brindó información basada en evidencia con respecto a las emociones. Se realizó un ejercicio in situ de identificación de emociones. Se entrenó en respiración diafragmática y se realiza un ejercicio guiado de relajación progresiva.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto y conductual.

Continúa...

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Sesión	Objetivos	Actividades realizadas	Técnicas empleadas
3	Entrenar en regulación emocional a través de la reducción del riesgo psicofisiológico.	Se identificaron los signos físicos y fisiológicos disparadores, la evidencia para sostener su hipótesis, cogniciones, emociones y conductas. Se brindó información sobre estilos de vida saludable y evitación de la conducta delictiva.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto. Análisis en cadena.
4	Entrenar en regulación emocional a través de la reducción del riesgo cognitivo.	Se explicó el papel de los pensamientos en la regulación emocional y la importancia de monitorearlos. Se entrenaron: la difusión del pensamiento, pensamientos de afrontamiento, y equilibrar pensamientos y sentimientos.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto.
5	Entrenar en regulación emocional a través de conductas alternativas.	Se discutió con respecto a su tendencia a anticipar reacciones de otras personas de manera catastrófica. Se explicaron estrategias como actividades que de focalización de la atención. Se realizó un ejercicio guiado de identificación y análisis emocional sin juzgar la emoción.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto.
6	Entrenar en regulación emocional a través de exposición a emociones.	Se explicaron las implicaciones psicofisiológicas de las emociones y sus correlatos neuroquímicos. Se realizó un ejercicio de exposición emocional guiado según un evento experimentado durante la semana.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto.
7	Entrenar en regulación emocional a través de hacer lo contrario a los impulsos emocionales.	Se explicó cómo poner en práctica conductas inversas, estar consciente del lenguaje corporal y conductual y preguntarse sobre razones para regular la intensidad de la emoción. Se realizó un ejercicio guiado de planear acciones inversas en posibles situaciones que se podrían dar en un futuro inmediato o cercano.	Psicoeducación Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto.

Continúa...

T. M. BLANCO-ALVAREZ

Sesión	Objetivos	Actividades realizadas	Técnicas empleadas
8	Entrenar en regulación emocional a través de la solución de problemas.	Se explicaron las fases de la solución de problemas según el modelo propuesto para la DBT, así como el papel fundamental de la comunicación asertiva y el modelo DEAR MAN. Se realizó un ejercicio de planificación de solución, utilizando como base una situación a la que podría hacer frente durante la semana.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Entrenamiento encubierto
9	Llevar a cabo el cierre del proceso.	Se aplicó el posttest. Se discutió con respecto a los resultados percibidos. Se brindaron recomendaciones a nivel personal, con el fin de que la consultante pueda dar seguimiento al proceso.	Psicoeducación. Debate dialéctico y didáctico. Validación emocional.

Resultados

De acuerdo con los cambios clínicamente significativos reseñados por la consultante a lo largo de la intervención, a nivel psicofisiológico se encontró que logró mejorar su postura corporal, mejoró su semblante y complexión facial, se eliminó la conducta de auto lacerarse su rostro y manos y su autocuidado mejoró considerablemente, al punto de maquillarse y peinarse para asistir a las sesiones, situación que no se daba durante las sesiones de psicodiagnóstico. Según reportó la consultante, durante el proceso se redujeron los episodios de gastritis y colitis; mejoraron sus hábitos alimenticios, solo ingería helado una vez a la semana al finalizar el proceso y esto tuvo implicaciones a nivel de su salud física; mejoraron sus problemas del sueño, logró dormir continuamente sin dificultades para conciliar el sueño y sin la necesidad de dormir durante el día.

A nivel conductual, logró implementar estrategias para incrementar las emociones positivas, como meditar al menos dos veces a la semana, practicar relajación diafragmática en la mañana y al medio día, dedicar tiempo a la jardinería, cuidar de sus mascotas, incrementar el aseo en su hogar y su lugar de trabajo y realizar reparaciones que tenía pendientes. Logró implementar las estrategias de realizar la acción contraria a la que le dictaban sus impulsos iniciales.

A nivel cognitivo, su autoconcepto mejoró. Al finalizar el proceso, presentaba pensamientos de bienestar y, ante situaciones estresantes, ansiógenas o que le provocan malestar emocional, logró implementar el análisis de coste y beneficio para regular la intensidad de la emoción.

A nivel emocional, logró regular sus emociones, particularmente la ira, evitando actuar en función de la emoción, reconociéndolas y reduciendo su intensidad. También, logró eliminar la valencia emocional de hechos que suceden a su alrededor y no son su responsabilidad.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Por último, a nivel interpersonal, logró establecer límites claros en su entorno familiar, aprendió a decir que no cuando es necesario y no asumir encargos que no le corresponden. Consiguió no expresarse en función de las emociones que experimenta y logró establecer una relación de amistad nueva con una vecina de su lugar de trabajo.

Evaluación de la eficacia del tratamiento psicológico

Con el fin de establecer una línea base en cuanto a los síntomas y malestar clínicamente significativo que presentaba la consultante, así como para determinar el efecto que pudo haber tenido la intervención psicoterapéutica efectuada, se aplicaron los instrumentos de Listado de Síntomas Breve (LSB-50) y Cuestionario para la evaluación de discapacidad (WHODAS 2.0). Se compararon los resultados obtenidos de manera pre y post tratamiento, tal y como se muestra a continuación.

En la Tabla 2 se observan reducciones significativas al comparar los resultados del pretest y el posttest. Se encontró un aumento en las dificultades a nivel de las actividades de la vida diaria; no obstante, se debe tener en cuenta que, desde el pretest, la consultante vio un incremento de su actividad física, particularmente de la realizada en su hogar, según los reportes que realizó durante las sesiones de intervención, lo que podría estar explicando el resultado obtenido en dicha área de funcionamiento.

Se encontró una mejora en el área de participación social, lo cual puede explicarse por el cambio de actitud que presentó la consultante. Antes de la intervención, interpretaba como catastróficos o aversivos los estímulos externos y, al momento del posttest, logró analizar desde una perspectiva dialéctica, tomando en cuenta los aspectos positivos y negativos de cada situación.

Tabla 2
Puntajes pre y posttest WHODAS 2.0

Ítem	Pretest	Posttest
Comprensión y comunicación	53.3	26.7
Capacidad para moverse en su alrededor	44	36
Cuidado personal	46	29
Relacionarse con otras personas	36	24
Actividades de la vida diaria	20	25
Participación en sociedad	67.5	25
Puntuación general	44.6	27.1

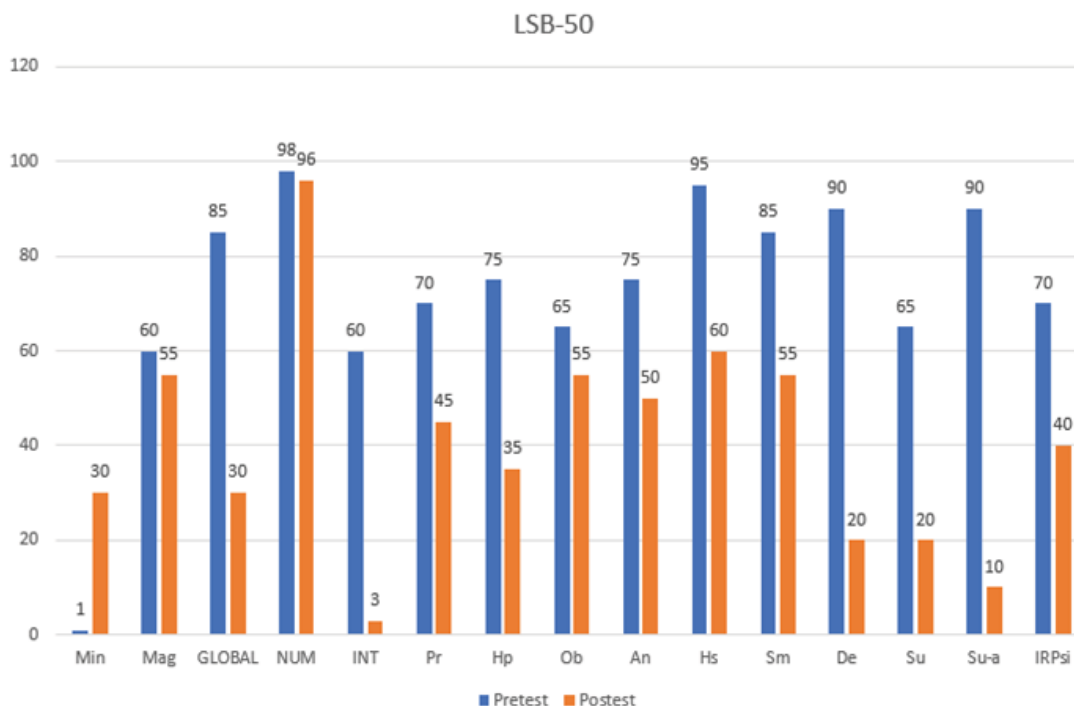
A nivel de comprensión y comunicación, la reducción de las dificultades se puede explicar por el desarrollo de estrategias y habilidades que facilitan y fomentan la concentración, aumentan la asertividad y mejoran las relaciones interpersonales con su círculo cercano. A nivel de cuidado personal, la consultante fue capaz de mantener y mejorar su higiene y ornato.

En cuanto a la movilidad en su entorno, la consultante refirió dificultades para permanecer en una misma posición durante mucho tiempo, lo cual se puede explicar por sus diagnósticos médicos; no obstante, no encontró dificultades para solucionar problemas y relacionarse con personas externas a su grupo familiar. Asimismo, luego de la intervención, fue capaz de mantener relaciones filiales con otras personas, las cuales eran reducidas o inexistentes durante el pretest. Por último, se encontró una mejora clínica en cuanto al nivel de discapacidad mental que presentaba la consultante.

De acuerdo con los resultados presentados en la Figura 1, se encontraron mejorías clínicas de relevancia. Hubo un aumento en la minimización de los síntomas, los cuales se reportaron como leves en comparación con el reporte de severidad realizado durante el pretest.

Figura 1

Puntajes de pre y post test LSB-50



Nota. Min: minimización, Mag: magnificación, Pr: psicorreactividad, Hp: hipersensibilidad, Ob: obsesión-compulsión, An: ansiedad, Hs: hostilidad, Sm: somatización, De: depresión, Su: sueño, Sue: sueño ampliado, IRPsi: riesgo psicopatológico. Los puntajes corresponden a las puntuaciones T obtenidas en el pretest y el posttest.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Se encontraron diferencias relevantes con respecto a la severidad de la sintomatología reportada, especialmente aquella relacionada con eventuales cuadros ansiosos, como era el caso de la consultante al momento del psicodiagnóstico. Asimismo, hubo una reducción relevante en cuanto a la intensidad con la que se reportan los síntomas presentes, lo cual confirma de manera objetiva la reducción reportada verbalmente por la consultante. En cuanto al riesgo psicopatológico, hubo una mejoría clínicamente relevante que puede explicarse por la reducción de los síntomas ansiosos reportados durante el psicodiagnóstico y que mejoraron gracias a la implementación activa de las estrategias desarrolladas durante la intervención psicoterapéutica.

En cuanto a las escalas clínicas, hubo mejorías a nivel de reporte de síntomas depresivos, alteraciones del sueño, hostilidad, somatización y ansiedad, lo cual evidencia una mejoría de la sintomatología ansiosa. También, se detecta mejoría en la sintomatología asociada a la desregulación emocional, asociada con su diagnóstico de trastorno límite personalidad. Por tanto, los resultados obtenidos permiten concluir que la intervención psicoterapéutica cumplió con el objetivo de reducir el malestar y mejorar las relaciones intra e interpersonales.

Limitaciones en el proceso terapéutico

Si bien durante el proceso de psicodiagnóstico y psicoterapia breve no se encontraron dificultades particulares con la consultante, cabe señalar que el abordaje realizado se enmarcó en un trabajo final de graduación, por lo que la metodología empleada estaba previamente establecida, de ahí que no emplearan otro tipo de estrategias psicodiagnósticas. Asimismo, no se contaba con información médica específica con respecto a sus patologías físicas y los efectos de la medicación que ingería la consultante, ni se contó con líneas base pre o post intervención con respecto a los síntomas médicos. Debido a que el proceso de psicoterapia debía ser breve con una duración máxima de diez sesiones, no se pudieron abordar los cuatro ejes de atención de la TDC y, debido a la sintomatología referida por la consultante, se centralizó el proceso en el eje de regulación emocional.

Discusión

La TDC es un modelo psicoterapéutico que cuenta con vasta investigación científica, la cual demuestra su eficacia para la atención adecuada de personas que presentan TLP. En el presente caso, hay aspectos que permiten aportar evidencia a los resultados obtenidos en otros estudios. Según se señala en el DSM V (APA, 2014), en los trastornos de personalidad, la sintomatología asociada suele reducirse con la edad, lo cual puede explicar la adherencia al tratamiento y reducción de los síntomas que presentaba inicialmente la consultante.

Los antecedentes médicos de relevancia que implican seguimientos médicos continuos, la adherencia a los tratamientos farmacológicos, contar con redes de apoyo a nivel familiar y social y mantener un estilo de vida económica y socialmente activo fueron aspectos específicos que también facilitaron la adherencia a la psicoterapia y permitieron alcanzar los objetivos terapéuticos. Es importante mencionar que, si bien se lograron mejorías clínicamente significativas, el diagnóstico de hipotiroidismo es una condición sin una cura médica como tal, por lo que la consultante debe continuar en seguimiento con los especialistas en el tratamiento de dicha condición.

Es importante que, cuando se llevan a cabo intervenciones con personas que presenten comorbilidades entre enfermedades médicas y enfermedades de salud mental, se contemplen las sintomatologías de cada una con el fin de evitar que se adjudiquen síntomas a patologías que no les corresponden. De esta manera, se evitan diagnósticos inadecuados que pueden afectar los procesos de atención psicoterapéutica y, con ello, la estabilidad emocional de las personas consultantes.

La TDC, tal y como la desarrolló la Dra. Linehan, es un proceso de al menos dos años de duración en el que se fortalecen las habilidades de mindfulness, eficacia interpersonal, tolerancia a la frustración y regulación emocional que permiten la reducción de conductas de riesgo suicidas o parasuicidas y mejoran la calidad de vida en general de las personas que presentan TLP (Feliu, 2021). Debido a que la consultante no presentaba conductas suicidas o parasuicidas, y considerando la comorbilidad presente, los resultados obtenidos muestran que el abordaje de la habilidad de regulación emocional permitió una reducción considerable de la sintomatología reportada inicialmente. Por tanto, valdría decir que, si bien es preferible que las personas consultantes participen del proceso de TDC completo, el abordaje de habilidades específicas permite reducir conductas problema que causan un malestar clínicamente significativo y, de esta manera, mejorar la calidad de vida de las personas consultantes.

En esta línea, se recomienda que las intervenciones psicoterapéuticas se lleven a cabo no únicamente siguiendo los lineamientos establecidos de acuerdo con los modelos de intervención utilizados, sino que se realicen contemplando, en primer lugar, las necesidades específicas que presentan las personas consultantes. De esta forma, se busca reducir los factores de malestar emocional, en primera instancia, y luego desarrollar las habilidades que puedan utilizarse en la vida cotidiana.

Como señalan Fonseca et al. (2021), debido al impacto a nivel de sistema familiar que tiene el TLP, se ha considerado como relevante incluir sesiones de atención psicoterapéutica con familiares de la persona que presenta TLP. Con ello, se busca reforzar las habilidades que se desarrollan en la atención individual y en los procesos grupales de entrenamiento de habilidades.

En el presente caso, debido al enfoque de terapia breve implementado, no fue posible llevar a cabo estas sesiones; sin embargo, se destaca su relevancia, pues podrían facilitar el refuerzo de las habilidades desarrolladas. De igual manera, en el presente caso se utilizaron las sesiones de atención individual para llevar a cabo el entrenamiento de la habilidad de regulación emocional, ya que se requirió adaptar el modelo al tiempo y condiciones de la consultante. Es necesario realizar estudios que permitan evaluar el nivel de eficacia de las adaptaciones de la práctica clínica contextualizadas en América Latina y, así, brindar mayor sustento al modelo psicoterapéutico.

Por último, es importante recalcar que uno de los principales síntomas del TLP es la conducta suicida o parasuicida, la cual se constituye en un riesgo emocional y físico para las personas que presentan esta patología. Uno de los principales focos de la TDC es la reducción de esta conducta de riesgo a través de todas las estrategias que intervención que se implementan en el modelo.

Si bien, tal y como se evidencia en el caso actual, no todas las personas consultantes con TLP presentan este riesgo, no se puede dejar de monitorear su ausencia o presencia, ya que de estar presente se constituye en un foco de atención prioritaria por las implicaciones que trae consigo. Por tanto, las adaptaciones de la TDC son particularmente relevantes para aquellos casos de personas que presentan

trastorno límite de la personalidad con riesgo suicida reducido o sin riesgo suicida, pero que presentan otro tipo de conducta autolesivas.

Referencias

- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., & Ramírez, T. (2020). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 1(1), 5-11. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.1>
- Aldas, C., Alcívar, A., Ganchozo, W., & Ferrín, N. (2021). Hipotiroidismo: actualización en pruebas de laboratorio y tratamiento. *Dominio de las Ciencias*, 7(5), 271-84. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i5.2249>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª Ed). Editorial Médica Panamericana.
- Balderas, B., Gutiérrez, A., & Ríos, R. (2023). Relación entre el nivel de TSH y la presencia del trastorno de ansiedad en pacientes con hipotiroidismo. *Revista Médica Sinergia*, 8(10), 1-8. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i10.1105>
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2015). *MMPI 2 RF: Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2-Forma Reestructurada: manual de aplicación, calificación e interpretación*. Manual Moderno.
- Blázquez, L., Izquierdo, Y., & Shamdasani, A. (2020). Una revisión sistemática: Eficacia de la terapia conductual dialéctica en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19945/Una%20revisión%20sistemática%20Eficacia%20de%20la%20terapia%20conductual%20dialéctica%20en%20el%20tratamiento%20del%20Trastorno%20de%20Ansiedad%20Generalizada.%20.pdf?sequence=1>
- Boggiano, J., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctica conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional* (1a Ed). EDULP.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Alvarez, C., & Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Butcher, JN, Graham, JR, Ben-Porath, YS, Tellegen, A. y Dahlstrom, WG (2001). *Manual de administración, puntuación e interpretación (edición revisada): MMPI-2: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2*. Evaluaciones de Pearson.
- Caballo, E. (2007). *Manual de evaluación y tratamiento de habilidades sociales*. Siglo XXI de España, Editores.
- Chacón, F. M. (2023). Regulación emocional de la Terapia Dialéctica Conductual en paciente con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite. *Revista Ciencia y Salud*, 7(1) 1-20. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i1.579>
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2005). Las técnicas del condicionamiento encubierto. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 9, 1-5. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/las-tecnicas-del-condicionamiento-encubierto.pdf>
- De Vicente, A., Santamaría, P., & González, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>

-
- Domenech, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212, <http://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- Feliu, M. (2021). *Efectividad de la terapia dialéctico conductual para disminuir la desregulación emocional en adultos con trastorno límite de la personalidad* [Trabajo de Suficiencia Profesional de Licenciatura en Psicología, Universidad de Lima]. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13188>
- Fonseca, S., Guillén, V., Marco, J., Navarro, A., & Baños, R. (2021). Un programa de entrenamiento para familiares con pacientes con trastorno límite de la personalidad basado en la terapia dialéctico conductual. *Psicología Conductual*, 29(2), 219-236. <https://doi.org/10.51668/bp.8321201s>
- González, A. (2020). *Eficacia de la terapia dialéctico conductual en el trastorno límite de personalidad. Un metaanálisis de las dos últimas décadas* [Trabajo de Final de Graduación para Máster en Psicología, Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23455>
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual*. Desclée De Brouwer.
- Morey, L. (2012). *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)* (2º Ed.). Hogrefe.
- National Institute of Mental Health. (2022). *Trastorno límite de la personalidad*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad>
- Organización Mundial de la Salud y Servicio Nacional de Rehabilitación. (2010). *Manual para el Cuestionario de la Evaluación de la Discapacidad de la OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2012). *Neuropsi Atención y Memoria* (2ª Ed). Manual Moderno.
- Rivera, L., & Abuín, M. R. (2012). *El Listado de Síntomas breve LSB-50*. TEA.
- Vera, C., Giner, L., Baca, E., & Barrigón, M. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003>
- Zambrano, F. M., Soledispa, M. L., Demera, G. M., & Alvarado, J. D. (2021). *Causas y consecuencias de los trastornos de la tiroides*. *RECIMUNDO*, 5(3), 424-432. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(3\).sep.2021.424-432](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(3).sep.2021.424-432)

Recibido: 29 de noviembre de 2023

Revisión recibida: 06 de diciembre de 2024

Aceptado: 31 de enero de 2025

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Sobre la autora:

Tatiana María Blanco-Alvarez  es Psicóloga Forense y Clínica, Máster en Psicología Forense de la UNIBE, Máster en Psicología Clínica y de la Salud Mental de la UFidélitas y Máster en Ciencias Forenses de TTU. Actualmente trabaja como Psicóloga en el Ministerio de Justicia y Paz y como docente en la Maestría en Criminología de la UNED. Sus líneas de investigación son la valoración e intervención de personas privadas de libertad, valoración de riesgo, atención de personas que presentan enfermedad mental en conflicto con la ley.

Publicado en línea: 14 de octubre de 2025