

**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA DIALÉCTICO  
CONDUCTUAL PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADULTOS DE PAÍSES  
DE HABLA HISPANA**

**Presentado por:**

NICOLL ECHEVERRY OCASIÓN  
LUIS MIGUEL MÉNDEZ GARCÍA  
LAURA TATIANA PÉREZ CANAS  
DEISY JOHANNA QUIROGA ROA

**Presentado a:**

NATALIA CARABALLO PARRA

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS**

**Facultad de Psicología**

**Especialización Psicología Clínica**

**Trabajo de grado I**

**Bogotá D.C. - Colombia**

**2025**

# 1. TABLA DE CONTENIDO

2.	RESUMEN DEL PROYECTO .....	3
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	7
4.	OBJETIVOS.....	8
A.	OBJETIVO GENERAL .....	8
5.	JUSTIFICACIÓN.....	G
6.	MARCO TEÓRICO .....	13
A.	<i>DESREGULACIÓN EMOCIONAL</i> .....	13
B.	<i>TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL</i> .....	18
6.3	<i>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DBT</i> .....	20
6.4	<i>ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES</i> .....	21
6.5	<i>COACHING TELEFÓNICO (APOYO TELEFÓNICO):</i> .....	23
6.6	<i>EQUIPO DE CONSULTA PARA TERAPEUTAS</i> .....	24
7.	ESTADO DEL ARTE .....	25
A.	PANORAMA GENERAL EN LATINOAMÉRICA .....	25
8.	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN .....	27
9.	METODOLOGÍA .....	28
9.1	DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA .....	31
10.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
A.	INTEGRIDAD CIENTÍFICA Y RIGOR METODOLÓGICO .....	32
B.	RESPECTO POR LA PROPIEDAD INTELECTUAL .....	32
C.	MANEJO ÉTICO DE LA INFORMACIÓN .....	33
D.	MARCO NORMATIVO COLOMBIANO .....	33
11.	RESULTADOS .....	34
12.	DISCUSIÓN.....	51
A.	EFICACIA CLÍNICA DE LA DBT SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO .....	53
B.	INCREMENTO DE HABILIDADES ADAPTATIVAS: AUTOEFICACIA, MINDFULNESS Y AFRONTAMIENTO .....	54
C.	ADAPTABILIDAD DEL MODELO AL CONTEXTO LATINOAMERICANO: FORMATO, TECNOLOGÍA Y CULTURA .....	57
D.	LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS REVISADOS Y DE LA PRESENTE REVISIÓN .....	58
13.	CONCLUSIONES .....	5G
14.	REFERENCIAS .....	62
15.	ANEXOS .....	70
15.1	MATRIZ DE DATOS .....	70

## **2. RESUMEN DEL PROYECTO.**

La desregulación emocional, definida como la dificultad persistente para controlar la intensidad, duración y manifestación de emociones, constituye un mecanismo transdiagnóstico presente en diversas alteraciones psicológicas como el Trastorno Límite de la Personalidad, la depresión, la ansiedad y el trauma; esta problemática se manifiesta mediante cambios de humor, episodios de ira intensa, disociación y conductas de evitación que, ante la escasez de servicios especializados en América Latina, frecuentemente derivan en atención primaria o emergencias médicas. La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), desarrollada por Marsha Linehan, ha demostrado eficacia global en la reducción de comportamientos autolesivos, pensamientos suicidas y desregulación emocional. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han realizado en poblaciones anglosajonas y contextos culturales individualistas, lo que limita su aplicabilidad a poblaciones latinoamericanas donde factores como el colectivismo, las formas de expresión emocional y la religiosidad pueden influir significativamente en la presentación de síntomas y respuesta al tratamiento.

A pesar de experiencias exitosas reportadas en países como Chile y Colombia, la base científica sobre la eficacia de la DBT en Latinoamérica permanece limitada y dispersa, con variaciones metodológicas significativas. La mayoría de los estudios no utiliza herramientas validadas para medir la desregulación emocional ni presenta efectos específicos relacionados con este fenómeno, dificultando una comprensión precisa sobre su efectividad en contextos socioculturales hispanos.

Se realiza una investigación secundaria de tipo revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA, con búsqueda en bases de datos académicas (Scopus, PubMed, RedALyC, Scielo, ProQuest y Dialnet). Se incluirán estudios empíricos publicados en revistas indexadas que evalúen la eficacia de la DBT en población adulta entre 18 a 59 años de edad, utilizando instrumentos validados como DERS o EDE-Q. La estrategia de búsqueda se estructurará mediante el formato PICOT, incluyendo población adulta con desregulación emocional, intervención DBT y resultados medidos por instrumentos psicométricos aprobados.

Los resultados de las ocho investigaciones elegibles bajo los diferentes criterios de exclusión planteados en esta investigación, revelaron una notable convergencia en el uso de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) como el estándar clínico transcultural, los hallazgos demuestran de manera consistente que la DBT reduce significativamente la desregulación emocional, la impulsividad, la ansiedad y los comportamientos de alto riesgo.

Asimismo, se identificaron adaptaciones contextuales críticas para la viabilidad del modelo en la región, tales como la transición consolidada hacia la telepsicología virtual sincrónica, la simplificación del formato en redes de salud pública con recursos limitados, la capacitación de las familias como redes de apoyo y coterapeutas la incorporación de innovaciones tecnológicas como la Realidad Virtual (VR-Dolphin) para mejorar aquellas limitaciones atencionales en el entrenamiento de Mindfulness ,

además de ajustes lingüístico-semánticos que aproximan el manual original al léxico y metáforas locales.

Los hallazgos señalan que adecuar la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) a plataformas virtuales y herramientas tecnológicas no solo mantiene intacta su efectividad en consulta, sino que además optimiza los recursos a nivel sistémico. Dicha optimización es un factor crucial en el panorama de América Latina, donde la sostenibilidad y el éxito de la DBT en comunidades de bajos ingresos dependen prioritariamente de la capacidad de los servicios de salud para incorporar alternativas digitales que fomenten la adherencia y continuidad del usuario en el proceso terapéutico (Ponce de León et al., 2017).

**Palabras clave:** Terapia Dialéctico-Conductual, Desregulación Emocional, Latinoamérica, Revisión Sistemática, Trastorno límite de la personalidad, Depresión, Ansiedad, Trauma.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La terapia dialéctico-conductual (DBT) ha mostrado a nivel global una gran eficacia en la reducción de comportamientos autolesivos, pensamientos suicidas y, de manera primordial, en el manejo de la desregulación emocional en adultos que padecen trastorno límite de la personalidad y otras condiciones de crisis severa (Linehan, 1993; Rozakou-Soumalia et al., 2021). La desregulación emocional, que se define como la dificultad persistente para controlar la intensidad, duración y manifestación de emociones negativas, es un mecanismo que se da en diferentes diagnósticos y que se ubica entre la impulsividad, la autolesión y los intentos suicidas (Gross y Jazaieri, 2014). Sin embargo, la mayor parte de los estudios han sido realizados en poblaciones de habla inglesa y en contextos culturales individualistas, lo que restringe su aplicación a las poblaciones de habla hispana en países latinoamericanos, donde aspectos como el colectivismo, la forma de expresar emociones y la religiosidad pueden influir en cómo se presenta la desregulación emocional y en cómo responden al tratamiento (Half et al., 2022).

En Latinoamérica, la desregulación emocional suele aparecer como cambios de humor, episodios de ira fuerte, disociación y conductas de evitación, que, ante la falta de servicios especializados, con frecuencia terminan en atención primaria o emergencias médicas (Obando-Yáñez et al., 2025). A pesar de que en tiempos recientes se han reportado algunas experiencias de implementación de la DBT en ciertos países de habla hispana en Latinoamérica (Ponce de León et al., 2017; Loaiza et al., 2024), la base científica aún es limitada, dispersa y presenta variaciones

significativas en su metodología: la mayoría de los estudios no utiliza herramientas validadas para medir la desregulación emocional (por ejemplo, DERS, EDEQ) y no presentan efectos específicos relacionados con este fenómeno. Esta situación dificulta obtener una comprensión precisa sobre la efectividad y la aplicabilidad de la DBT para disminuir la desregulación emocional en adultos de contextos socioculturales de habla hispana.

Por ello, es necesario revisar y examinar de manera sistemática la literatura publicada en revistas indexadas entre 2015 y 2025 que evalúe de forma específica la eficacia de la DBT para reducir la desregulación emocional en adultos que viven en países latinoamericanos de habla hispana. Este análisis permitirá determinar la magnitud del efecto que tiene la DBT sobre la desregulación emocional evaluada con herramientas psicométricamente sólidas, identificar posibles adaptaciones culturales o lingüísticas en los módulos de regulación emocional y reconocer las limitaciones metodológicas que podrían explicar la diversidad de resultados, con el objetivo de respaldar decisiones clínicas y políticas de salud mental que sean relevantes en la región.

### **3.1 Pregunta de investigación**

¿Qué evidencia científica se ha reportado en la literatura sobre la efectividad de la Terapia Dialéctico Conductual en la regulación emocional, en población adulta entre 18 y 59 años en países latinoamericanos de habla hispana, en estudios publicados entre 2015 y 2025

## **4. OBJETIVOS**

### **a. Objetivo General**

Describir la evidencia científica disponible sobre el uso de la terapia dialéctico conductual en la reducción de la desregulación emocional en personas adultas residentes en países latinoamericanos de habla hispana que exista en la revisión sistemática de la literatura en publicaciones entre los años 2015 y 2025.

### **b. Objetivos Específicos**

- Examinar los efectos reportados de la Terapia Dialéctico-Conductual sobre la desregulación emocional en adultos latinoamericanos hispanohablantes.
- Identificar las prácticas, componentes y modalidades de intervención más comunes empleadas en la aplicación de la Terapia Dialéctico-Conductual dirigidas a la regulación emocional en población adulta de países latinoamericanos de habla hispana.
- Analizar las adaptaciones culturales, las condiciones de implementación y los factores contextuales reportados en los estudios sobre la Terapia Dialéctico-Conductual para la regulación emocional en población adulta latinoamericana.

## 5. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la salud mental en los países hispanohablantes en Latinoamérica enfrenta múltiples desafíos estructurales y sociales, entre los que destacan son; el acceso limitado a servicios especializados, la escasez de recursos institucionales y el persistente estigma asociado a los trastornos psicológicos (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2022). Si bien en los últimos años la salud mental ha ganado mayor visibilidad en el ámbito público, aún persisten barreras culturales y sociales que dificultan tanto la búsqueda de ayuda como la detección temprana de trastornos emocionales (Leiva-Peña et al., 2021). Esta situación contribuye a una atención tardía, tratamientos inadecuados y, en muchos casos, a consecuencias graves como la cronicidad o el suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), casi mil millones de personas viven con algún trastorno mental, y más de una de cada 100 muertes se debe al suicidio. En América Latina, la prevalencia de depresión en adultos se sitúa entre el 5 % y el 8 %, y las tasas de suicidio alcanzan los 7,3 por cada 100.000 habitantes, con cifras particularmente altas en países como Uruguay y Chile (OPS, 2020). Basados en estos datos se revela no sólo una necesidad urgente de fortalecer los servicios de salud mental, sino también de contar con intervenciones psicológicas efectivas, culturalmente pertinentes y basadas en evidencia empírica. A su vez estos datos muestran desigualdades sociales, el estigma sobre la salud mental y la falta de políticas públicas

eficientes, que continúan siendo barreras relevantes para el abordaje integral de la salud mental en la región (Peña et al., 2021).

En este contexto la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) desarrollada por Marsha Linehan (1993), ha demostrado ser eficaz y obtener resultados positivos en la reducción de conductas autolesivas, ideación suicida y síntomas asociados a la desregulación emocional, en América Latina, se han reportado experiencias exitosas en países hispanohablantes (De Luna Velasco et al., 2023). Por ejemplo, en Chile se encontró que la DBT mejoró significativamente la adherencia al tratamiento y la reducción de síntomas en pacientes con trastorno límite de personalidad (Ponce de León et al., 2017). Asimismo, en Colombia, un estudio comparativo mostró que los pacientes tratados con DBT tenían casi un 30 % más de probabilidad de completar el tratamiento en comparación con otros abordajes, además de mejoras en el estado de ánimo y reducción de síntomas psicopatológicos (Soler et al., 2009).

Sin embargo, se han identificado algunos vacíos como; los pocos estudios que evalúan la eficacia de la DBT en países de habla hispana. Además, son escasas las investigaciones que comparan adaptaciones culturales de la DBT con la versión original, aún no existe evidencia suficiente o sólida para determinar si las versiones adaptadas culturalmente son más eficaces que el estándar (Haft et al., 2022).

Desde una perspectiva social, los trastornos emocionales y su desregulación tienen un impacto significativo en la salud pública, ya que afectan la calidad de vida, las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y aumentan la carga económica sobre los sistemas de salud. En los países hispanohablantes, estas problemáticas se ven

agravadas por la falta de acceso a tratamientos psicológicos especializados, la estigmatización y la escasez de intervenciones aprobadas o adaptadas culturalmente (Haft et al., 2022). En este contexto, investigar la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) se vuelve no solo necesario, sino urgente, pues podría mejorar la oferta terapéutica local mediante el uso de técnicas basadas en evidencia. Asimismo, proporcionaría a los profesionales de la salud mental herramientas con mayor probabilidad de éxito, y ofrecería fundamentos sólidos para el diseño de políticas públicas orientadas a intervenciones eficaces y culturalmente pertinentes (Rozakou-Soumalia et al., 2021).

Desde el punto de vista metodológico, se reconoce que la evidencia sobre la eficacia de la DBT en países de habla hispana aún es dispersa y limitada. Por ello, se opta por una revisión bibliográfica sistemática como enfoque principal, ya que permite organizar, comparar y analizar críticamente los hallazgos existentes. Esta metodología facilita la integración de estudios internacionales que evalúan el impacto de la DBT en la reducción de conductas autolesivas, intentos suicidas y síntomas asociados al trastorno límite de la personalidad (TLP) (Neacsiu et al., 2014), además de permitir una comparación entre su eficacia en contextos hispanohablantes y anglosajones (Haft et al., 2022). A su vez, este análisis contribuye a identificar vacíos en la investigación que orienten futuros estudios clínicos en la región (Rozakou-Soumalia et al., 2021).

Por lo tanto, resulta pertinente realizar una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2015 y 2025 que evalúe la efectividad de la DBT en personas adultas de países latinoamericanos de habla hispana. Esta revisión no busca implementar

intervenciones directas, sino sintetizar la evidencia disponible, identificar las adaptaciones culturales reportadas, señalar limitaciones metodológicas y establecer vacíos de conocimiento. De este modo, el alcance de este estudio se delimita a revisar y analizar investigaciones empíricas publicadas en la última década, en población adulta latinoamericana hispanohablante, reportadas en revistas indexadas, lo que posibilitará obtener una visión contextualizada y actualizada sobre la aplicabilidad de la DBT en esta región.

## 6. MARCO TEÓRICO

### *a. Desregulación Emocional*

La desregulación emocional hace referencia a las dificultades persistentes para comprender, modular y para responder a las emociones de manera flexible y adaptativa. A su vez se considera un proceso transdiagnóstico, presente en múltiples cuadros clínicos, lo que la transforma en un mecanismo central de interés para la investigación y la intervención clínica (Gratz & Roemer, 2004; Sloan et al., 2023).

Entre las características principales se encuentran la reactividad emocional elevada, la dificultad para recuperar el equilibrio afectivo tras experiencias intensas y el uso de estrategias desadaptativas como la supresión, la evitación o la autolesión. Estos patrones impactan negativamente en el funcionamiento interpersonal, académico y social (Rizvi et al., 2024; Sloan et al., 2023). Además, estudios actuales en población adulta mexicana mostraron que la desregulación emocional media entre la relación de eventos estresores y síntomas de estrés postraumático, lo que demuestra su rol en el aumento de la vulnerabilidad psicológica y los conflictos relacionales. Diversas investigaciones en población latinoamericana y de habla hispana evidencian esta relación. Como por ejemplo se puede citar un estudio realizado en Medellín, Colombia, donde se encontró que los pacientes con altos niveles de desregulación emocional mostraban mayores dificultades en la regulación de la conducta y en la estabilidad de sus vínculos interpersonales (Gómez-Valero, Zapata-Ospina, Andrade-Carrillo, & Estrada-Jaramillo, 2022). De la misma manera, Quintero y Cañizales (2024) reportan

que los problemas presentados en la regulación emocional están relacionados con la calidad en las relaciones interpersonales de estudiantes universitarios panameños.

Por su parte se cita a, Herrera-Rueda (2024) quien identificó que la desregulación emocional está asociada con la pérdida de control emocional y con los conflictos familiares en padres de niños que presentan trastornos del neurodesarrollo en Colombia. Asimismo, complementa Díaz (2024) que en diversos estudios en población latinoamericana se evidencia que el apego inseguro es asociado con más problemas para la regulación emocional, favoreciendo a la aparición del malestar en las relaciones, lo que evidencia la importancia de tener estrategias adaptativas que promuevan la estabilidad emocional y social (Díaz-Mosquera, Sacoto, & Latorre-Vaca, 2024).

Por otro lado, las causas y factores asociados a la desregulación emocionales son los Factores neurobiológicos, donde la desregulación emocional se relaciona con las alteraciones en circuitos que incluyen la amígdala, la corteza prefrontal y el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo cual afecta la modulación de la reactividad emocional (Lei et al., 2025).

Otra causa se relaciona dentro de los factores del desarrollo y trauma, donde nos habla que la exposición a traumas tempranos, como el abuso o la negligencia, altera el aprendizaje de la regulación emocional y aumenta la vulnerabilidad a la desregulación (Warmingham et al., 2020). Por su parte los factores relacionales nos hablan de los estilos de apego inseguros o desorganizados durante la infancia dificultan el desarrollo de estrategias de regulación emocional adecuadas, generando un patrón de vulnerabilidad en la vida adulta (Messina, 2023). Por otra parte, los factores

psicosociales mencionan sobre el estrés crónico, la invalidación emocional, la pobreza y la exposición a la violencia constituyen riesgos adicionales que refuerzan la desregulación emocional (Blay et al., 2024)

A partir de lo mencionado, y al realizar un análisis sobre las causas y factores asociados a la desregulación emocional, se refleja que no se trata de un solo origen, sino de una combinación de factores que se entrelazan. Por un lado, existen bases biológicas que dificultan el control de las emociones; sin embargo, estas se potencian cuando en la infancia se han experimentado traumas o vínculos poco seguros que limitan el aprendizaje de estrategias reguladoras. A esto se suman las condiciones sociales y contextuales, como el estrés, la violencia (amenaza) o la deprivación social-emocional (falta de apoyo), las cuales en relación con el modelo de Sheridan y McLaughlin (2014), pueden contribuir a la afección de los sistemas neurobiológicos y cognitivos que están involucrados en la regulación emocional.

En conjunto, esto permite comprender la desregulación emocional como un proceso multifactorial, donde lo biológico, lo relacional y lo social se entrelazan mutuamente.

Por otro lado, es importante hablar que la relevancia clínica dentro de la desregulación emocional es alta, como un proceso transdiagnóstico, Blay et al. (2024) incluyendo el Trastorno Límite de la Personalidad, trastornos como el bipolar, el TDAH y el estrés postraumático complejo.

A partir de lo anterior se puede decir que la desregulación emocional es considerada un fenómeno transdiagnóstico, presente en diversos trastornos como el

trastorno límite de la personalidad, la ansiedad, la depresión y el trauma. Este carácter transdiagnóstico se puede explicar en desencadenantes centrales y dinámicas interpersonales que pasan por diversos diagnósticos, lo que la transforma en un objetivo terapéutico indispensable (Blay et al., 2024).

Dado esto, intervenciones como la DBT son importantes, pues su objetivo principal es mejorar las habilidades de regulación emocional por medio de estrategias que abordan tanto el factor biológico como los factores interpersonales (Blay et al., 2024).

El modelo de Linehan (1993) plantea el entrenamiento en habilidades de regulación emocional como un componente esencial que se orienta a la promoción del equilibrio entre la aceptación y el cambio, y a la reducción de conductas desadaptativas como la autolesión o la impulsividad. Investigaciones recientes han respaldado que la práctica sistemática de estas habilidades se asocia con una reducción importante de la desregulación emocional y de la impulsividad en adultos, además de mejorar la tolerancia al malestar.

Uno de los trastornos asociados a la Desregulación emocional es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el cual se define como un trastorno clínico caracterizado por un desequilibrio afectivo marcado, dificultades para regular emociones intensas, impulsividad y relaciones interpersonales alteradas (D'Aurizio et al., 2023). Estos síntomas van de la mano con una sensibilidad emocional alta y una baja tolerancia a la frustración, lo que favorece de forma central a los comportamientos

autolesivos y a la inestabilidad en la autoimagen que se observa en el TLP (D'Aurizio et al., 2023).

Diversos estudios revelan que la hiperreactividad de la amígdala y déficits en el control inhibitorio de la corteza prefrontal contribuyen a que se presenten las dificultades emocionales características del TLP (Chapman, 2019). En este sentido al entrenar en regulación emocional en la DBT, se muestra una eficacia clínica significativa, donde se evidencia una notable reducción de las conductas autolesivas y un mejoramiento en la estabilidad afectiva, (Neacsiu et al., 2014).

Se puede mencionar que los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y fobias, presentan una importante relación con la desregulación emocional. Estas condiciones se caracterizan por una tendencia a la hiperactivación fisiológica y por el uso excesivo de estrategias desadaptativas como la preocupación crónica y la evitación (Mennin & Fresco, 2017).

De otra manera la dificultad para la tolerancia de las emociones negativas intensas genera un círculo de retroalimentación que mantiene los síntomas ansiosos. En este contexto, el fortalecimiento de habilidades de regulación emocional se ha manifestado efectivo para la disminución de la ansiedad y así mismo mejorar la resiliencia (Sloan et al., 2023).

Otro trastorno asociado de la desregulación emocional es la depresión, pues se vincula estrechamente con déficits en la misma, fundamentalmente con el uso de la rumiación, la supresión y la evitación experiencial. Estas estrategias vinculan el afecto

negativo y disminuyen la capacidad de experimentar placer o motivación (Joormann & Stanton, 2016; Aldao et al., 2016).

Estudios recientes muestran que las intervenciones centradas en regulación emocional, como la DBT y la Terapia Cognitivo-Conductual enfocada en emociones, son contribuyentes en la disminución de la sintomatología depresiva al promover estrategias más adaptativas de afrontamiento (Sloan et al., 2023).

Por último, el déficit en la regulación emocional opera como un factor mediador entre el trauma y la aparición de psicopatología, lo cual explica por qué las intervenciones que fortalezcan estas habilidades favorecen en la recuperación postraumática (Conti et al., 2023; Warmingham et al., 2020).

### ***b. Terapia Dialéctica Conductual***

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es un tratamiento psicológico perteneciente a la tercera generación de las terapias cognitivo-conductuales. Fue desarrollada a finales de los años setenta por Marsha Linehan, con el objetivo inicial de atender a personas con conductas suicidas crónicas y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) (Mainardi, 2023). Su diseño innovador integra diversas modalidades de intervención: terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, coaching telefónico y reuniones de equipo terapéutico, lo que permite abordar de forma integral la complejidad clínica de estos pacientes (Mainardi, 2023).

El origen de la DBT se fundamenta en el modelo biosocial, el cual plantea que la desregulación emocional surge de la interacción entre una vulnerabilidad biológica, caracterizada por alta sensibilidad y reactividad emocional, junto con lenta recuperación y un ambiente invalidante que descalifica o minimiza las emociones de la persona, además, incorpora una visión dialéctica, que reconoce la tensión entre aceptación y cambio como dos dimensiones igualmente necesarias en el proceso terapéutico (Mainardi, 2023). Boggiano y Gagliesi (2022) también destacan que esta concepción permite entender cómo muchas personas con trastornos emocionales han sido expuestas a entornos familiares, sociales o culturales que minimizan, critican o penalizan la expresión emocional, lo que agrava el malestar psicológico.

El enfoque dialéctico de la DBT enfatiza que el cambio no puede lograrse sin aceptación, y que la aceptación sin cambio es insuficiente para aliviar el sufrimiento; en este sentido, el terapeuta adopta una postura que puede sostener ambas demandas: validar la experiencia del paciente y al mismo tiempo fomentar la transformación de conductas disfuncionales (Mainardi, 2023). Por su parte, Boggiano y Gagliesi (2022) subrayan que esta tensión dialéctica se convierte en un principio operativo dentro de la terapia, orientando intervenciones y conceptualizaciones clínicas hacia un equilibrio dinámico entre aceptación y desafío terapéutico.

Los objetivos principales de la DBT se centran en: aumentar las capacidades del consultante mediante el aprendizaje de habilidades emocionales y conductuales, mejorar la motivación hacia el cambio, facilitar la generalización de las habilidades a contextos de la vida cotidiana, estructurar un entorno terapéutico que sostenga la

validación y el aprendizaje, y reducir conductas problema como la autolesión, la ideación suicida o la impulsividad (Mainardi, 2023).

Adicionalmente, Boggiano y Gagliesi (2022) señalan que la DBT no solo se orienta hacia la modificación de síntomas, sino también hacia el fortalecimiento de la tolerancia al malestar, la regulación emocional profunda y la construcción de una vida valiosa, tal como es concebido por el paciente en su contexto.

### ***6.3 Psicoterapia individual DBT***

La psicoterapia individual es una parte de tratamiento dentro de la terapia DBT, este modelo enfatiza especialmente en la relación paciente-terapeuta, Vega y Sánchez (2013) establecen que el paciente debe tener una percepción del terapeuta como alguien en quien se puede confiar y así mismo el terapeuta debe ofrecer un ambiente en donde la persona se sienta validada y se logre un equilibrio entre la aceptación de las emociones y conductas con el esfuerzo por lograr un cambio. Así pues, se focaliza en mantener la motivación del paciente, ayudarlo a reducir conductas disfuncionales y a generalizar el uso de habilidades, (Martínez, 2025)

Los objetivos principales de este modelo teniendo en cuenta que en su mayoría está dirigida a pacientes con una alta desregulación emocional, tienen como finalidad 3 puntos importantes: Reducir las conductas que atentan contra la vida del paciente como por ejemplo los intentos de suicidio, pensamientos suicidas y autoagresiones; disminuir

conductas que afecten la evolución del tratamiento como lo serían: no acudir a las sesiones de terapia, aislarse de su red de apoyo, no realizar las tareas terapéuticas o enfrentar las crisis solo utilizando el recurso de la hospitalización. (Vega y Sánchez, 2013).

#### ***6.4 Entrenamiento Grupal en Habilidades:***

Esta propuesta de intervención plantea una capacitación colectiva enfocada en el desarrollo de habilidades comunicativas más efectivas, así como en la validación del individuo diagnosticado con Trastorno Límite de la Personalidad, lo cual implica reconocer y aceptar sus emociones, cogniciones, motivaciones, conductas y vivencias, mientras se reduce la desaprobación o invalidación de sus experiencias. Teniendo en cuenta esto, este entrenamiento en habilidades podría ser una intervención apropiada para familiares y cuidadores de personas con TLP, dado que hace énfasis en el manejo de las experiencias emocionales del familiar y también lo entrena en habilidades para mejorar las relaciones con los demás, (Navarro, Pérez, Serrat y Gasol, 2018).

De acuerdo con Garrido (2018) en el modelo DBT todos los pacientes deben realizar este taller durante el primer año de la intervención, el cual se desarrolla con un formato psicoeducativo, conformado por un grupo abierto que se reúne semanalmente por 2 horas y media aproximadamente. Siguiendo la misma línea Martínez (2025) declara que este entrenamiento está diseñado para ayudar a los pacientes a reducir comportamientos desadaptativos y a reemplazarlos por conductas más eficaces y menos perjudiciales.

Se desarrolla un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y competencias sociales. Este proceso constituye el propósito fundamental de la terapia grupal. Su objetivo principal es que los participantes aprendan y apliquen estas habilidades en su vida cotidiana, con el fin de mejorar los patrones de comportamiento, eficacia y relaciones interpersonales, así como los aspectos emocionales y cognitivos que generan malestar e interfieren significativamente en la vida de las personas con desregulación emocional. (Linehan, 1993)

La primera unidad, tolerancia al malestar instruye en habilidades para afrontar crisis y aceptar la realidad tal y como es, sin intentar cambiarla (Soler et al., 2022). La segunda unidad correspondiente a estrategias de regulación emocional, las cuales permiten reconocer y describir las emociones, y su finalidad es reducir respuestas impulsivas y aumentar sensaciones positivas. (Vega y Sánchez, 2013). Con respecto a la unidad de eficacia interpersonal, esta se impulsa el desarrollo de habilidades sociales como: solucionar problemas, expresar necesidades y definir límites respetuosamente (Soler et al., 2022). Estas unidades y sus entrenamientos se aplican a lo largo de toda la intervención junto con las habilidades de mindfulness, que realizan una cooperación para generar en el paciente la capacidad de observar, describir y participar conscientemente en el momento presente. (Soler et al., 2022). Lo anterior descrito, conduce a lo planteado por Linehan (1993) en su Teoría biosocial, en la cual se expone que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan un desajuste en sus habilidades de regulación emocional, dado por una interacción de aspectos biológicos y un ambiente invalidante, a partir de esto se dan el resto de los síntomas típicos del

trastorno generando inestabilidad en diversos niveles como cognitivo, interpersonal, de identidad y conductual. Por su parte este desajuste es conceptualizado como una alta vulnerabilidad emocional, entendiendo estas como las causas biológicas es decir, la persona manifiesta una alta sensibilidad a estímulos emocionales, suelen percibirlos con alta intensidad y presentan dificultades para regular estos episodios, a su vez estas situaciones que generan tanto malestar y reactividad, ocasionan que las personas apliquen y mantengan estrategias de evitación, dentro de las que se incluyen conductas autolesivas que actúan como un mitigante al dolor emocional. Linehan (1993) también describe que como el nombre biosocial lo indica, adicional a estas causas biológicas la persona a su vez se ve expuesto a un entorno invalidantes; este entorno, actúa de una manera negativa hacia las emociones de la persona, las desprecia, las desatiende, y en ocasiones se las castiga, el efecto de todo ello es un aumento en la fragilidad emocional de la persona.

Por consiguiente, el entrenamiento en las 4 habilidades anteriormente descritas permite a la persona emplear herramientas que moderen sus manifestaciones biológicas y la interacción con su entorno.

### ***6.5 Coaching Telefónico (Apoyo Telefónico):***

Este modelo de intervención tiene como objetivo atender en tiempo real las situaciones de crisis. La dinámica de este modelo la dirige el terapeuta promoviendo el uso de técnicas específicas que puedan ser aplicadas para la situación que se esté

presentando, por consiguiente, aumenta la generalización de las habilidades aprendidas a la vida cotidiana. (Márquez, 2024).

Vega y Sánchez (2013) argumentan que los individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad presentan una tendencia a interrumpir prematuramente sus procesos terapéuticos y vínculos interpersonales, lo que refuerza el aislamiento social y los sentimientos de exclusión y humillación en sus interacciones. Considerando que el vínculo terapéutico frecuentemente constituye la relación más significativa para estos pacientes, resulta fundamental garantizar la continuidad del tratamiento, siendo el contacto telefónico una herramienta potencialmente decisiva para este propósito. La posibilidad de que los pacientes puedan recurrir a la asistencia telefónica del terapeuta sigue la línea de los objetivos de la terapia, la cual es reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas a las que los pacientes recurren para moderar su desregulación emocional, este modelo facilita entrenar a los pacientes en una forma más adaptativa de pedir ayuda y cambiar estos patrones disfuncionales (Márquez, 2024).

### ***6.6 Equipo de Consulta para Terapeutas***

Consiste en un sistema de apoyo dirigido al terapeuta, el cual se implementa de forma paralela al tratamiento que este proporciona a sus pacientes; de esta forma la Terapia DBT promueve el cuidado de los terapeutas encargados de un caso. De igual forma manejan la coordinación y el establecimiento de objetivos y estrategias comunes, el objetivo principal de estas reuniones es ofrecer apoyo emocional además de brindar

motivación a los profesionales implicados, asegurando al mismo tiempo bajo estas supervisiones la fidelidad al modelo de la DBT (Garrido, 2018)

## **7. ESTADO DEL ARTE**

### **a. Panorama General en Latinoamérica**

En Colombia, se llevó a cabo un análisis específicamente en la ciudad de Medellín, centrado en las dificultades de regulación emocional en personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), según Gómez (2022), estos pacientes fueron atendidos en un centro especializado en Terapia Dialéctico Conductual (DBT), este estudio se desarrolló con 54 participantes mayores de 14 años, todos con diagnóstico Trastorno límite de la personalidad según criterios del DSM-V.

Los resultados obtenidos evidenciaron niveles elevados de disfunción en la regulación emocional, con diferencias significativas entre hombres y mujeres, especialmente en los aspectos relacionados con el control de impulsos y la utilización de estrategias de afrontamiento emocional, por otro lado, la prevalencia del TLP no mostró variaciones notables entre géneros, los hallazgos en esta investigación sugieren que las mujeres manifiestan una sintomatología más marcada, posiblemente vinculada a una mayor tendencia a buscar apoyo psicológico o terapéutico (Gómez, 2022)

Otro factor clave, es que a raíz de todos los cambios que trajo consigo la pandemia Covid-19 hubo un incremento en las intervenciones en salud mental por

medio de las herramientas que ofrecen las TIC. Las intervenciones a través de móviles e internet basadas en DBT, presentan evidencia de su eficacia para la reducción paulatina de estos síntomas exacerbados, así como una buena aceptación y adaptabilidad de los pacientes (Arshad et al., 2020).

De manera complementaria, en Chile, Ponce de León (2017) identificó una prevalencia del Trastorno límite de la personalidad cercana al 10 por ciento en mujeres hospitalizadas en centros psiquiátricos de Santiago de Chile, señalando que el 40% de los pacientes con alta frecuencia de uso de servicios psiquiátricos presentaban TLP.

Además, en este estudio chileno se deduce que entre el 60% y 70% de los pacientes con TLP se reporta al menos un intento suicida, también se encuentra que entre el 8% y el 10% consuman el acto; según dicho estudio estas cifras superan las tasas observadas en pacientes con depresión mayor, dichos resultados respaldan la eficacia de la terapia dialéctico conductual como una intervención terapéutica relevante, al mostrar reducciones significativas en las hospitalizaciones y los intentos suicidas en quienes completan el proceso terapéutico (Ponce de León, 2017).

Por otro lado, en Ecuador, Pinargote (2025), examinó las elevadas tasas de suicidio infantil y adolescente registradas entre 1990 y 2017, en estos estudios ecuatorianos evidenciaron un aumento del 322% en niñas y del 480% en niños de 10 a 14 años. Ministerio de salud pública (2021)

En este estudio se enfatiza que entre el cincuenta y el ochenta por ciento de las personas que se suicidan han realizado intentos previamente, afirmando que este antecedente es el principal factor de riesgo para una muerte por suicidio.

Asimismo, propuso que el comportamiento suicida resulta de una interacción de múltiples factores tanto biológicos, psicológicos y socioculturales, por lo que rechazó los modelos causales unidimensionales; Desde esta perspectiva, Pinargote (2025) resalta la necesidad de abordar la conducta suicida mediante estrategias terapéuticas integrales y basadas en evidencia, que sean capaces de reducir el riesgo de recaídas y promover la resolución clínica.

En conjunto, los estudios revisados en Colombia, Chile y Ecuador evidencian que los trastornos asociados a la desregulación emocional, como el TLP, y las conductas suicidas constituyen problemáticas significativas en la región latinoamericana, resaltando la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual como intervención de referencia para el manejo del TLP y la prevención del suicidio, destacando la importancia de su adaptación cultural y contextual para optimizar sus resultados clínicos.

## **8. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

No aplica en esta investigación, puesto que el estudio corresponde a una revisión sistemática de la literatura y no se realizará una intervención experimental ni un análisis inferencial de datos primarios. En cambio, su propósito es sintetizar y evaluar la evidencia disponible, por esta razón no se realizó una formulación de hipótesis.

## 9. METODOLOGÍA

El presente estudio corresponde a una investigación secundaria de tipo revisión sistemática de la literatura bajo la modalidad de revisión integradora. Según la metodología de Whitemore y Knafl (2006), este es el enfoque sistemático más amplio, el cual permite la inclusión simultánea de diseños de investigación experimentales y no experimentales. La elección de esta variante obedeció a la necesidad de capturar no solo la eficacia estadística de la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), sino también su viabilidad clínica en contextos emergentes a través de estudios de caso, proporcionando una síntesis estructurada de evidencia publicada entre los años 2015 y 2025 (Peters et al., 2020).

Este estudio sigue las directrices del modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para garantizar la transparencia y rigurosidad. Estos lineamientos permiten asegurar la trazabilidad y evaluar la calidad metodológica, adaptando el proceso a la naturaleza integradora de la presente investigación (Page et al., 2021).

La estrategia de búsqueda fue orientada por la estructura PICOT:

**P (Población):** Adultos con desregulación emocional o diagnósticos asociados (Trastorno Límite de la Personalidad, depresión, ansiedad y trauma, etc.).

**I (Intervención):** Terapia Dialéctico Conductual (TDC) en cualquiera de sus modalidades. Respecto al diseño metodológico, se integraron tanto estudios

experimentales como de caso clínico para obtener una comprensión profunda y ecológicamente válida de los efectos de la intervención.

**C (Comparación):** Condiciones pre y post-tratamiento, comparación con grupo control o comparaciones descriptivas en estudios de caso.

**O (Outcome):** Cambios clínicos y estadísticos en la regulación emocional y sintomatologías asociadas medidos por instrumentos psicométricos (DERS y EDE-Q, ) o reportes de mejoría clínica en casos individuales.

**T (Tiempo):** Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025, sin restricción en la duración del tratamiento o periodo de seguimiento, abarcando desde intervenciones breves hasta protocolos estándar.

Para la exploración de la información se efectuó la búsqueda en Scopus, PubMed, RedALyC, SciELO, ProQuest y Dialnet. Se emplearon términos MeSH y DeCS combinados con operadores booleanos. Las ecuaciones incluyeron términos como: (“Dialectical Behavior Therapy” [MeSH] OR “DBT”) AND (“emotion regulation” [MeSH] OR “emotion dysregulation”) AND “adult” [MeSH], y sus equivalentes en español: (“Terapia Dialéctico Conductual” OR “DBT”) AND (“regulación emocional” OR “desregulación”). La búsqueda se complementó con la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) para garantizar acceso a textos completos y tesis.

Los criterios de inclusión comprenden estudios originales que aporten evidencia clínica primaria sobre la aplicación de la DBT. Se incluyeron diseños de grupo (experimentales y pre-experimentales pre-post) y estudios de caso único o múltiple. Dado que la

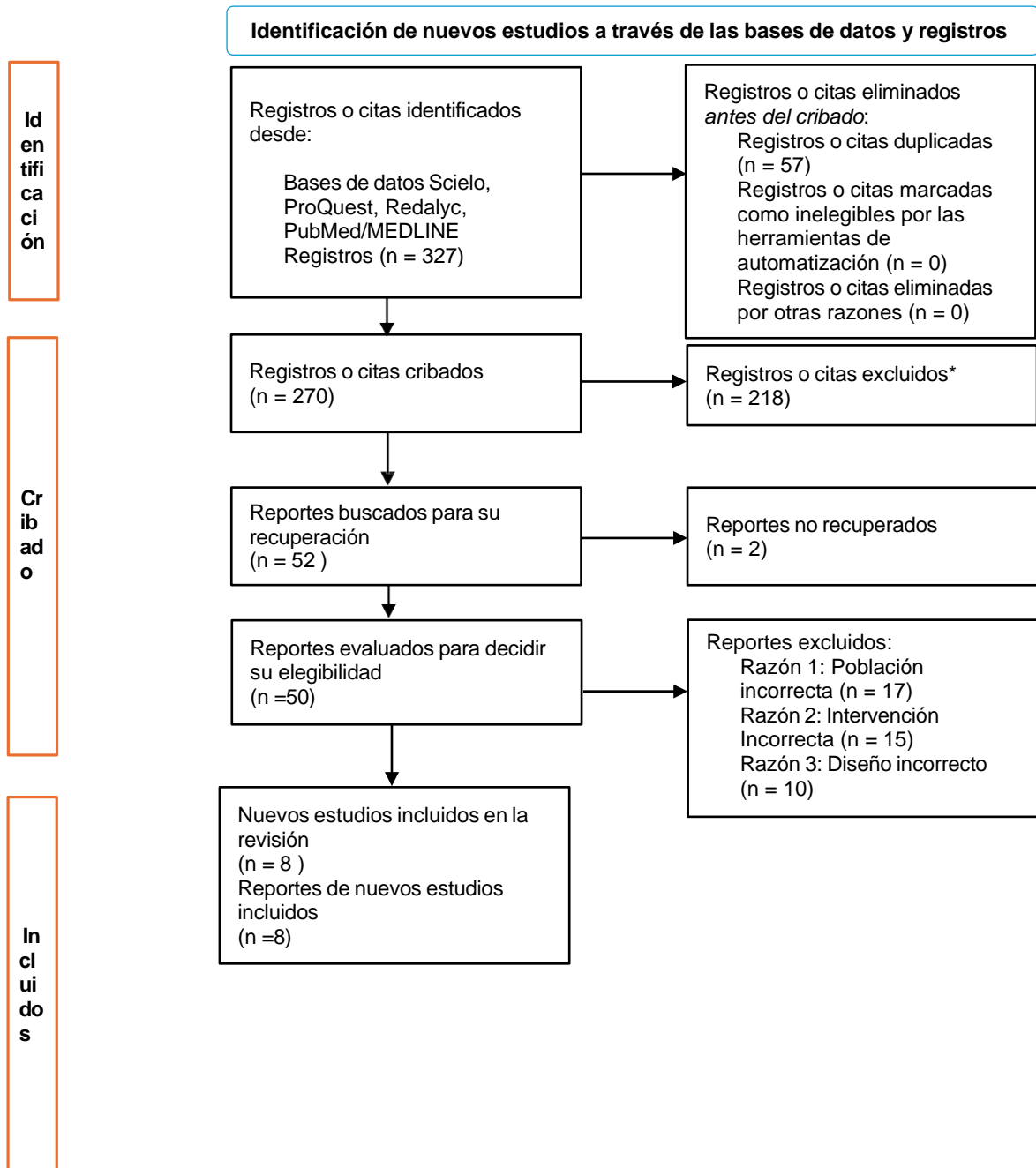
aplicación de la DBT en formato online y en contextos específicos en Latinoamérica es un área emergente, se incluyeron reportes de caso para capturar la viabilidad clínica y las barreras de implementación que los promedios grupales suelen omitir. Los estudios deben centrarse en población de 18 a 59 años y utilizar instrumentos validados o descripción clínica detallada de la desregulación y/o sintomatología asociada.

Se excluyen estudios en población infantil, adolescente o adultos mayores de 60 años. Así mismo, se excluyen revisiones narrativas y estudios cualitativos que no respondan a la pregunta de investigación. Finalmente, se descartaron estudios con muestras en episodios psicóticos activos que impidieran la aplicación segura de la TDC según los criterios de Linehan et al. (2006).

El proceso de selección siguió las cuatro fases PRISMA: **Identificación** de registros; **Cribado** (lectura de títulos y resúmenes); **Elegibilidad** (revisión de textos completos aplicando el listado de chequeo PRISMA 2020 para verificar transparencia); e **Inclusión** final de los artículos para análisis profundo.

Para la extracción de datos, se utilizó una matriz de análisis ( Anexo 1) que permitió organizar la información en función del efecto del tratamiento, los instrumentos utilizados y las características de las muestras. Los resultados se discuten considerando la calidad metodológica, el riesgo de sesgo, la pertinencia cultural y la viabilidad clínica de las intervenciones en el contexto latinoamericano (Whittemore y Knafelz, 2006; Page et al., 2021). Así mismo se contó con el aval de del comité de ética Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas (Anexo 2).

## 9.1 Diagrama de flujo prisma



**Diagrama de flujo PRISMA 2020.** Para concluir, el esquema expone la ruta metodológica de esta revisión, abarcando desde la búsqueda inicial hasta los filtros de exclusión usados para seleccionar los artículos clave. A pesar de esto, el escenario actual evidencia una notable falta de investigaciones previas que profundicen en el problema analizado.

## 10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

### a. Integridad Científica y Rigor Metodológico

El presente estudio se compromete a seguir estrictamente el protocolo PRISMA 2020. (Page et al., 2021). Garantizando lo siguiente

- **Transparencia:** Documentación detallada de todos los pasos del proceso de búsqueda, selección y análisis.
- **Reproducibilidad:** Registro sistemático de criterios de inclusión/exclusión y estrategias de búsqueda que permitan la replicación del presente estudio
- **Equidad:** Evaluación imparcial de la calidad metodológica de los estudios incluidos, sin sesgos de selección.
- **Conflictos de interés:** Los investigadores aseguran la ausencia de conflictos de interés de índole financiera, laboral o personal que pudieran influir en el desarrollo o los hallazgos de este estudio. Este trabajo se llevó a cabo con propósitos estrictamente académicos dentro del programa de Especialización en psicología clínica y carece de apoyo económico externo, lo cual garantiza la imparcialidad del análisis presentado.

### b. Respeto por la Propiedad Intelectual

Se garantiza el respeto a los derechos de autor mediante la correcta citación de todas las fuentes utilizadas, conforme a las normas APA en su 7ª edición. Además, se

promueve un uso ético de la información consultada, evitando cualquier modificación o distorsión de los resultados originales, y se mantiene el cumplimiento de las licencias de acceso y uso de las bases de datos empleadas.

### **c. Manejo Ético de la Información**

Se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones

- **Confidencialidad:** Se respetará el anonimato de participantes en los estudios originales.
- **Uso responsable:** La información será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.

### **d. Marco normativo colombiano**

En concordancia con la normativa colombiana vigente y según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, las revisiones sistemáticas que usan únicamente análisis documental se pueden considerar investigaciones sin riesgo, puesto que no involucran intervención directa con participantes humanos. De igual manera, se acogen los lineamientos de la Ley 1090 de 2006, la cual regula el ejercicio profesional del psicólogo y donde son establecidos los principios de confidencialidad, respeto por la dignidad humana y la responsabilidad científica. También, se garantiza el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 que trata de la protección de datos personales, que tiene como objeto corroborar el manejo seguro, ético y garante de la información derivada de las fuentes que se analizaron.

## 11. RESULTADOS

Tras el proceso de revisión sistemática realizado, se consolidó un corpus de evidencia que permite caracterizar el estado actual de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) en un contexto latinoamericano. Los hallazgos se presentan integrando las investigaciones de; México, Argentina, Chile y Perú, lo que brinda una perspectiva regional sobre la eficacia de este modelo terapéutico, comprendido entre los años 2015 y 2025 (Page et al., 2021).

Los resultados ponen en evidencia que la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) produce efectos clínicos y estadísticamente significativos en la mitigación de la desregulación emocional en población adulta latinoamericana de habla hispana. Al unificar los hallazgos reportados, el impacto de la intervención se puede comprender a través de tres áreas principales: la reducción de la sintomatología clínica, la modificación de conductas de riesgo y la adquisición de habilidades adaptativas.

La significación que tuvieron los estudios demuestra un alto rigor metodológico. Dependiendo del análisis previo de la muestra y de si los datos presentaban una distribución normal, los autores aplicaron tanto pruebas paramétricas (como la t de Student y ANOVA) como no paramétricas (Wilcoxon, Friedman y Chi-cuadrada) para confirmar que los valores del antes y el después no fueron producto del azar.

De manera transversal, los estudios reportan una disminución significativa en las puntuaciones globales de desregulación emocional evaluadas mediante la escala

DERS y la BSL-23. (Cremades et al., 2024; Soler et al., 2013) Por ejemplo, al comparar muestras entre estudios de diseño grupal, el ensayo de Reyes Ortega (2016) comprobó mediante análisis de varianza paramétrico (ANOVA) que el modelo basado en regulación emocional redujo la desregulación global ( $F = 13.00$ ;  $p = .001$ ) de manera muy superior a la Terapia Cognitivo Conductual tradicional. De este mismo modo, Cremades et al. (2024) validaron una caída significativa de esta misma variable ( $t = 3.47$ ;  $p < .01$ ) con un tamaño del efecto grande ( $d = 0.89$ ). La intervención demostró ser altamente efectiva también para síntomas severos: Reyes-Ortega et al. (2023) observaron mejoras drásticas en la estabilización de pacientes universitarios con rasgos límite, reportando reducciones en la sintomatología TLP ( $p = .005$ ) y en la ansiedad ( $p = .005$ ), con tamaños del efecto extraordinarios ( $d > 1.90$ ), confirmados a nivel individual mediante el Índice de Cambio Fiable.

Uno de los efectos más críticos reportados es el impacto sobre el control de impulsos. Los hallazgos unificados demuestran una reducción drástica en conductas dependientes del estado de ánimo. El estudio de Ponce de León et al. (2017) confirmó, mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, una caída estadísticamente significativa en el promedio de intentos suicidas ( $p = .000$ ) y de hospitalizaciones psiquiátricas ( $p = .0005$ ). Este control inhibitorio también se extendió a conductas comórbidas; Ortega Luyando et al. (2025) demostraron a través de la prueba no paramétrica de Friedman reducciones significativas en atracones ( $p = .004$ ), conductas de restricción alimentaria ( $p = .028$ ) e insatisfacción corporal ( $p = .021$ ). Cabe destacar que estos hallazgos estadísticos se ven respaldados por la validez ecológica de los estudios de caso cualitativos: tanto Navarro-Haro et al. (2016), (Con un estudio de

caso) como Valdivieso-Jiménez et al. (2025) (Con tres estudios de caso), los cuales observaron descriptivamente que, aún en modalidades virtuales, la terapia dialéctico conductual logra reducir a cero la urgencia suicida en momentos de crisis severa y retener a los pacientes en tratamiento.

Los estudios confirman que la Terapia Dialéctico Conductual no solo erradica conductas disfuncionales, sino que incrementa las habilidades en el consultante. Al integrar la información y buscar resultados en común, destaca el aumento de la autoeficacia y las habilidades adaptativas. Tanto el estudio de Cremades et al. (2024) como el de Retana Franco y Sánchez Aragón (2016) mostraron un aumento en la autoeficacia percibida para la regulación emocional. Retana Franco y Sánchez probaron este incremento mediante la t de Student ( $p = .002$ ;  $d = 0.58$ ), mientras que Cremades et al. corroboraron el mismo hallazgo paramétrico ( $p < .01$ ) con un efecto aún mayor ( $d = 0.97$ ). Los pacientes desarrollaron una mayor capacidad para aceptar sus emociones sin juzgarlas, apoyándose en el entrenamiento en mindfulness, variable que de hecho obtuvo el mayor tamaño del efecto de toda la revisión en la muestra de Reyes-Ortega et al. (2023) ( $d = 2.12$ ). Así mismo, un hallazgo clínico unificado de gran relevancia es el cambio medible en las estrategias de afrontamiento: los adultos latinoamericanos lograron inhibir respuestas de evitación experiencial ( $p < .001$ ; Reyes Ortega, 2016), pasando hacia una expresión asertiva y mejorando significativamente su bienestar subjetivo total ( $p = .000$ ; Retana Franco y Sánchez, 2016).

## **Tabla 1**

*Características metodológicas y análisis estadístico de los estudios seleccionados*

ESTUDIO (AUTOR Y AÑO)	DIMENSIÓN / SÍNTOMA EVALUADO	EFEECTO CLÍNICO OBSERVADO	INDICADOR DE CAMBIO / IMPACTO	REPORTE ESTADÍSTICO
<b>Cremades et al. (2024)</b>	Autoeficacia	Aumento significativo en la percepción de capacidad.	Mejora en la confianza para manejar el enojo.	$t(14) = -3.78$ ; $p < .01$ ; $d = 0.97$ (Grande)
<b>Cremades et al. (2024)</b>	Desregulación Emocional	Disminución global de la desregulación.	Reducción de la reactividad emocional.	$t(14) = -3.78$ ; $p < .01$ ; $d = 0.89$ (Grande)
<b>Cremades et al. (2024)</b>	Temperamento de Ira	Reducción en la propensión a sentir enojo.	Menor intensidad de la ira como rasgo.	$t(14) = 2.34$ ; $p < .05$ ; $d = 0.60$ (Moderado)
<b>Navarro-Haro et al. (2016)</b>	Urgencia de autolesión y suicidio.	Reducción de impulsos críticos tras la sesión de Mindfulness (RV).	Cese transitorio de impulsos suicidas y de autolesión.	Estudio de Caso (N=1). Análisis descriptivo: Reducción en impulso suicida (Pre: 3 → Post: 0) y autolesión (Pre: 2 → Post: 0). No aplica estadística inferencial.
<b>Navarro-Haro et al. (2016)</b>	Deseo de consumir sustancias.	Reducción leve en el <i>craving</i> (deseo) de consumo.	Mitigación parcial del impulso adictivo.	Estudio de Caso (N=1). Análisis descriptivo: Reducción en el impulso de consumo (Ej. Sesión 2: Pre: 4 → Post: 3). No aplica estadística inferencial.
<b>Navarro-Haro et al. (2016)</b>	Emociones negativas (Ira, Miedo, Culpa).	Reducción de la reactividad emocional primaria.	Disminución del distrés subjetivo inmediato.	Estudio de Caso (N=1). Análisis descriptivo: Disminución visual de la intensidad emocional en la escala 0-100 pre/post. No aplica estadística inferencial.
<b>Ortega Luyando et al. (2025)</b>	Síntomas de Anorexia Nerviosa (EAT-26)	Disminución de actitudes y conductas restrictivas.	Reducción clínicamente relevante tras la intervención.	No paramétrica (Friedman): $Fr = 7.161$ ; $p = .028$ ; <i>Cambio Clínico Objetivo</i> ( $C \leq -0.20$ )

<b>Ortega Luyando et al. (2025)</b>	Síntomas de Bulimia Nerviosa (BULIT)	Reducción de atracones y conductas compensatorias.	Cese de conductas de riesgo alimentario.	No paramétrica (Friedman): $Fr = 11.032$ ; $p = .004$ ; <i>Cambio Clínico Objetivo</i> ( $C \leq -0.20$ )
<b>Ortega Luyando et al. (2025)</b>	Insatisfacción Corporal (BSQ)	Disminución del malestar por la imagen corporal.	Reducción en la preocupación por el peso y la figura.	No paramétrica (Friedman): $Fr = 7.750$ ; $p = .021$ ; <i>Cambio Clínico Objetivo</i> ( $C \leq -0.20$ )
<b>Ponce de León et al. (2017)</b>	Conducta Suicida	Reducción drástica en la frecuencia de intentos autolíticos.	Disminución promedio de 1.7 a 0.35 intentos por paciente.	No paramétrica (Wilcoxon): $p = .000$ <i>(Tamaño del efecto no calculable por ausencia de Desviación Estándar).</i>
<b>Ponce de León et al. (2017)</b>	Hospitalizaciones Psiquiátricas	Reducción en la necesidad de internación.	Disminución promedio de 1.94 a 0.25 hospitalizaciones.	No paramétrica (Wilcoxon): $p = .0005$ <i>(Tamaño del efecto no calculable).</i>
<b>Ponce de León et al. (2017)</b>	Impacto Clínico Global (OQ-45)	Reducción significativa del malestar psicológico general.	Mejora en sintomatología y relaciones interpersonales.	No paramétrica (Wilcoxon): Disminución de 90.5 a 70.9 puntos. <b>Cambio Significativo.</b>
<b>Retana Franco &amp; Sánchez Aragón (2016)</b>	Entendimiento Emocional del Miedo	Mayor capacidad para identificar causas y consecuencias del miedo.	Mejora significativa en el reconocimiento de la emoción.	No paramétrica (Chi-cuadrada): $X^2 = 22.00$ ; $p = .0001$ . <i>(No aplica d de Cohen).</i>
<b>Retana Franco &amp; Sánchez Aragón (2016)</b>	Reapreciación Cognoscitiva (Miedo y Tristeza)	Incremento en el uso de estrategias de regulación enfocadas en el cambio de perspectiva.	Mayor modulación de la respuesta emocional (estado).	Paramétrica (t de Student): $t(33) = -2.056$ ; $p = .048$ ; $d = 0.35$ (Pequeño).

<b>Retana Franco &amp; Sánchez Aragón (2016)</b>	Autoeficacia para la Regulación (Rasgo)	Aumento en la percepción de capacidad para manejar situaciones estresantes.	Fortalecimiento de la confianza emocional personal.	Paramétrica (t de Student): $t(33) = -3.360$ ; $p = .002$ ; $d = 0.58$ (Moderado).
<b>Retana Franco &amp; Sánchez Aragón (2016)</b>	Bienestar Subjetivo Total	Reducción del malestar y aumento del bienestar general post-intervención.	Mejora integral en áreas familiares y personales.	Paramétrica (t de Student): $t(33) = 4.178$ ; $p = .000$ ; $d = 0.72$ (Moderado-Alto).
<b>Reyes Ortega (2016)</b>	Ansiedad Generalizada (BAI)	Reducción de la sintomatología ansiosa en ambos grupos.	Disminución no estadísticamente significativa en la comparación posttest entre grupos.	Paramétrica (ANOVA): $F = 1.00$ ; $p = .318$ (Sin diferencias entre TCC y MIRE-G en el posttest).
<b>Reyes Ortega (2016)</b>	Evitación Experiencial (AAQ-II)	Disminución significativa en los intentos de evadir el malestar.	Mayor flexibilidad psicológica en el grupo con intervención integrativa (MIRE-G).	Paramétrica (ANOVA): $F = 34.40$ ; $p < .001$ .
<b>Reyes Ortega (2016)</b>	Desregulación Emocional (DERS-E)	Mitigación de la intensidad emocional inefectiva.	Reducción drástica a favor del modelo integrativo (MIRE-G) comparado con TCC.	Paramétrica (ANOVA): $F = 13.0$ ; $p = .001$ .
<b>Reyes-Ortega et al. (2023)</b>	Sintomatología Clínica TLP (BSL-23)	Reducción severa de sintomatología característica del TLP.	Disminución promedio de 45.3 a 15.6 puntos.	Paramétrica (t de Student): $t(5) = 4.67$ ; $p = .005$ ; $d = 1.90$ (Muy Grande).

<b>Reyes-Ortega et al. (2023)</b>	Depresión y Ansiedad (DASS-21)	Reducción significativa del afecto negativo primario.	Mitigación drástica del estrés psicológico post-intervención.	Paramétrica (t de Student): Ansiedad $t(5) = 4.86(p = .005; d = 1.96)$ y Depresión $t(5) = 4.33$ ( $p = .011; d = 1.58$ ).
<b>Reyes-Ortega et al. (2023)</b>	Atención Plena / Mindfulness (MAAS)	Incremento en la capacidad de conciencia y atención plena.	Aumento promedio de 40.8 a 70.8 puntos.	Paramétrica (t de Student): $t(5) = -5.20;$ $p = .003; d = 2.12$ (Muy Grande).
<b>Valdivieso-Jiménez et al. (2025)</b>	Viabilidad de la TDC Online en TLP	Identificación de ventajas (accesibilidad) y barreras (distractibilidad, problemas de conexión) de la telepsicología.	Adaptación de estrategias de compromiso y manejo de crisis en formato 100% virtual.	Estudio de Casos Múltiples (N=3). Análisis descriptivo. No aplica estadística inferencial ni cálculo de tamaño del efecto.
<b>Valdivieso-Jiménez et al. (2025)</b>	Conductas de Riesgo (Ideación suicida y autolesiones)	Mitigación cualitativa de síntomas mediante estrategias de validación y ensayo conductual en línea.	Retención de las pacientes en el programa a pesar de crisis de autoinvalidación o consumo de sustancias.	Estudio de Casos Múltiples (N=3). Análisis cualitativo (Tabla de beneficios y dificultades). No aplica.

**Tabla 2**

*Relación de instrumentos de medición empleados en los estudios seleccionados según categoría, país y frecuencia de uso.*

<b>Autor y Año</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Categoría</b>	<b>País</b>	<b>Frecuencia</b>
--------------------	--------------------	------------------	-------------	-------------------

Gratz & Roemer (2004)	<b>DERS</b>	Regulación emocional	México, Argentina, Chile,	3
Guzmán-González et al. (2014) / Garnefski et al. (2001)	<b>IERE/EERE</b>	Regulación emocional	México	1
Beck, Epstein, Brown & Steer (1988)	<b>BAI</b>	Sintomatología clínica	México	1
Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1987)	<b>BSQ</b>	Conducta alimentaria	México	1
Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982)	<b>EAT-26</b>	Conducta alimentaria	México	1
Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983)	<b>STAI</b>	Sintomatología clínica	Chile	1
Lambert et al. (1996)	<b>OQ-45.2</b>	Salud funcionamiento	y Chile	1

Spielberger (1999)	<b>STAXI-2</b>	Sintomatología clínica	Argentina	1
Crespo, Gómez & Soberón (2015)	<b>EPCA</b>	Sintomatología clínica	Argentina	1
Barkham, Hardy & Startup (1996)	<b>IIP-32</b>	Salud funcionamiento	y Argentina	1
Mezzich, Cohen, Liu & Ruipérez (2000)**	<b>QLI-Sp</b>	Salud funcionamiento	y Argentina	1
Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch & Linehan (2010)	<b>DBT-WCCL</b>	Estrategias habilidades	y Perú	1
No especificado en el artículo	<b>Escalas de funcionamiento y adherencia</b>	Otros	Perú	1

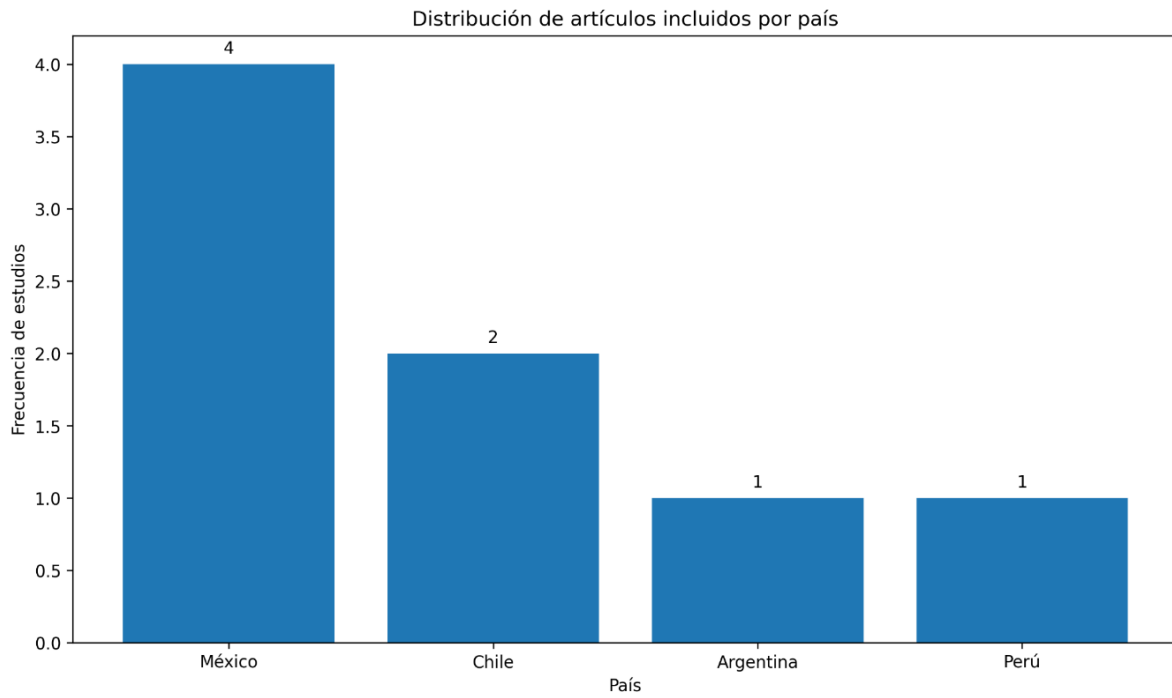
Como se puede evidenciar en esta tabla, la instrumentación empleada en las investigaciones extraídas revela una notable convergencia en el uso de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004), la cual se consolida como el estándar de medición de resultados en la mayoría de las intervenciones basadas en DBT en Latinoamérica. Este instrumento se utiliza de

manera consistente en diversos contextos geográficos como lo son; Chile, Argentina y México, lo que sugiere una alta confiabilidad y validez transcultural para la evaluación de las poblaciones hispanohablantes.

Sin embargo, se observa una tendencia hacia la evaluación multidimensional, donde los estudios no se limitan a la desregulación emocional como variable aislada, sino que integran instrumentos específicos para el abordaje de las dimensiones críticas del funcionamiento psicológico como lo son el manejo de la ira y afecto negativo, donde se reporta el uso del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2; Spielberger, 1999) y el Inventario de Auto-reporte de Miedo para medir cambios en la reactividad emocional específica. Por su parte la sintomatología clínica y ansiedad, donde la eficacia de la intervención se respalda por medio del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988) y el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al., 1983). Por su parte referente a las conductas de riesgo y salud física se identifican la inclusión de herramientas para evaluar la insatisfacción corporal (BSQ; Cooper et al., 1987), las actitudes alimentarias (EAT-26; Garner et al., 1982) y las conductas autolesivas (EPCA; Casullo, 2004), donde es reflejada la complejidad clínica de los adultos atendidos bajo este modelo. Respecto al funcionamiento global se puede decir que el impacto de la terapia es medido también a través de cuestionarios de resultados generales como el OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) y las escalas de calidad de vida como el QLI-Sp (Mezzich et al., 2000).

Lo anterior permite concluir que esta diversidad instrumental, acompañada al rigor en el reporte de los hallazgos según las directrices PRISMA (Page et al., 2021),

posibilita una síntesis estructurada de la evidencia científica recolectada entre los años 2015 y 2025.

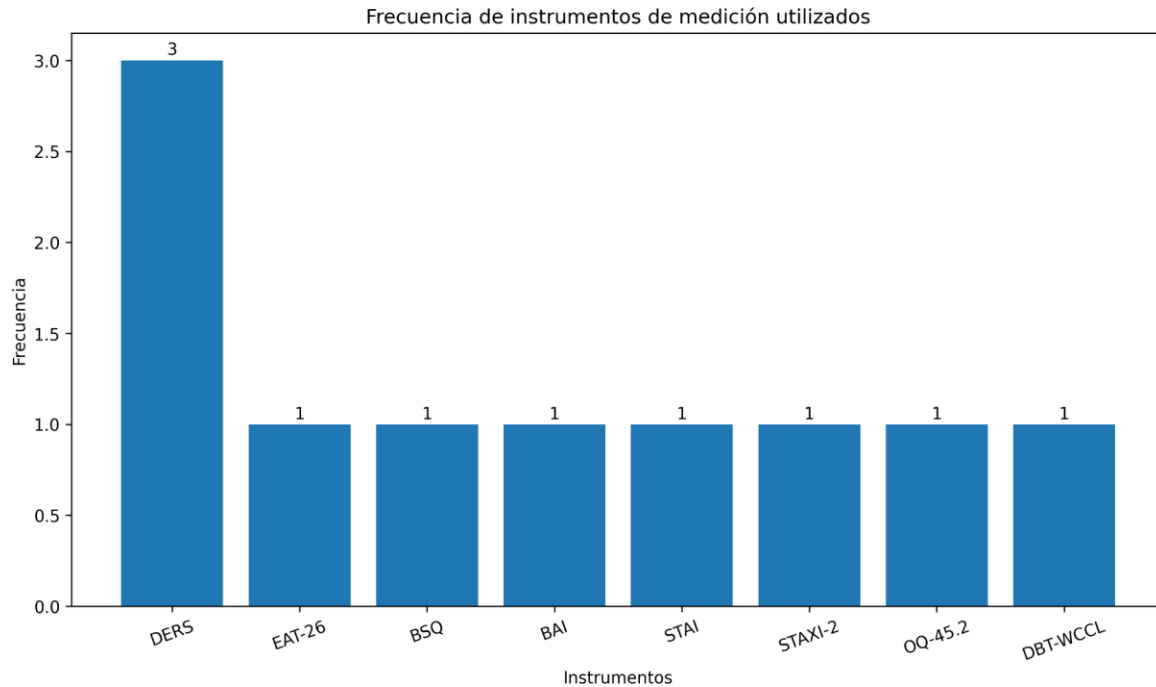


**Figura 2.** Frecuencia de estudios por país

**Nota.** México presentó la mayor cantidad de artículos incluidos en la revisión sistemática ( $n = 4$ ), seguido de Chile ( $n = 2$ ), Argentina ( $n = 1$ ) y Perú ( $n = 1$ ).

**Figura 3**

*Frecuencia de instrumentos utilizados*



**Nota.** *La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) presentó la mayor frecuencia de uso en los estudios seleccionados, seguida por instrumentos orientados a la evaluación de ansiedad, conducta alimentaria y funcionamiento psicológico.*

Asimismo, los hallazgos revelan una alta adaptabilidad del protocolo estándar de Linehan para superar las barreras geográficas y económicas propias de Latinoamérica. Se reporta una prevalencia de formatos adaptados que varían entre programas intensivos de seis meses con una aplicación rigurosa de los cuatro formatos de tratamiento en entornos clínicos universitarios (García Palacios et al., 2023), y modelos

específicos diseñados para el manejo de emociones particulares, como el enojo, mediante talleres de habilidades con estructuras circulares (Cremades et al., 2024).

Además, se observa una sólida implementación de la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, el asesoramiento telefónico y las reuniones de consultoría para el equipo clínico, todo fundamentado en la teoría biosocial y la filosofía dialéctica (García Palacios et al., 2023; Valdivieso Jiménez et al., 2025). Respecto a los componentes específicos, destaca el énfasis en los módulos de *Mindfulness* (atención plena), tolerancia al malestar y regulación emocional, los cuales han demostrado ser eficaces para reducir conductas impulsivas, autolesiones y mejorar la regulación de la ira en la región (Cremades et al., 2024; Valdivieso Jiménez et al., 2025).

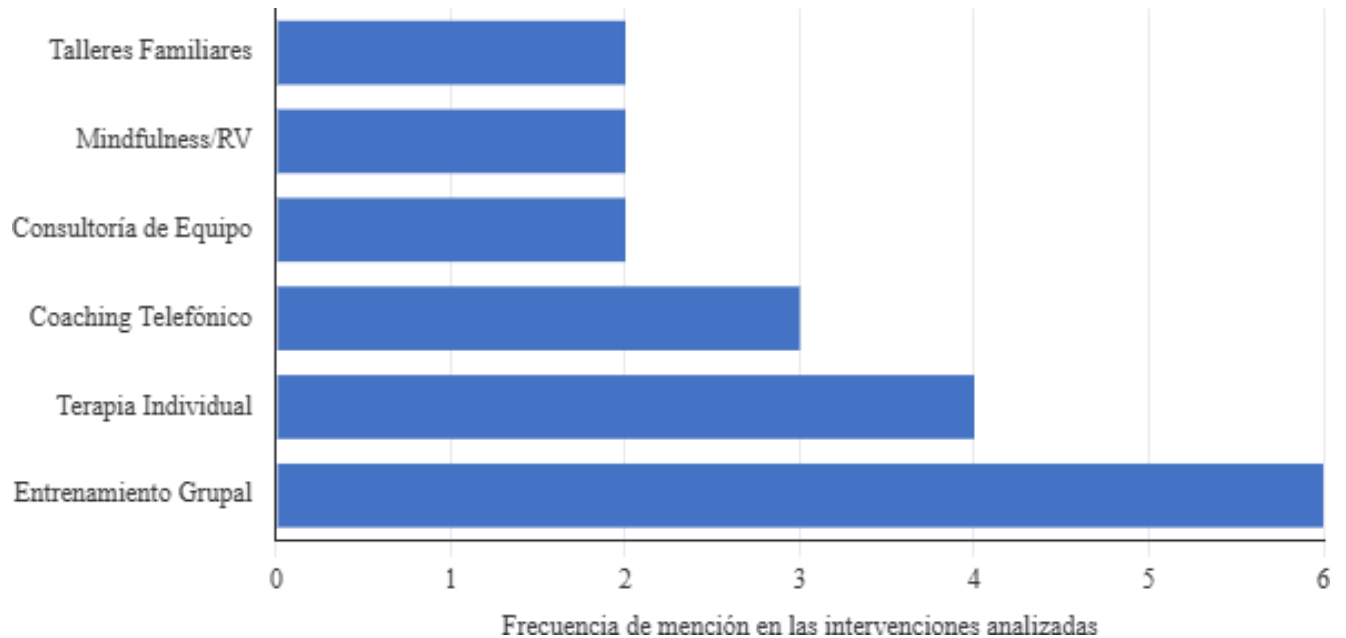
Por último, se evidencia una transición consolidada hacia la modalidad virtual sincrónica y la telepsicología, la cual se utiliza como una modalidad estructurada con protocolos de seguridad digital específicos, registros conductuales digitales y soporte audiovisual (Valdivieso Jiménez et al., 2025). En este contexto, se han incorporado innovaciones tecnológicas como la realidad virtual (entorno "VR-Dolphin") para facilitar la práctica de la conciencia plena y reducir la carga cognitiva (Navarro-Haro et al., 2016), así como la capacitación de familiares como coterapeutas en el hogar, lo que distingue al entorno social/familiar como un factor protector fundamental en la regulación emocional en el contexto hispanohablante (Valdivieso Jiménez et al., 2025).

**Tabla 3** *Modalidades aplicación.*

<b>Categoría De Intervención</b>	<b>Componentes y Prácticas Específicas</b>	<b>Modalidad de Aplicación</b>
DBT Estándar Adaptada	Terapia individual, entrenamiento de habilidades, asesoramiento entre sesiones (coaching) y reuniones de consultoría para el equipo. Basada en teoría biosocial, conductual y dialéctica.	Presencial e intensiva (ej. 6 meses de duración) en contextos clínicos/universitarios.
Tele psicología (Virtualidad)	Sesiones grupales e individuales mediante plataformas de videoconferencia (Zoom) y uso de registros conductuales digitales. Incluye evaluación previa de seguridad digital.	Virtual sincrónica (en tiempo real) con soporte de material audiovisual.
Entrenamiento en Habilidades (Focal)	Módulos de conciencia (Mindfulness), planes de crisis, resolución de problemas y reducción de vulnerabilidades. Énfasis en el manejo del enojo.	Taller grupal con estructura "circular" (permite ingreso continuo de pacientes). Sesiones semanales de 2 horas.
Innovación Tecnológica	Uso de entornos de Realidad Virtual (específicamente "VR-Dolphin") como herramienta facilitadora para la práctica de Mindfulness.	Modalidad combinada (Psicoterapia tradicional + apoyo tecnológico inmersivo).
Intervención de Apoyo Social	Talleres familiares quincenales (120 min) enfocados en la capacitación de miembros del hogar como coterapeutas.	Virtual o presencial, integrada al programa integral de tratamiento.

## Figura 4

*Distribución de los componentes de intervención de la terapia dialéctico-conductual (DBT) en los estudios analizados*



Como se aprecia en la gráfica, las intervenciones de DBT en Latinoamérica muestran una marcada orientación multimodal. El componente más frecuentemente reportado es el entrenamiento grupal en habilidades, presente en todos los casos examinados, seguido de la terapia individual. Destaca también la incorporación de elementos de apoyo familiar y el uso de herramientas como la Realidad Virtual, lo que evidencia un proceso de adaptación del modelo original tanto a las particularidades culturales como a las posibilidades tecnológicas de la región.

Siguiendo esta misma línea y de acuerdo a las ocho investigaciones examinadas, se refieren tres dimensiones principales frente a la adaptación de la DBT en adultos latinoamericanos: la flexibilización del formato estándar, la innovación tecnológica y el uso de redes de apoyo institucional, según Ponce de León et al. (2017) la simplificación institucional permite que la terapia sea viable en redes de salud pública con recursos limitados, el autor sugiere que la eficacia del modelo en la región depende de la capacidad en la integración de condiciones socioeconómicas y tecnológicas del contexto local.

Se reporta que el uso de la realidad virtual actúa como un soporte que garantiza que la técnica de mindfulness sea efectiva, así mismo, existe un avance positivo frente a pacientes que reportan fatiga o dificultad de introspección, Navarro-Haro et al. (2016); En este orden de ideas, para Navarro-Haro et al. (2016), la realidad virtual y su integración frente al entrenamiento de habilidades mindfulness, permite sortear limitaciones atencionales propias de la desregulación emocional severa, según Navarro-Haro et al. (2016), la RV facilita la inmersión al externalizar los estímulos necesario para la práctica, además de reducir la carga cognitiva de los pacientes significativamente, afirmándose que, de otro modo se encontrarán dificultades en ejercicios introspectivos o de visualización con el uso de métodos tradicionales teniéndose en cuenta las conductas de agitación psicomotora o fatiga.

Por su parte Valdivieso et al. (2025) destaca la transición de modalidad online en el caso de Perú; Por medio de su investigación se aborda la superación de barreras geográficas y estructurales mediante la tecnología, Valdivieso reporta una eficacia

clínica, en este estudio se observan reducciones significativas en la sintomatología del TLP, de acuerdo con Valdivieso et al.(2025) la implementación del modelo virtual no solo favorece una regulación emocional efectiva, sino que también representa una optimización de recursos tanto para los pacientes como para los centros de salud, se argumenta que esta modalidad asegura que el proceso terapéutico no se interrumpa, potenciando la adherencia al eliminar dificultades logísticas relacionadas con el desplazamiento y los tiempos de traslado.

Según Cremades et al.(2024), este ajuste sistemático implica una sustitución del lenguaje clínico rígido, un claro ejemplo es la semiología clínica utilizada en el manual original de linehan, a metáforas propias del consultante, el autor afirma que este proceso permite habilidades de regulación emocional, como una herramienta accesible, además afirma que al usar el léxico local favorece la alianza terapéutica reconociendo la adaptación semántica en Latinoamérica cómo un mecanismo de validación cultural, algunas adaptaciones lingüísticas en este caso, se reemplazan términos como “Mindfulness” por “atención plena”, o términos tales como “Distress tolerance” se adaptan cómo “ Tolerancia al malestar”.

A partir de este contexto y de acuerdo al análisis realizado, se puede indicar que los resultados evidencian que la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) es una intervención eficaz para la población adulta de habla hispana en Latinoamérica. Se

observó una reducción significativa en síntomas de desregulación emocional, impulsividad, ansiedad y conductas autolesivas; paralelamente, se identificó un fortalecimiento en habilidades de mindfulness, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal. De la misma manera, la evidencia señala una implementación multimodal que integra formatos presenciales y virtuales, entrenamiento grupal, apoyo familiar e innovaciones tecnológicas. Finalmente, se destaca que la DBT mantiene su efectividad a pesar de los desafíos específicos de la región, pues su flexibilidad estructural y capacidad de adaptación a las condiciones socioculturales y económicas respaldan su pertinencia clínica en los diversos contextos de salud mental latinoamericanos (Cremades et al., 2024; Navarro Haro et al., 2016; Ponce de León, 2017; Valdivieso Jiménez et al., 2025).

## **12. DISCUSIÓN**

Los resultados de la presente revisión sistemática permiten sostener que la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) constituye una intervención clínicamente eficaz y estadísticamente robusta para la reducción de la desregulación emocional en población adulta latinoamericana de habla hispana, Esta afirmación es consistente con la evidencia internacional acumulada desde los trabajos originales de Linehan (1993), y amplía su alcance al contexto regional latinoamericano, donde las particularidades socioeconómicas, geográficas y culturales representan una interrogante metodológica aún no resuelta.

Siguiendo esta misma línea, el análisis desarrollado en esta revisión sistemática se puede mencionar que la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) constituye una intervención de una alta eficacia superior en la disminución de la desregulación emocional en adultos latinoamericanos, sustentado por hallazgos que fluctúan entre niveles significativos y extraordinarios. Lo anterior no es únicamente descriptivo, sino que se puede comparar con el estudio reportado por Reyes-Ortega et al. (2023), con una muestra de tamaño robusto, donde se evidencia que se alcanzó un índice de  $d = 1.90$  en la estabilización de síntomas límite. Por su parte en la especificidad de la DBT en la región radica en la capacidad para la reducción de puntuación global en instrumentos validados como lo es la escala DERS y el BSL-23, donde se logra una disminución estadística significativa  $p < .01$ , en variables críticas como la reactividad emocional y el temperamento de ira (Cremades et al., 2024). A diferencia de otras intervenciones, la DBT manifiesta ser efectiva no solo en la remisión de la sintomatología clínica, sino en la autoeficacia percibida  $d = 0.97$ , generando así un impacto hacia la reducción del malestar y la construcción de habilidades de regulación autónomas en el contexto hispanohablante.

Así mismo, se puede indicar que los hallazgos principales revelan una reducción drástica en la sintomatología global medida por escalas como la DERS y BSL-23, donde se destaca el estudio de Reyes-Ortega (2016), en el cual el modelo basado en regulación emocional disminuyó la desregulación global  $F = 13.00$ ;  $p = .001$ , superando la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional. Estos resultados están relacionados con el modelo biosocial de Linehan (1993), el cual postula que el entrenamiento en habilidades posibilita la modulación de la vulnerabilidad biológica ante

entornos invalidantes. En el contexto regional, esto logra una importancia crítica, como lo señalan Blay et al. (2024) y Herrera-Rueda (2024), las poblaciones de Colombia, México y Panamá resaltan factores psicosociales como; el estrés crónico y los conflictos familiares, como factores desencadenantes que aumentan la desregulación. Por lo que la DBT no solo actúa como un mitigante de síntomas, sino por el contrario interviene como un componente de compensación frente a entornos que a través de la historia no han validado la experiencia emocional del individuo, ni lo ven como un factor determinante.

**a. Eficacia clínica de la DBT sobre la sintomatología y las conductas de riesgo**

Algo relevante a mencionar es el impacto de la terapia sobre las conductas de riesgo y el control de impulsos. Ya que la evidencia unificada de autores como Ponce de León (2017) y Navarro-Haro (2016) demuestra que la DBT permite la reducción de la ideación suicida y las hospitalizaciones psiquiátricas  $p = .0005$ , incluso en modalidades como la realidad virtual. Esta capacidad de "freno inhibitorio" valida la unidad de Tolerancia al Malestar como un mecanismo esencial para la supervivencia del paciente con TLP en Latinoamérica. También, teniendo en cuenta que el Mindfulness obtuvo el tamaño del efecto más alto registrado en la revisión  $d = 2.12$  según (Reyes-Ortega et al., 2023) sugiere que la atención plena es una herramienta de cambio con más fuerza para el consultante latinoamericano, donde le permite dar un paso de la evitación experiencial a una aceptación dialéctica.

Este patrón de superioridad sobre otras modalidades terapéuticas ya había sido señalado en metaanálisis previos realizados en población anglosajona (Navarro-Haro et al. (2016)). Sin embargo, la presente revisión sistemática aporta evidencia importante al demostrar que dicha superioridad se mantiene en contextos hispanohablantes, donde las condiciones de implementación son sustancialmente distintas. En particular, el estudio de Reyes-Ortega et al. (2023), con tamaños del efecto extraordinarios ( $d > 1.90$ ) y reducciones significativas en sintomatología TLP y ansiedad ( $p = .005$ ), sugiere que la eficacia de la DBT puede incluso potenciarse cuando se adapta a entornos universitarios con alta demanda de atención en salud mental y baja oferta de recursos especializados.

La convergencia entre los datos cuantitativos y los hallazgos cualitativos de los estudios de caso en particular los de Navarro-Haro et al. (2016) y Valdivieso-Jiménez et al. (2025) es clínicamente significativa. La capacidad de reducir a cero la ideación suicida durante crisis severas, incluso en modalidades virtuales, no solo refuerza la validez ecológica de la intervención, sino que evidencia que el componente de coaching telefónico y el entrenamiento en tolerancia al malestar logran operar de manera eficaz fuera del consultorio. Esto tiene implicaciones directas para el diseño de programas de intervención en crisis en contextos con escasa infraestructura hospitalaria

#### **b. Incremento de habilidades adaptativas: autoeficacia, mindfulness y afrontamiento**

Un segundo eje de hallazgos relevante hace referencia al incremento de habilidades adaptativas en los participantes. La DBT no se limita a erradicar conductas

disfuncionales, sino que produce un cambio activo en la capacidad de regulación emocional del consultante, lo que es consistente con la filosofía dialéctica que subyace al modelo: la síntesis entre la aceptación radical y el cambio conductual (Linehan, 1993). La revisión permite identificar una transición desde el manual estándar hacia formatos más flexibles y diversos:

- **Entrenamiento en Habilidades:** Se observa que la enseñanza de módulos específicos (Mindfulness, Tolerancia al Malestar y Regulación Emocional) es efectiva incluso cuando no se aplica el programa de cuatro componentes de Linehan. Por ejemplo, los estudios de caso de Valdivieso-Jiménez et al. (2025) subrayan la importancia de la tolerancia al malestar para evitar el abandono terapéutico en entornos virtuales.
- **Modelos Integrativos y Breves:** El uso del modelo MIRE-G (Reyes Ortega, 2016) y protocolos breves para universitarios (Reyes-Ortega et al., 2023) demuestra que la DBT puede ser empleada para contextos específicos (ansiedad o población estudiantil) manteniendo un valor clínico sobresaliente ( $d > 1.90$ ).
- **Innovación Tecnológica:** La inclusión de la Realidad Virtual (Navarro-Haro et al., 2016) y la Telepsicología (Ortega Luyando et al., 2025; Valdivieso-Jiménez et al., 2025) rompe con la barrera de la presencialidad. Estos estudios demuestran que la DBT online es viable para tratar trastornos complejos como la conducta alimentaria y el TLP en la región latinoamericana.

Por otro lado, se observa una importante eficacia transdiagnóstica en los trastornos que comparten la desregulación emocional como núcleo, más allá del diagnóstico de TLP. Como se menciona en los resultados de Ortega Luyando et al. (2025) son concluyentes al dar reporte de la reducción significativa de síntomas de anorexia y bulimia, en especial en atracones  $p = .004$  e insatisfacción corporal  $p = .021$ . Esto propone que el entrenamiento en habilidades posibilita a los pacientes la sustitución de conductas compensatorias por estrategias de regulación adaptativas y funcionales, reforzando lo planteado por Sloan et al. (2023) y Mennin & Fresco (2017) en cuanto a la ruptura de los ciclos de mantenimiento de la ansiedad y el trauma.

El aumento de la autoeficacia percibida para la regulación emocional, documentado de manera convergente por Cremades et al. (2024) y Retana et al. (2016), con tamaños del efecto que oscilan entre  $d = 0.58$  y  $d = 0.97$ , muestra especial importancia desde una perspectiva clínica. En el marco de la teoría cognitivo-social de Bandura (1997 como se citó en Blanco et al, 2009), la autoeficacia percibida actúa como mediadora del cambio conductual sostenido; su incremento sugiere que los consultantes no solo adquieren habilidades durante el proceso terapéutico, sino que desarrollan confianza en su capacidad de utilizarlas de manera autónoma. Este hallazgo adquiere particular relevancia en el contexto latinoamericano, donde la alta prevalencia de dependencia emocional y los esquemas culturales de pasividad frente a la adversidad pueden representar obstáculos para la generalización de los logros terapéuticos.

### **c. Adaptabilidad del modelo al contexto latinoamericano: formato, tecnología y cultura**

El tercer eje de discusión concierne a las condiciones bajo las cuales la DBT puede implementarse de manera eficaz en Latinoamérica. Los resultados revelan una alta flexibilidad del protocolo estándar de Linehan, que ha sido adaptado exitosamente a formatos intensivos de seis meses (García et al., 2023), talleres focalizados en emociones específicas como el enojo (Cremades et al., 2024) y modalidades virtuales sincrónicas con protocolos de seguridad digital (Valdivieso et al., 2025). Esta diversidad de formatos sugiere que la DBT no requiere de condiciones ideales de implementación para generar efectos clínicamente significativos, lo cual es altamente relevante en sistemas de salud con recursos limitados, en una región como Latinoamérica, la cual enfrenta desafíos contextuales para la implementación de la DBT los autores han resuelto estas brechas mediante adaptaciones creativas

**Adaptación Lingüística y Cultural:** Aunque los artículos utilizan la base de Linehan, se observa un esfuerzo por adaptar los conceptos a la realidad hispanohablante. Cremades et al. (2024) menciona un punto vital: la "expresión del enojo". En una cultura donde la limitada expresión emocional puede ser común, que la DBT ayude a "exteriorizar" la emoción de forma regulada en lugar de bloquearla es un avance culturalmente relevante.

**Institucionalidad:** El contraste entre la práctica privada (Perú) y la pública (Chile) muestra que la DBT es aplicable en diferentes estratos socioeconómicos, aunque en el

sector público tiende a enfocarse más en la reducción de costos por hospitalización (Ponce de León et al., 2017).

La incorporación de tecnología representa otro elemento diferenciador de la implementación latinoamericana. El uso de entornos de realidad virtual para el entrenamiento en mindfulness (entorno VR-Dolphin; Navarro-Haro et al., 2016) constituye una innovación con base empírica principiante pero prometedora: al reducir la carga cognitiva asociada a la práctica de atención plena, la realidad virtual podría facilitar el acceso a esta habilidad en pacientes con alta activación emocional, que son precisamente quienes más la necesitan.

Entrenamiento de familiares como coterapeutas en el hogar, reportado por Valdivieso et al. (2025), introduce una dimensión sistémica en la implementación de la DBT que merece atención. En culturas latinoamericanas donde los vínculos familiares tienen un peso central en la identidad y la regulación emocional, la incorporación del entorno social inmediato como factor protector no es solo una adaptación pragmática, sino una sintonía con las bases metodológicas del saber respecto al modelo de salud mental prevalente en la región latinoamericana.

#### **d. Limitaciones de los estudios revisados y de la presente revisión**

Una de las principales limitaciones identificadas en la literatura actual sobre la TDC en población latinoamericana es la escasez de ensayos clínicos aleatorizados con grupo control. De los estudios revisados, únicamente Reyes Ortega (2016) empleó un diseño comparativo. La predominancia de estudios pre-post de un solo grupo y reportes de

caso sugiere que la investigación de la TDC en la región se encuentra en una fase exploratoria y de validación ecológica. Por lo tanto, se recomienda que futuras investigaciones desarrollen diseños experimentales con grupos de control activo para aislar de manera más precisa los efectos terapéuticos de la intervención. Para Latinoamérica, donde el acceso a servicios especializados no es igual, la evidencia de que la DBT conserva su rigor y su eficacia por medio de herramientas digitales, emerge una necesidad de implementar políticas públicas hacia la prevención del suicidio y tratamiento de la desregulación emocional a gran escala.

### **13. CONCLUSIONES**

La presente revisión sistemática permitió identificar evidencia científica que respalda la efectividad de la Terapia Dialéctico-Conductual en la reducción de la desregulación emocional en adultos de países latinoamericanos de habla hispana entre los años 2015 y 2025. Los estudios analizados evidenciaron mejoras significativas en la regulación emocional, la autoeficacia percibida y la disminución de conductas de riesgo, como autolesiones, intentos suicidas y hospitalizaciones psiquiátricas (Cremades et al., 2024; Navarro-Haro et al., 2016; Ponce de León et al., 2017; Retana Franco & Sánchez Aragón, 2016; Valdivieso-Jiménez et al., 2025), lo que confirma el valor clínico de esta intervención en diversos contextos de salud mental.

En relación con la efectividad clínica de la intervención se concluye que la Terapia Dialéctico-Conductual es una herramienta altamente eficaz para la reducción de la desregulación emocional en la población adulta latinoamericana. La evidencia analizada permite determinar que el impacto de la DBT aporta más allá de la disminución de síntomas, logrando un fortalecimiento en la autoeficacia percibida y en la tolerancia al malestar, lo que faculta a los individuos para recuperar el control sobre su impulsividad y reactividad emocional. Así mismo, se establece que la aplicación de este modelo en la región latinoamericana es fundamental para la preservación de la vida, dado que los hallazgos confirman de manera consistente una reducción en conductas de alto riesgo, tales como las autolesiones, la ideación suicida y la frecuencia de hospitalizaciones psiquiátricas, consolidando su relevancia clínica en contextos de salud tanto públicos como privados

Los resultados obtenidos demuestran que la adaptación de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) a formatos virtuales y tecnológicos no solo preserva la eficacia clínica, sino que genera una optimización sistémica de recursos que resulta crítica para el contexto latinoamericano, la viabilidad de la DBT en entornos de escasos recursos depende, en gran medida, de la capacidad del sistema para integrar soluciones digitales que aseguren la permanencia del paciente en el tratamiento (Ponce de León et al., 2017).

La transición hacia modelos terapéuticos virtuales conlleva una optimización significativa de la infraestructura sanitaria, al prescindir de consultorios físicos y áreas

de espera extensas, las instituciones pueden ampliar su capacidad de atención sin incurrir en inversiones para la expansión de sus instalaciones (Valdivieso et al., 2025).

En este sentido, la modalidad virtual favorece la puntualidad y disminuye las tasas de inasistencia, garantizando que el personal clínico aproveche de manera óptima su tiempo efectivo de consulta (Valdivieso et al., 2025).

## 14. REFERENCIAS

- Aguilar Vergara, E. L. (2024). Efectividad de la terapia dialéctica conductual en entrenamiento de habilidades en personas con trastorno límite de la personalidad atendidos en una institución pública especializada en salud mental en el año 2021.
- Aldao A, Gee DG, De Los Reyes A, Seager I. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Dev Psychopathol.* 2016 Nov;28(4pt1):927-946. doi: 10.1017/S0954579416000638. PMID: 27739387.
- Arshad, U., et al. (2020). Digital interventions for borderline personality disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*
- Blay, C., Gasull, C., Alsinet, C., & Salamero, M. (2024). Psychosocial stressors, emotional invalidation and vulnerability to emotional dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 360, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.023>
- Blay M, Duarte M, Dessouli MA, Durpoix A, Rüfenacht E, Weibel S, Speranza M, Perroud N. Proposition of a transdiagnostic processual approach of emotion dysregulation based on core triggers and interpersonal styles. *Front Psychiatry.* 2024 Feb 7;15:1260138. doi: 10.3389/fpsy.2024.1260138. PMID: 38384590; PMCID: PMC10879599.
- Blanco, Á. B. (2009). El modelo cognitivo social del desarrollo de la carrera: revisión de más de una década de investigación empírica [Social cognitive career model: a review of more than a decade of empirical research]. *Revista de educación*, 350, 423-445.
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctica conductual: introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional (1.ª ed.)* [Edición digital]. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/DBT-BOGGIANO-Y-GAGLIESI.pdf>
- Borderline personality disorder and emotion dysregulation.” (2020). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00132-8>
- Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista científica ciencias de la salud*, 3(2), 126-135.
- Cárdenas Caravaca, A. (2022). Eficacia de la terapia dialéctica conductual como modelo de mejora en conductas suicidas y autolesiones en población adolescente con desregulación emocional: una revisión sistemática.
- Cepeda González, N. M. (2021). Intervención grupal basada en terapia dialéctica conductual para adolescentes [Trabajo de grado, Fundación Universitaria Konrad Lorenz]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstreams/ed8d5173-60ee-463d-a24e-66eb5ab82306/download>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. In

- K. N. O'Connor & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of personality disorders* (pp. 145–162). Guilford Press.
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Diario Oficial* 46.383.
- Congreso de Colombia. (2012). Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. *Diario Oficial* 48.587.
- Conti, E., Di Sarno, M., Costantino, E., & Antonucci, A. (2023). Emotion regulation difficulties mediate the relationship between childhood trauma and psychopathology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 325, 579–590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.040>
- Cremades, C., Melone, M., Bellotti, M., Boscolo, M., Rivas, A. L., Neumann, J., Lublinsky, L., & Rodante, D. (2024). Estudio piloto sobre el efecto de un taller para el manejo efectivo del enojo basado en terapia dialéctico conductual. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 35(165), 16-24. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i165.656>.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). CASP checklists. <https://caspuuk.net/casp-tools-checklists/>
- D'Aurizio, G., Di Stefano, R., Soggi, V., Rossi, A., Barlattani, T., Pacitti, F., & Rossi, R. (2023). The role of emotional instability in borderline personality disorder: A systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00439-0>
- De Luna Velasco, L. E., Campas, M. A. S., & Telles, F. S. (2023). Intervenciones psicológicas para la prevención del suicidio DBT-A con adolescentes: una revisión sistemática. *Avances En Psicología*, 32(1), 1-11. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n1.3120>
- Díaz-Mosquera, Elena, Merlyn Sacoto, Marie-France, & Latorre Vaca, Grace. (2022). Estilos de apego adulto y regulación emocional en población de Quito, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), e2684. Epub 01 de diciembre de 2022. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2684>
- Feliu Pardo, M. J. (2021). Efectividad de la terapia dialéctica conductual para disminuir la desregulación emocional en adultos con trastorno límite de la personalidad. Universidad de Lima.
- García, A.C. y Camus, A.(2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research* 4 (2),71-92. doi:10.33000/mlspr.v4i2.704. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i2.704>
- García Saiz, M., & Bueno, B. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en terapia dialéctica conductual (DBT) para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research*, 4(1), 25–40. <https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/704>
- Garrido, J. (2018). Estudio del dispositivo Consultation Team dentro de la Terapia Dialéctica Conductual (Trabajo final integrador, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Palermo, Buenos Aires). Recuperado de

- <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1981/Garrido%2C%20Javier.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez Valero, M. A., Zapata Ospina, J. P., Andrade Carrillo, R. A., & Estrada Jaramillo, S. (2022). Dificultades en la regulación emocional de pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en un centro de terapia dialéctico conductual de Medellín, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(1), 11-19. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15102>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Haft, S. L., O’Grady, S. M., Shaller, E. A. L., & Liu, N. H. (2022). Cultural adaptations of dialectical behavior therapy: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(10), 787–801. <https://doi.org/10.1037/ccp0000747>
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006. PMID: 16300724.
- Herrera Rueda, E. J. (2024). Relación entre estrés parental, desregulación emocional e inflexibilidad psicológica en padres de niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo (Tesis de maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia). Repositorio Institucional. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/5928>
- Huerta Hernández, M., Reyes Ortega, A., & Sánchez, R. (2021). Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología y Salud*, 31(2), 199–210. [https://www.researchgate.net/publication/346433372\\_Evaluacion\\_de\\_la\\_efectividad\\_del\\_programa\\_DBT\\_STEPS-A\\_en\\_estudiantes\\_universitarios\\_mexicanos](https://www.researchgate.net/publication/346433372_Evaluacion_de_la_efectividad_del_programa_DBT_STEPS-A_en_estudiantes_universitarios_mexicanos)
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). JBI critical appraisal tools. The University of Adelaide. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Lei AA, Phang VWX, Lee YZ, Kow ASF, Tham CL, Ho YC, Lee MT. Chronic Stress-Associated Depressive Disorders: The Impact of HPA Axis Dysregulation and Neuroinflammation on the Hippocampus-A Mini Review. *Int J Mol Sci*. 2025 Mar 24;26(7):2940. doi: 10.3390/ijms26072940. PMID: 40243556; PMCID: PMC11988747.
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1401. PMID: 16818865.
- Loaiza, L., Vargas, S., Aristizábal, M., & Semenova, N. (2024). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental en el abordaje de la desregulación emocional [Trabajo de grado, Universidad CES]. Repositorio Universidad CES. <https://hdl.handle.net/10946/8420>
- Mainardi, J. (2023). *Manual DBT: Habilidades del modelo terapéutico dialéctico conductual [Resumen de curso]*. Neuro-Class. <https://neuro-class.com/wp-content/uploads/2023/05/Manual-DBT.pdf>
- Márquez Edo, L. (2024). Propuesta de intervención en adolescentes con autolesión no suicida: Incorporación de una aplicación móvil a la DBT-A (Trabajo de Fin de Máster, Universitat Jaume I). Universitat Jaume I. <https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/79c30539-45b5-43e6-a02d-5e6cbc295f35/content>
- Martínez, P (2025). Entrenamiento grupal en habilidades dialéctico conductuales como un tratamiento independiente de la DBT estándar (Tesis de maestría, Quito: Universidad de las Américas, 2025).
- McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014 Nov;47:578-91. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.10.012. PMID: 25454359; PMCID: PMC4308474.
- Messina I, Calvo V, Grecucci A. Attachment orientations and emotion regulation: new insights from the study of interpersonal emotion regulation strategies. *Res Psychother*. 2023 Dec 31;26(3):703. doi: 10.4081/ripppo.2023.703. PMID: 38224213; PMCID: PMC10849076.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2021). Emotion regulation therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Psychotherapy*, 58(4), 499–512. <https://doi.org/10.1037/pst0000340>
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial* 41.148.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Navarro-Haro, M. V., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., & Gasol-Colomina, M. (2018). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3),

- 201-209. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- NeuroClass. (2023). Manual de Terapia Dialéctica Conductual (DBT). NeuroClass. <https://neuro-class.com/wp-content/uploads/2023/05/Manual-DBT.pdf>
- Obando Yáñez, L., Delgado Méndez, A., & Sánchez Viteri, M. (2025). Efectos de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad en Iberoamérica: Una revisión bibliográfica. *Revista Iberoamericana de Psicología Clínica*, 12(1), 15–30. [https://www.researchgate.net/publication/391637735\\_Efectos\\_de\\_la\\_terapia\\_dialectico\\_conductual\\_en\\_el\\_tratamiento\\_del\\_trastorno\\_limite\\_de\\_la\\_personalidad\\_en\\_Iberoamerica\\_Una\\_revision\\_bibliografica](https://www.researchgate.net/publication/391637735_Efectos_de_la_terapia_dialectico_conductual_en_el_tratamiento_del_trastorno_limite_de_la_personalidad_en_Iberoamerica_Una_revision_bibliografica)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240054459>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas. OPS. <https://www.paho.org/en>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>
- Peña, V. L., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.158>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of a JBI scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pinargote, D, Tapia, W. (2025). Eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes con comportamiento suicida: una revisión sistemática *Revista PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 4(l) 18-35. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/psicologia/article/view/7349/9682>
- Ponce de León, C., Brahm, C., Bustamante, F., Sabat, S., Labra, J. F., & Florenzano, R. (2017). Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(4), 231-238. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272017000400231>
- Quintero, C. L., & Cañizales, M. A. (2024). Regulación emocional y desarrollo de

relaciones interpersonales en estudiantes de 4to año de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. REDEPSIC, 3(2), 68–83. <https://doi.org/10.48204/red.v3n2.5403>

Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Mennin DS. Emotion Regulation Therapy: A Mechanism-Targeted Treatment for Disorders of Distress. *Front Psychol.* 2017 Feb 6;8:98. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00098. PMID: 28220089; PMCID: PMC5292405.

Retana,B.& Sánchez, R. (2016). Aprendiendo a regular el miedo: Evaluación de un taller para adultos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 54-64.

Revista Latinoamericana de Personalidad. (2024). Estrategias de terapia conductual dialéctica (DBT) para el manejo de la impulsividad, la autolesión y las conductas suicidas. *Revista Latinoamericana de Personalidad*, 2(1), 53–64. <https://www.revistalatinamericanadelapersonalidad.org/wp-content/uploads/2024/09/Revista-LP-2.0-1-53-64.pdf>

Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., Sjögren, J. M., Grilo, C. M., & Tatsiopoulou, P. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 906.

<https://doi.org/10.3390/jpm11090906>

Sloan, E., Hall, K., Moulds, M. L., & Creswell, C. (2023). Emotion regulation interventions for mental health: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 99, 102237.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102237>

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... & Pérez, V. (2009). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental en el trastorno límite de la personalidad: Un ensayo clínico controlado. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(1), 19–27.

<https://repository.ces.edu.co/bitstreams/a8ecd7a7-163c-4cd5-a543-1e67bfc30e6a/download>

Sue DW, Alsaidi S, Awad MN, Glaeser E, Calle CZ, Mendez N. Disarming racial microaggressions: Microintervention strategies for targets, White allies, and bystanders. *Am Psychol.* 2019 Jan;74(1):128-142. doi: 10.1037/amp0000296. PMID: 30652905.

Soler, J., Vega, D., FeliuSoler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL23). *BMC Psychiatry*, 14, 130139. <http://doi.org/10.1186/1471244X13139><https://doi.org/10.1186/1471-244x13139>

Teti, G. L., Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2015). Terapia dialéctico-conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(118), 57–64. [https://pavlov.psyciencia.com/2023/05/Teti-GL-Boggiano-JP-Gagliesi-P-](https://pavlov.psyciencia.com/2023/05/Teti-GL-Boggiano-JP-Gagliesi-P-Terapia-Dialectico-Conductual-DBT-un-tratamiento-posible-para-pacientes-con-trastornos-severos-VERTEX-2015.pdf)

[Terapia-Dialectico-Conductual-DBT-un-tratamiento-posible-para-pacientes-con-trastornos-severos-VERTEX-2015.pdf](https://pavlov.psyciencia.com/2023/05/Teti-GL-Boggiano-JP-Gagliesi-P-Terapia-Dialectico-Conductual-DBT-un-tratamiento-posible-para-pacientes-con-trastornos-severos-VERTEX-2015.pdf)

- Valdivieso Jiménez, G., Vásquez Dextre, E., & Rojas Portocarrero, W. (2025). Adaptación de la terapia conductual dialéctica en modalidad online para adultos con trastorno límite de personalidad: experiencia en una institución privada de Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. <https://www.sonepsyn.cl/uploads/63-3-4.pdf>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Warmingham JM, Rogosch FA, Cicchetti D. Intergenerational maltreatment and child emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2020 Apr;102:104377. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104377. Epub 2020 Feb 1. PMID: 32018212; PMCID: PMC7067645.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2006). The integrative review: Update methodology. *Journal of advanced nursing*. 52. 546-53. 10.1111/j.1365-2648.

## 15. ANEXOS

### 15.1 Matriz de datos

N°	Autor / Año	País	Diseño	Base de datos	Muestra	Edad Media	Instrumento(s)	Modalidad de intervención	Hallazgos principales	Adaptaciones culturales
1	<a href="#">Cremades et al. (2024)</a>	Argentina	Estudio piloto exploratorio, diseño longitudinal (pretest-postest).	<a href="#">ProQuest</a>	15 participantes	40–46 años	Cuestionario sociodemográfico, IIP-32, EPCA, DERS, STAXI-2, QLI-Sp.	Taller de habilidades DBT virtual sincrónico (2 h/semana, promedio 12.9 sesiones). Estructura circular con 5 módulos: conciencia, planes de crisis, resolución y reducción de vulnerabilidades.	Reducción significativa en disregulación emocional (DERS) e ira-rasgo. Aumento en autoeficacia percibida. Aumento en «expresión» del enojo (interpretado como reducción de supresión). Sin cambios en problemas interpersonales o calidad de vida.	Manual adaptado para grupo virtual en clínica privada latinoamericana (Buenos Aires). Uso de instrumentos psicométricos validados para población argentina (DERS, STAXI-2, QLI-Sp).
2	<a href="#">Navarro-Haro et al. (2016)</a>	Chile	Estudio de caso único (investigación cualitativa y cuantitativa).	<a href="#">PubMed/MEDLINE</a>	1 participante	28 años	STAI, DERS, medidas de «presencia» en entorno virtual.	Combinada + innovación: entrenamiento DBT apoyado en Realidad Virtual (entorno «VR-Dolphin») para práctica de <a href="#">mindfulness</a> .	Disminuciones significativas en <a href="#">distrés</a> y urgencia de autolesión. Regulación emocional mediante RV superior a métodos tradicionales. <a href="#">Mindfulness</a> asistido tecnológicamente eficaz para reducir carga cognitiva.	Uso de hardware ( <a href="#">Oculus Rift</a> ) y software (entornos virtuales) para externalizar la práctica de la «Mente Sabia». Abordaje de barreras de atención sostenida en pacientes con disregulación emocional.
3	<a href="#">Ortega Luyando et al. (2025)</a>	México	Estudio piloto cuasiexperimental, un solo grupo, medidas repetidas (pretest-postest).	<a href="#">SciELO</a>	13 mujeres con sintomatología de trastornos alimentarios	18–27 años	BSQ, EAT-26, DERS.	Virtual (en línea): sesiones grupales sincrónicas de entrenamiento en habilidades DBT.	Disminución significativa en insatisfacción corporal ( $p = 0.02$ ) y conductas de restricción alimentaria ( $p = 0.04$ ). Mejora en regulación emocional.	Ajuste léxico-semántico al español mexicano. Protocolo reducido a 8 sesiones. Modalidad virtual para eliminar barreras geográficas. Enfoque en insatisfacción corporal según presiones socioculturales locales. Diseño viable para el sistema universitario y de salud de México.

4	<a href="#">Ponce de León et al. (2017)</a>	Chile	Observacional retrospectivo.	<a href="#">Redalyc</a>	42 participantes	Adultos	OQ-45.2, DERS.	Combinada (programa estándar adaptado): psicoterapia individual semanal y taller grupal de entrenamiento en habilidades, tolerancia al malestar.	Disminución significativa y progresiva en sintomatología general, malestar subjetivo y dificultades de regulación emocional. Mayores cambios en descontrol impulsivo y falta de claridad emocional. Reducción de hospitalizaciones psiquiátricas e intentos suicidas.	Protocolo de <a href="#">Linchan</a> adaptado al contexto clínico privado en Chile. Uso de versiones validadas de los instrumentos en población chilena.
---	---	-------	------------------------------	-------------------------	------------------	---------	----------------	--	---	--

N°	Autor / Año	País	Diseño	Base de datos	Muestra	Edad Media	Instrumento(s)	Modalidad de intervención	Hallazgos principales	Adaptaciones culturales
5	<a href="#">Retana Franco y Sánchez Aragón (2016)</a>	México	Cuasiexperimental con diseño pretest-postest.	<a href="#">Redalyc</a>	31 adultos	18–60 años	Inventario de Auto-reporte de Miedo, Escala de Estrategias de Regulación Emocional.	Intervención grupal. Entrenamiento en habilidades y <a href="#">mindfulness</a> .	Disminución significativa en intensidad del miedo. Aumento en uso de estrategias cognitivas funcionales (revaloración). Mejora en regulación emocional, especialmente de emociones negativas.	Taller diseñado y validado específicamente para la población mexicana, considerando modismos y constructos culturales sobre el miedo.
6	<a href="#">Reyes Ortega (2016)</a>	México	Ensayo experimental aleatorizado controlado con diseño pretest-postest.	<a href="#">Redalyc</a>	88 participantes	20–54 años	DERS, Inventario de Ansiedad de Beck.	Modelo integrativo (MIRE) que incorpora estrategias de DBT, entrenamiento en habilidades, tolerancia al malestar y <a href="#">mindfulness</a> .	Disminución significativa de sintomatología ansiosa. Mejora en estrategias de regulación emocional. Mayor capacidad para aceptar emociones sin juzgarlas.	Modelo MIRE desarrollado en México. Versiones mexicanas validadas de los instrumentos. Aplicación en instituciones públicas mexicanas de salud mental.

7	Reyes Ortega et al. (2023)	México	Estudio pre-post piloto / Serie de casos clínicos longitudinal.	<a href="#">ProQuest</a>	6 estudiantes universitarios	19-28 años	DERS, BSL-23, MAAS. También midieron depresión, ansiedad y síntomas de TLP.	TDC comprehensiva adaptada (24 semanas): terapia individual, entrenamiento de habilidades, asesoramiento entre sesiones y reuniones de equipo. Sustentada en teoría <b>biosocial</b> , conductual y filosofía dialéctica.	Reducción significativa en desregulación emocional (DERS) y síntomas de TLP (BSL-23), con tamaños del efecto moderados a grandes. Significancia clínica mediante Índice de Cambio Fiable (ICF). Aumento en capacidades de atención plena (MAAS).	Modelo abreviado de 24 semanas adaptado al contexto académico de la UNAM. Implementado en clínica universitaria pública. Flexibilidad en duración del protocolo manteniendo fidelidad terapéutica en entornos de escasos recursos.
8	Valdivieso-Jiménez et al. (2025)	Perú	Reporte de casos clínicos.	<a href="#">ProQuest</a>	3 casos	Adultos	DBT-WCCL, entrevistas clínicas, escalas de funcionamiento global y adherencia al tratamiento.	Programa integral DBT adaptado a <b>telepsicología</b> (Zoom y Smartphone): evaluación digital, psicoterapia individual, entrenamiento grupal de habilidades, talleres familiares quincenales, coaching telefónico de emergencia y seguimiento psiquiátrico con firma digital.	Reducción drástica en conductas impulsivas. Cese de autolesiones, disminución de atracones y abstinencia en consumo de sustancias. Incremento en tolerancia al malestar y regulación de la ira. Mejora en efectividad interpersonal.	Ajuste de metáforas de <b>Linhan</b> al habla local peruana. Taller familiar priorizado por centralidad de la familia en la cultura latinoamericana. Uso de tecnología para superar barreras de movilidad urbana en Lima.

**Nota.** TLP = Trastorno Límite de Personalidad; DBT = Terapia Dialéctico Conductual; DERS = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; RV = Realidad Virtual; MIRE = Modelo Integrativo de Regulación Emocional; TDC = Terapia Dialéctica Conductual.



## COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

### Anexo 2 Aval comité de Ética

Bogotá D.C, 27 de marzo de 2026

#### Doctores:

Laura Tatiana Pérez Cañas  
Nicoll Echeverry Ocasión  
Deisy Johanna Quiroga Roa  
Luis Miguel Méndez García  
**Investigador Principal**  
Bogotá

**Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (062-26 UNV) Efectividad de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) en población adulta de 18 a 59 años en países latinoamericanos hispanohablantes: una revisión sistemática de la literatura (20152025).**

#### Doctores

El día 17/03/2026, en la sesión registrada en el acta No. 011-26, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 11/03/2026 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Evaluación inicial protocolo

#### Concepto Exoneración

El Comité de Ética en Investigación (CEI) ha revisado el protocolo presentado y lo clasifica como un estudio secundario. En consecuencia, se determina que no requiere evaluación adicional ni aprobación ética, dado que:

1. No implica intervención ni interacción con seres humanos o animales.
2. Se basa en datos previamente recolectados y publicados, sin riesgo de identificación de los participantes.
3. No compromete la confidencialidad, privacidad o integridad de los participantes de estudio.
4. No representa riesgos adicionales para los participantes, en cumplimiento de la Resolución 8430 de 1993 y demás normativas vigentes.

Por lo anterior, el Comité Exonera este estudio del proceso de evaluación ética formal. No obstante, recomienda a los investigadores garantizar el cumplimiento de los principios éticos en el manejo de datos y la protección de la información.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por doce (12) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 11).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

#### **Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas**

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: [comiteetica@unisanitas.edu.co](mailto:comiteetica@unisanitas.edu.co)

Bogotá D. C, Colombia



## COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.

**Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas**

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: [comiteetica@unisanitas.edu.co](mailto:comiteetica@unisanitas.edu.co)

Bogotá D. C, Colombia



## COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Héctor Ricardo Jiménez	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y sociales con formación en Bioética.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Melissa Bazante Escobar	Miembro suplente	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
David Alberto Rincón Valenzuela	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias de la Salud con formación en Epidemiología
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Angela Patricia Brijaldo Villamizar	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Biología Molecular y Biotecnología.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

**Eduardo Low Padilla**  
**Presidente CEI**  
Comité de Ética en Investigación  
Fundación Universitaria Sanitas

**Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas**

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: [comiteetica@unisanitas.edu.co](mailto:comiteetica@unisanitas.edu.co)

Bogotá D. C, Colombia